

MATERNIDADES, EXPERIENCIAS Y NARRACIONES

Una mirada a través de los campos de saberes

Serena Brigidi y Coral Cuadrada (eds.)

COL·LECCIÓ ANTROPOLOGIA MÈDICA

DIRECCIÓ

Angel Martínez (URV), Fernando Vidal (ICREA/URV)

CONSELL D'EDICIÓ

Elisa Alegre-Agís (URV), Deborah Bekele (URV), Lina Masana (URV/UB).

COMITÈ ASSESSOR

Xavier Allué (URV), Arachu Castro (Tulane University), Josep M. Comelles (URV), Martín Correa-Urquiza (URV), Coral Cuadrada (URV), Thomas Csordas (University of California San Diego), Alice Desclaux (Aix-en-Provence), Mari Luz Esteban Galarza (Universitat del País Basc), Jordi Farré (URV), Gerardo Fernández Juárez (Univeridad de Castilla la Mancha), Alejandro Goldberg (Universidad de Buenos Aires), Mabel Gracia (URV), Joan Guix Oliver (URV), Jesús Armando Haro Encinas (El Colegio de Sonora, Mèxic), Claudi Haxaire (Université Bretagne Occidentale), Janis Jenkins (University of California San Diego), Carl Kendall (Tulane University), Ester Jean Langdon (Universidad Federal de Santa Catarina, Brasil), Maria Antònia Martorell (URV), Cecilia Minayo (Fundació Oswaldo Cruz, Brasil), Luis Montiel Llorente (Universidad Complutense de Madrid), Joan Muela (URV), Rosa Osorio Carranza (CIESAS, Mèxic), Inma Pastor (URV), Enrique Perdiguero (Universitat Miguel Hernández), Giovanni Pizza (Perugia), Oriol Romani (URV), Núria Romo Avilés (Universidad de Granada), Francine Saillant (Université Laval, Canadà), Pino Schirripa (Sapienza, Roma), Ekkehard Schroeder (AGEM+Redaktion Curare), Txema Uribe Oyarbide (Universidad Pública de Navarra), Fernando Villaamil Pérez (Universidad Complutense de Madrid), Joana Zaragoza (URV).

MEMBRES HONOR

Arthur Kleinman (Harvard), Lluís Mallart Guimerà (París X), Eduardo Menéndez (CIESAS, Mèxic), Sjaak van der Geest (Amsterdam)

MEMBRES D'HONOR "IN MEMORIAM"

Josep Canals, Susan DiGiacomo, Tullio Seppilli

MATERNIDADES,
EXPERIENCIAS Y NARRACIONES
Una mirada a través de los campos de saberes

Serena Brigidi y Coral Cuadrada (eds.)



Tarragona, 2021

PUBLICACIONS DE LA UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
Av. Catalunya, 35 - 43002 Tarragona
Tel. 977 558 474 · publicacions@urv.cat
www.publicacions.urv.cat



Colección Antropología Mèdica, 37

1.ª edición: septiembre de 2021

ISBN (papel): 978-84-8424-907-8

ISBN (PDF): 978-84-8424-908-5

DOI: 10.17345/9788484249078

Depósito legal: T 841-2021

Imagen de cubierta: Dushan Hanuska, “Graffiti” (<<https://ja.cat/h2vnD>>)



Cita el libro.



Consulta el libro en nuestra web.



Libro bajo una licencia Creative Commons BY-NC-SA.

Obra sometida al proceso de evaluación de calidad editorial por el sistema de revisión por pares según las normas de la colección Antropología Mèdica.

Publicacions de la Universitat Rovira i Virgili es miembro de la Unión de Editoriales Universitarias Españolas y de la Xarxa Vives, lo que garantiza la difusión y comercialización de sus publicaciones a nivel nacional e internacional.

SUMARIO

Introducir las maternidades: un ejercicio de libertad	7
<i>Serena Brigidi y Coral Cuadrada</i>	
I. DESDE DENTRO LA NARRACIÓN	
I.I «Aquello que no sabría decir a nadie». Cómo narrar la violencia obstétrica	17
<i>Serena Brigidi</i>	
I.II Sacando pecho: narrando la vida	39
<i>Ester Massó Guijarro</i>	
I.III «Y de repente fue como que se me escapaba algo». La experiencia silenciada del aborto	65
<i>Lucia Martínez</i>	
II. LA REFLEXIÓN SOBRE LAS MATERNIDADES: FEMINISMOS Y DERECHOS	
II.I MATERNIDADES AYER Y HOY: <i>FLASH</i> , TEORÍAS, REBELDÍAS . . .	113
<i>Coral Cuadrada</i>	
II.II Maternidad subrogada: dinámicas de poder y legalidad.	153
<i>Marta Busquets Gallego</i>	
III. EL PARTO EN CASA	
III.I. Atención y continuidad en el parto domiciliario: la narración de una experiencia	179
<i>Lucia Alcaraz Vidal</i>	
III.II La cicatriz y el miedo. El parto en casa con una o más cesáreas anteriores	227
<i>Laura Cardús i Font y Inma Marcos Marcos</i>	

IV. EL ENFOQUE PSICOLÓGICO Y PSICOANALÍTICO	
IV.I Trauma y maternidad: un enfoque desde la terapia Gestalt	245
<i>Gabriella Bianco</i>	
IV.II Maternidades y otros usos del poder	267
<i>Laura Kait</i>	
IV.III El malentendido materno	279
<i>Clara Bermant</i>	
IV.IV La angustia materna	291
<i>Catherine Galaman</i>	
EPÍLOGO. Ejercer la libertad y resignificar preguntas. El hilo rojo entre distintas experiencias y perspectivas sobre la(s) maternidad(es) . . .	
<i>Patrizia Quattrocchi</i>	
LAS AUTORAS	319

INTRODUCIR LAS MATERNIDADES: UN EJERCICIO DE LIBERTAD

Serena Brigidi y Coral Cuadrada

Medical Anthropology Research Center (MARC), Universitat Rovira i Virgili

Som on es trenquen
els vidres. Nua, oberta
ferida, viva,
la meva sang s'abraça
i es coneix en la teva.

María-Mercè MARÇAL (2017: 353).

Este libro es un ejercicio de libertad. La libertad de explorar de forma íntima, sincera y profunda nuestras *herstories*. Estas narraciones vivenciales y profesionales sirven para mostrar, contar, o llevar al espacio público lo obviado. Dado que, si lo contamos, será reconocible o creíble. Lo que no es nombrado —contado— no existe (CAVARERO, 1997). Es también, y sobre todo, una obra coral, multidisciplinar e interseccional, cosa que implica un planteamiento poliédrico. Como un calidoscopio, cada dibujo es original y distinto, aunque los cristales de colores sean los mismos. Un enfoque de estas características conlleva una dosis de gran atrevimiento y la voluntad conjunta de mirar cada una desde su especialidad, desde los saberes situados: antropología, derecho, historia feminista, medicina, enfermería, psicología y psicoanálisis.

Y, en consecuencia, no existe una pauta común ni solo un método de análisis, al contrario. Cada disciplina tiene el suyo propio y eso se ha respetado completamente, sin imponer en ningún momento una perspectiva ni una metodología concretas. Estamos convencidas de que la multidisciplinaridad consiste precisamente en esto: en la expresión libre que enriquece la(s) mirada(s). Uno de los factores comunes ha sido el colocar el cuerpo y las emociones en el centro de la argumentación y combinar la experiencia vivida con la práctica clínica y académica. Es, en definitiva, un

diálogo entre distintos saberes que plantea la maternidad como un fenómeno no reducido a la biología, sino complejo y plural.

Las maternidades tienen una relación directa con lo que puede exponerse, ya que están silenciadas por una organización social predominantemente masculina, centrada en un modelo de autonomía y autosuficiencia, encarnado por el adulto, heterosexual, varón, joven y, sobre todo, *care-free* (CUADRADA, II.I). De tal manera, este libro es también una osadía que nos ha permitido revisar nuestras prácticas, secretos y privilegios en una forma de conocimiento coconstruido, una experiencia generada en los ámbitos académicos y en la privacidad de las consultas, en los espacios feministas y en aquellos más informales de las palabras entre mujeres. Así que *Maternidades, experiencias y narraciones* representa un espacio común, dado que nos permite evidenciar la importancia que tiene todavía reflexionar sobre dichos fenómenos que construyen y reconstruyen el simbolismo y la acción vinculados con las maternidades y las genealogías de las mujeres. Desde este lugar evidenciamos los límites de los modelos interpretativos de referencias, y cada una de nosotras lo lleva a cabo desde un campo de saber diferente, en un diálogo continuo y enfrente a las estructuras patriarcales de las sociedades occidentales y los abandonos encarnados por algunos de los modelos feministas que, en los últimos decenios, no han sido críticos, plurales e inclusivos con las maternidades.

En uno de sus escritos, la pedagoga Anna GÓMEZ plantea que la libertad significa el riesgo de entrar en un ámbito donde no sé sabe qué pasará (2013), como ocurre también con las maternidades. Desde la perspectiva occidental hegemónica se entiende la maternidad reducida a lo biológico, así que el fenómeno complejo y plural se simplifica en pocas acciones en «función de». Es decir, en actos que generan un producto: engendrar un hijo o una hija, la subida de leche o el destete. El poder y la elección, la experiencia y la vida, el amor y el sufrimiento se desdibujan. Lo que llama la atención es que dichas acciones son construidas bajo el modelo biomédico, e interpretadas, conocidas y asimiladas *vulgarmente* a partir del orden del tiempo: un parto a término, una lactancia *prolongada*, una cuarentena, la cual aúna la concepción médica a la prescripción judaica: incluso la Virgen tuvo que guardarla, a pesar de ser *Inmaculada*. Un tiempo que circunscribe todas las experiencias alrededor de la maternidad y desde el cual generamos un único entendimiento. Igualmente, es un campo de saberes que difícil y paradójicamente evoluciona a pesar de tener siempre nuevas evidencias científicas: desde el *once a caesarean, always a caesa-*

rean, hasta la construcción del riesgo obstétrico, como observan CARDÚS y MARCOS en su capítulo (III.II).

Sin embargo, las maternidades son también experiencias de continuidad (BELLI, 2014), un potencial, la posibilidad de dialogar con la capacidad o la imposibilidad de reproducción (RICH, 1976; MARTÍNEZ, I.III), de pérdida, de muerte (ALCARAZ VIDAL, III.I), de miedo, de dolor, de agresión, de violencia (BRIGIDI, I.I), de subrogación (BUSQUETS, II.II), de ejercer el deseo y la posibilidad de cuidado dentro de espacios públicos y no solo privados, de lo que se considera productivo y no, funcional, capaz e idóneo. Lo que queremos decir es que este es también un encuentro de muchas preguntas y dudas, reconociendo la fragilidad ontológica de nuestro proceso experiencial como autoras, pensadoras, mujeres, madres, hijas, terapeutas y acompañantes, y el de aquellas de nuestras informantes, amigas, pacientes, usuarias, pensadoras, mujeres, madres e hijas. Un círculo que nos une dialogando. En efecto, una de las primeras incertidumbres en la que todas trabajamos, directamente o no, corresponde al lenguaje como límite, no solo pensando en el uso del masculino genérico. La lengua como frontera en las posibilidades de describir, alimentar o enriquecer un proceso, pero también como posibilidad de separarnos y alejarnos de la crianza y de la prole (BERMANT, IV.IV), de la feminilidad y el deseo, de generar espacios de cuidado y sanación (BRIGIDI, I.I; BIANCO, IV.I). Debido a que las palabras no siempre acompañan ni describen las experiencias del cuerpo y del espíritu (MARTÍNEZ, I.III). Tampoco expresan el cambio que genera un acontecimiento, a veces invisible a los ojos de las demás, pero que transforma la capacidad de re-conocerse. Asimismo, el lenguaje no responde a los roles y las posibilidades que las personas desempeñan en el proceso de reproducción no fisiológico (BUSQUETS, II.II) y de crianza donde las/os participantes pueden ser múltiples, anónimos/as y tutelados/as en su privacidad. Ni contestan a las preguntas epistemológicas, o bien ontológicas, del discurso sobre las maternidades y la acción de maternar: ¿quién es la madre? y ¿quién es la madrastra? (KAIT, IV.II).

Al mismo tiempo, cuando el lenguaje consigue responder a las pulsiones y describe los cuerpos, a veces somos las interlocutoras las que nos quedamos atrapadas en modelos interpretativos paternalistas y entonces generamos equívocos: «Se dice una cosa, pero se quiere decir otra. Se dice una palabra, pero se escucha otra» (BERMANT, IV). Frente a conceptos como el placer, la sexualidad, el deseo, el amor o la necesidad orgásmica (BIANCO, IV.I), nos quedamos enganchadas a una visión única, residuo de

una cultura patriarcal, así que la autorreferencia resulta una herramienta para aplastar, encasillar, reordenar lo (no) exponible, y no para aportar más posibilidades interpretativas, más experiencias, más libertades. Por esto, en el texto elaboramos una política de narración activa (BRIGIDI, I.I). Por ello mismo damos lugar a las narraciones: para traer las maternidades a la escena pública y política (VV. AA., 2008).

Gradualmente, otra incertidumbre emerge en los textos, la que consiste en cómo manejar la presencia de sentimientos contradictorios vinculados a las experiencias de maternar y a la necesidad de superar una estéril dicotomía de felicidad-euforia/tristeza-angustia. Así que cada una de nosotras ha desplegado un proceso hermenéutico característico de la propia disciplina y profesión para profundizar, comprender y argumentar sus vivencias. La primera parte del libro se titula «Desde dentro la narración» puesto que albergamos tres reflexiones autoetnográficas. Mi capítulo «*Aquello que no sabría decir a nadie*. Cómo narrar la violencia obstétrica» es una confesión abierta, una exposición de dudas sobre el para qué recogemos las narraciones en violencias obstétricas, el uso que hacemos de estas y lo que las informantes esperan de nosotras, puesto que me reconozco narradora, narrante y narrataria. Creo que cuando un tema está tan presente en determinados colectivos —los propios de las mujeres—, pero mucho menos, o ausente del todo en otros —entre profesionales y en la política—, se genera un desequilibrio que impide el diálogo, la comprensión y el intercambio. Mi preocupación consiste en que la finalidad de mi trabajo no puede limitarse solo a la mera denuncia y a la memoria —a pesar de ser elementos fundamentales para la existencia y la continuidad humanas. Implica la voluntad de generar acción, coparticipación y cambio. Es decir, considero la educación, siempre, un elemento fundamental para elaborar una política activa en salud. Sucesivamente, Ester Massó Guijarro escribe «Sacando pecho: narrando la vida», una autoetnografía compuesta de textos pasados y reflexiones actuales sobre sus tetas. En ella la autora describe con pasión y originalidad narrativa los últimos diez años de su vida, a través de la encarnación de la lactancia materna. Emergen contradicciones y placeres; el duelo y los deseos argumentados y soportados siempre de referencias científicas y reflexión crítica. El relato acaba con una declaración sobre la lactancia materna como una «opción epistemológica, moral, ética o poética si se quiere, sobre cómo vivir, cómo cuidar, cómo maternar, cómo amamantar» (MASSÓ GUIJARRO, I.II).

En el último apartado de esta sección encontramos el trabajo de Lucía MARTÍNEZ sobre el aborto: «*Y de repente fue como que se me escapaba algo*». A través de la experiencia silenciada del aborto teje una investigación centrada en la epistemología feminista, con un abordaje fenomenológico interpretativo y encarnado: desde su propio aborto y a través de las entrevistas realizadas a otras mujeres, la autora explora la violencia estructural que las mujeres viven en la estructura sanitaria. Mediante estas experiencias, la autora analiza la presencia y la ausencia de los cambios corporales que se producen en la gestación, considerados por el sistema biomédico como índice de normalidad/anormalidad y éxito/fracaso en el desarrollo del embarazo. La marginalidad y la invisibilidad del aborto en el discurso social y médico lo hacen una aflicción intensa susceptible de sufrir un trato potencialmente iatrogénico.

La segunda parte está caracterizada por la *reflexión sobre las maternidades: feminismos y derechos*. En «*Maternidades ayer y hoy: flash, teorías, rebeldías*», Coral CUADRADA, coeditora del libro, explora la *transversalidad del interés materno* (VENTIMIGLIA, 1996). Presenta un estudio obtenido de una encuesta anónima y de circulación libre sobre cuestiones vinculadas con las maternidades, como el plan de partos, la lactancia, el colecho, los modelos de crianza, etc. Estos datos son analizados a partir de las teorías feministas y de la historia de las mujeres. Las conclusiones son claras y evidencian la necesidad de usar la pluralidad y el dinamismo intelectual como elementos de vitalidad para pensar en las maternidades, puesto que no existe un único feminismo, como tampoco un único modelo maternal. En el siguiente, Marta BUSQUETS GALLEGO reflexiona en torno a la «*Maternidad subrogada: dinámicas de poder y legalidad*». La autora critica el contrato de gestación subrogada, que interpreta como adultocéntrico, observando que la finalidad de este es la entrega de una persona recién nacida con unas características determinadas. Las ideologías mecanicistas sobre el cuerpo y el enfoque filosófico occidental, que excluyen los afectos a favor de la productividad y el tráfico económico, fundamentan la maternidad subrogada y benefician la precariedad global.

La tercera está dedicada al parto en casa. Representa una de las secciones más brillantes de la obra. Dado que en España se manejan con reticencias los datos exitosos —en términos de seguridad y de experiencias— de los partos domiciliarios y, además, recordemos que el sistema público sanitario nacional no los incluye, siguen siendo pensados como un fenómeno marginal y de clase, por su alto coste, y no como una elección o

un deseo avalado por la evidencia científica. O sea, no tenemos muchos relatos desde la misma profesión. En esta parte albergamos las vivencias elaboradas por dos matronas independientes de la asociación Néixer en Casa, de Barcelona, y una antropóloga. En la primera, Lucia ALCARAZ VIDAL narra la experiencia de atender nacimientos en casa durante el período comprendido entre 2014 y 2018. Una autoetnografía de su labor: la formación, la elección de salir del hospital, la atención domiciliaria, las personas implicadas en el proceso, y los deseos actuales. No solo es un relato biográfico, sino que evidencia las relaciones interpersonales que se establecen entre la comadrona y sus compañeras y las mujeres, sus criaturas y sus familias. Incluso, en la tragedia de la muerte del bebé.

El capítulo siguiente está redactado por Laura CARDÚS I FONT e Inma MARCOS MARCOS: «La cicatriz y el miedo. El parto en casa con una o más cesáreas anteriores». Por una parte, en este capítulo tenemos un análisis de la evidencia científica internacional que asegura la posibilidad de tener un parto vaginal después de cesárea (PVDC). El miedo, observan las autoras, es un elemento siempre presente a la hora de tomar decisiones y establecer protocolos de acompañamiento al alumbramiento, y, en el caso de PVDC, este tiene un papel aún más axial. En efecto, las opciones que tienen las mujeres que han tenido una cesárea previa son limitadas, debido a los riesgos que, según el sistema médico hegemónico, implica un parto vaginal. Por esta razón muchas madres que ansían un parto de baja intervención optan por planificar un parto en casa.

Por otra, se convierte en un diálogo íntimo entre las dos autoras, que empieza con el primer parto de Laura, acompañado por Inma; y la presencia de la cicatriz de la cesárea, la sombra y el miedo en el segundo parto, siempre presenciado por la comadrona independiente, y concluido en este precioso texto.

Finalmente, la última parte está dedicada al enfoque psicológico y psicoanalítico. En «Trauma y maternidad: un enfoque desde la terapia Gestalt», Gabriella BIANCO empieza relatando cómo el parto representa uno de los acontecimientos más trascendentes en la vida reproductiva y sexual de la mujer. Realiza una práctica clínica que une la perspectiva de género y el enfoque de la psicología perinatal. En su reflexión brinda una propuesta terapéutica desarrollada a partir de años de atención a las mujeres, y contempla cuatro fases fundamentales de intervención: acogida, estabilización, confrontación e integración. Ella comprueba cómo el abordaje y tratamiento de un trauma sufrido en torno al parto requiere, más allá de

los modelos y de técnicas psicoterapéuticas, de (in)formación, atención y sensibilidad especial(izadas).

A continuación, tenemos las experiencias de tres psicoanalistas que centran sus pensamientos y prácticas en las teorías de Lacan y Freud. En «Maternidades y otros usos del poder», Laura KAIT analiza los efectos del estrago materno: ser madre, observa, no es ser una mujer. Madre puede ser un marido o un maestro. De hecho, algunas mujeres se hacen mamás como parte del deseo que mueve su vida, otras solo se hacen madres como hijas, como adolescentes o como parte de un ideal de *wonderwomen*. Por esto, propone una reflexión atenta y analítica sobre el concepto de maternidad esclavizada. Mientras que, en el siguiente capítulo, Clara BERMANT analiza «el malentendido materno» a partir de diversos ejemplos clínicos para evidenciar cómo la maternidad tiene también otra cara inesperada y, a veces, oscura. La psicoanalista observa que uno de los problemas centrales en la actualidad es la confusión existente entre necesidad y demanda, interpretadas como un reverso siniestro de algunas ideologías de la crianza. En la misma línea, un último capítulo de la terapeuta francesa Catherine GALAMAN: «La angustia materna». La autora se interroga sobre cómo expresamos y dónde están los padecimientos maternos en nuestra sociedad tan narcisista, que confunde la feminilidad con el deseo materno. La autora insiste en que la mirada plural es necesaria para mantener un enfoque crítico a la experiencia de angustia en la oposición de madre y mujer. Así, en este libro recogemos narraciones, etnografías, reflexiones, análisis de casos y pasiones desde un enfoque feminista-plural, a menudo, autorreferencial, sobre las posibilidades, los deseos, las angustias y los fundamentos de «hacernos madres» (KAIT, IV.II).

Concluyendo, este es un libro potente, de singular importancia, y que, sin duda, causará impacto en los ámbitos local y global. Desde los puntos de vista político, social e individual, posee capacidad transformadora del discurso médico hegemónico y de la subjetivación de las posibilidades de hacernos o no madres. Un impacto, asimismo, que incidirá en los imaginarios socioculturales sobre la maternidad y en el cuestionamiento desde la experiencia, la diferencia y la libertad que se plantea a imposiciones homogeneizadoras de ser en el mundo. Todo ello es fruto de los debates y los diferentes posicionamientos de los textos, las contradicciones respetadas, el uso diferenciado del lenguaje, las sensaciones incluso encontradas que la obra transmite. La multiplicidad de abordajes conlleva esta realidad, resultado de una diversidad no exenta de voluntad compartida de coconstrucción de pensamiento.

Bibliografia

- BELLI, Gioconda (2014). *El intenso calor de la luna*. Barcelona: Planeta
- CAVARERO, Adriana (1997). *Tu che mi guardi, tu che mi racconti. Filosofia della narrazione*. Milano: Feltrinelli.
- GÓMEZ, Anna (2013). «Dimensión simbólica y libertad en las prácticas educativas. Trazos desde una experiencia docente». *Diálogos*, 3, (73-76), 43-51.
- MARÇAL, María-Mercè (2017). *Llengua abolida. Poesia completa 1973-1998*. Barcelona: La Butxaca.
- VENTIMIGLIA, Carmine (1996). *Paternità in controluce*. Milano: Franco Angeli.

I. DESDE DENTRO LA NARRACIÓN

I.I
«AQUELLO QUE NO SABRÍA DECIR A NADIE».
CÓMO NARRAR LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA

Serena Brigidi

Departament d'Antropologia, Filosofia i Treball Social
Medical Anthropology Research Center (MARC)

Resumen: En la narración, la historia existe en el momento en el cual halla un cara a cara con la alteridad, cuando tenemos enfrente a otra persona que la recoge, la escucha y, a veces, tiene los medios y la necesidad de devolverla. La narración contempla un yo narrador, otro narrante y unas narratarías: las sujetas a quienes está destinada la historia.

La finalidad de este escrito es intentar comprender, desde los relatos de informantes, cómo devolver estas implícitas —y no siempre conscientes— necesidades de justicia y de acción política de la narración de violencia obstétrica. En otras palabras, se indaga sobre cómo narrar la violencia obstétrica para hacer que no resulte un mero relato de torturas y que pueda ser útil para las/los sujetas/os involucradas/os en la violencia obstétrica: madre, bebé(s), familiares/redes sociales, profesionales de la salud e institución. La creación de un espacio político de interacción podría evidenciar las necesidades de las/los diferentes sujetas/os implicadas/os en el proceso y generar resignificaciones en las prácticas asistenciales y en el proceso vivido.

Palabras clave: violencia obstétrica, política de narración activa, metodología antropológica, pedagogía crítica.

Abstract: In narration, a story exists in an instance in which it comes face to face with otherness, when we have before us another person who receives it, listens to it and, sometimes, has the means and the need to return it. Narration allows for a narrator-subject, a narrative-recipient and some narratees: the subjects to whom the story is addressed.

The purpose of the present text is to try to understand, on the basis of informers' accounts, how to return the implicit (and not always conscious) need for justice and political action in the narration of obstetric violence. In other words, it investigates how to narrate obstetric violence so that it is not merely an account of acts of torture, but can also be useful for the subjects involved in obstetric violence, namely mother, baby/babies, relatives/social networks, health professionals and institutions. The creation of a political space for interaction can highlight the needs of the various subjects involved in the process and generates resignifications in care practices and the lived experience.

Keywords: obstetric violence, politics of active narration, anthropological methodology, critical pedagogy.

A Gio, per avermi insegnato la via delle parole.

Autobiografía de las palabras. ¿Qué don (les) hacemos?

[...] m'arde e ghiaccia el core.
Michelangelo BUENARROTI (1522)

Me he asomado con ímpetu hacia las culturas literaria y filosófica francesa, alemana e italiana durante mis años de estudiante universitaria. Por primera vez, empecé a sentirme intelectualmente viva y un sujeto en continuidad entre el pasado y el presente. Hasta entonces, no había entendido qué fuerza representa la cultura. Hasta entonces, no sabía dejarme penetrar por las palabras.

La universidad fue para mí un mundo maravilloso y superó mis esquemas expectativas. Entré de puntillas, en silencio y, sobre todo, no por deseo propio; no obstante, me sentí capturada por toda aquella variedad y posibilidad de conocer, y por la magnitud de las narraciones. Una de las cosas que más me cautivó fue la libertad de poder elegir —entre una oferta infinita de cursos— lo que más deseaba escuchar, sin tener que explicar a nadie el por qué cursaba Historia del Arte o Religiones Monoteístas en el Grado de Pedagogía. Se impartían clases magistrales en el Aula Magna o en un viejo cine, apartado de la sede universitaria, en el centro de la ciudad. Incluso se compartían las asignaturas con otras carreras, y te tras-

ladabas a la sede de la histórica universidad genovesa, lo que representaba un gozo para los sentidos: minúsculas clases, sitas al final de infinitas escaleras de caracol que te llevan a una buhardilla. Desde esa aula peculiar, a través de las ventanas de madera, se te abría ella: Génova, La Superba¹, y la mirada bajaba *nei quartieri dove il sole del buon Dio non dà i suoi raggi*² (DE ANDRE, 1965) hasta el mar. En otras ocasiones, compartías lecturas y charlas con las futuras médicas³ en el teatro anatómico. Olía todo a cánnabis y a formol, y a una multitud de personas que atravesaban los pasillos, de todas las edades, de todas las ideas. Me enamoré locamente de este mundo académico, a pesar de sus políticas feudales y de todos los formalismos.

Tengo también que decir que fue Giovanna quien me acompañó en este proceso de cambio intelectual. El libro y las palabras escritas se convirtieron en experiencias de personas que, como yo, padecían, amaban, sentían el ímpetu de la vida y del miedo, desesperado, de abandonarse a ella. Un día, en clase, Giovanna nos miró preocupada y nos dijo que detrás de aquellos personajes tan aburridos había situaciones reales tan parecidas a las que nosotras estábamos viviendo. Lo cierto es que lo que estábamos viviendo, en el último año del liceo y el siguiente de preparación para la universidad, fue horrible. Pecamos de presunción debido a que pensamos —y durante muchos años lo hicimos— que nadie podía estar sufriendo nuestra misma pesadilla. La otra cara de esa presunción era la idea de que nadie podía acompañarnos en este proceso devastador. ¡Ay, qué equivocadas estábamos! Lo cierto era que Simonino se estaba consumiendo por un cáncer raro y al cabo de pocos pero muy intensos meses de hospitales y curas experimentales falleció la madrugada de la vigilia de Navidad. Con él caímos todas en la desesperación más profunda, con él murieron todas las alegrías de adolescentes, las *pizzas* nocturnas en la playa, las carreras de motos, los retrasos para pillar el último tren y los bailes del sábado noche. Y el perfume de Génova en primavera. Durante muchos meses fue

1 La Superba es el apodo de Génova. Francesco Petrarca la nombró así por primera vez en 1358: «Vedrai una città regale, addossata ad una collina alpestre, superba per uomini e per mura, il cui solo aspetto la indica signora del mare».

2 «En barrios donde los rayos del sol del buen Dios no llegan». DE ANDRÈ Fabrizio (1965), «La città vecchia» (*canción*). Traducción propia.

3 Para facilitar la lectura, y también el proceso de escritura, en este texto uso el femenino como modo genérico e inclusivo a las diversidades.

solo la «nada». Un silencio tan estridente, una soledad compartida con pocos íntimos, una fiesta al revés. Cuando Giovanna llegó a nuestra clase nos recogió con una cuchara —es la imagen que siempre aparece cuando pienso en ella, cuando entra valientemente en nuestro infierno— porque nadie quería estar en nuestra clase, nadie quería enseñar ni ayudar a este grupo de estudiantes dilapidados por el dolor. La pasividad de los demás transformó aquella situación en aún más absurda e irreal de lo que era. No se muere a los 18 años de cáncer. Muchos de nosotros estábamos destrozados. Fue difícil para Giovanna remodelar las formas, devolvernos un cuerpo, y, con inmenso amor, nos presentó la literatura como alivio, y a mí me sacó del abismo. Aunque, eso sí, no he vuelto a bailar.

La verdad es que me resultaba más cómodo, confortable, real, sentir el arte que la palabra escrita. Probablemente por cómo había crecido, el arte lo percibía inmediatamente, me traspasaba. Por el contrario, las palabras eran objetos estériles, muchas veces mal colocadas y no estéticamente en el papel, y, sobre todo, no me transmitían nada. No me avergüenza decir que, hasta la universidad, la mayoría de los textos de lectura me aburrían soberanamente. La dislexia me ha acompañado siempre en mi vida y nunca representó un problema importante. Me enseñaron —y también aprendí autónomamente— estrategias de supervivencia para seguir adelante, para parecer como los demás y utilizar las mismas estructuras para llegar a las cosas. La introducción del ordenador ha solucionado muchas de las dificultades de la escritura, pero solo ahora entiendo que he tardado muchos años en sentir realmente las palabras. Curiosamente, ahora trabajo con ellas. Ahora, una de mis aficiones más estimulantes es recolectar palabras y transmitir las, hablarlas, habitarlas. Hoy me siento perfectamente en sintonía, acogida y arropada por ellas. En otras palabras, la narración es uno de los elementos más importantes en el trabajo que realizo como docente y como investigadora. Soy narradora, soy *narrante* y soy *narrataria*⁴. Más aún, tengo que reconocer que la narración es central en mi crecimiento personal. La lengua se transformó en algo identitario

4 Soy consciente que narrante y narrataria son neologismos casi inéditos en antropología. Por cuestiones editoriales, solo aquí serán presentados en cursiva. El significado de estas palabras procede de la narratología y la semiótica. La narrante «engloba sin forzamientos tanto el discurso mismo de la narración (de toda narración: así, novela, cuento, pero también relato histórico), como el origen y el destino de la misma» (Renart, SF). Mientras que el narrario, observa Pierce, es el personaje o personajes a los que el narrador de un texto se dirige al narrar (1973).

en el momento en que Gaia y Dídac nacieron⁵. Jamás hubiera imaginado cuán presente se haría el italiano en mi vida, en mi cuerpo. Una incorporación de los sonidos. Cuando, por primera vez, utilicé las palabras para colmar sus necesidades y calmarles, ofrecí mi cuerpo para nutrirles y acogerles, canté, hablé y escribí para paralizar los sentimientos y observar las contradicciones regaladas de la experiencia de ser madre —primeriza de dos— que desordenadamente experimentaba. En aquellos días locos de tetas agrietadas y compresas, entendí plenamente el significado de la lengua materna⁶. Lo mismo ocurrió durante el parto de Aida: de repente y sin darme cuenta solo hablaba italiano, solo existía ese idioma que acompañaba el nacimiento de mi tercera hija y nos arrojaba a ambas durante la expulsión. Ese hilo que nos une, nos emociona, nos resignifica, sobre todo en este contexto plurilingüista donde hemos elegido vivir⁷.

Ahora bien, la premisa autobiográfica, además de satisfacer el método exotópico, tú te revelas y yo también (BRIGIDI, 2009), me ha parecido pro-pedéutica para uno de los objetivos que quiero abordar en este escrito. El que más me angustia consiste en cómo transmitir todas estas narraciones de violencias obstétricas, del uso que hago de las palabras. Si por una parte siento tejer lentamente estas palabras debido al método utilizado, por la otra, no quiero deslizarme ni guiar a la lectora en una metabolización del relato de sufrimiento de la teoría empática. En las entrevistas, la recaudación de los llantos, de las palabras, de las ausencias de estas y de los olvidos dentro del discurso, así como la elección de *usar* una informante concreta, es para mí y en sí mismo un proceso extremadamente doloroso (BRIGIDI, 2019). Lo que queda es esta tensión ontológica entre el relato, la interpretación y las finalidades de contar historias, es decir, entre la informante, yo misma, y la devolución que me gustaría hacer(le/me). Dicho esto, es innegable que subyace una narración de una tortura, una experiencia cruda, estridente y agria.

Si aceptamos que uno de los trabajos que realizamos como narrantes es el de tejer palabras, es decir, de convertir las experiencias vivenciales en un escrito, ¿a quién se le hace un don así?, ¿con qué finalidad? Esta es la inquietud que experimento: no sé a quién puedo donar una manta hecha

5 Mi hija y mi hijo mayores.

6 La hermana pequeña de un compañero de clase de Dídac, de 6 años, preguntó a su madre: «Y la lengua paterna... ¿Qué es?»

7 Barcelona: catalán, castellano e italiano.

de relatos de aquellas y aquellos que han padecido violencia obstétrica. Y, sobre todo: ¿cómo garantizo que mi escrito genere una resignificación de la experiencia ontológica de la violencia y que cumpla con las necesidades de justicia y de acción política?

La narración, la acción y su análisis

Trabajadores: ¿Saben algún cuento?

Médico: ¿Cuentos?

Trabajadores: Es que por aquí no llega la tele

Médico: Se supone que la gente viene a estos lugares para no ver la televisión

Trabajadores: Es bonito contar cuentos por la noche, si se habla fuerte ni se oyen los zumbidos de las moscas

Sacerdote: Yo les voy a contar un cuento

Trabajadores: ¿Es un cuento real?

Sacerdote: Es un cuento de fantasmas.

Hubo una vez [...].

MILLER, R. PAUL y RENZI, MAGGIE (prods.) y SAYLER, JOHN (dir.), 1997.

«Nuestra historia es una historia un poco triste, empieza con un sillón vacío.

Si no fuera vacío no tendríamos una historia...

pero es así y ha llegado el momento de contarla...».

Voz narrante.

DORAN, LINDSAY, BEVAN, TIM y FELLNER, ERIC (prods.)
y JONES, KIRK (dir.), 2005.

Puede parecer contradictorio que una antropóloga, después de años recogiendo relatos, se pueda —casi de repente— preguntar el porqué, el para qué, el cómo y a quién narramos. No obstante la sencillez de estas preguntas, y, en particular, por los temas de violencias aquí narrados, siento que es necesario explorar más aún el argumento. Si, por una parte, resulta evidente la existencia de múltiples respuestas que argumentan las diversas necesidades que como seres humanos experimentamos a lo largo de la vida, por la otra, percibo que el tema está completamente vinculado con la intención que la narrante quiere hacer de ese relato y de cómo quiere hacerlo.

En la narración, la historia existe en el momento en el cual se enfrenta con la alteridad, cuando tenemos delante a otra persona que la recoge, la escucha y, a veces, tiene medio y necesidad de devolverla. La narración

contempla una narradora, otra narrante y unas narratarias: las sujetas a quien está destinada la historia. Así la historia emociona. Pensemos, por ejemplo, en Odiseo cuando llora por primera vez escuchando su historia narrada por un aedo en la corte de los feacios (ODISEA, VIII, vv. 72-74; CAVARERO, 1997). Igualmente, la narración confiere identidad, ya que responde a las preguntas de ¿quién soy yo?⁸ y ¿a dónde voy? Es esto lo que hacemos muchas noches las madres con las más pequeñas, contando cuentos. Además, hemos de pensar que, si existe una relación exotópica (BRIGIDI, 2009), esta responderá también a la pregunta de quién es la narrante y a dónde va. La historia garantiza un reconocimiento, no solo para la narradora, la narrante, sino también para las narratarias, y necesariamente permite una resignificación: «[...] la historia revela el significado de lo que, de lo contrario, seguiría siendo una secuencia intolerable de eventos» — comenta CAVARERO, haciendo referencia a ARENDT (CAVARERO 1997: 8; ARENDT, 1958; 1973). En efecto, Primo LEVI relata la inmensa preocupación de no disponer, finalizado el horror, de una alteridad presente, alguien que pudiera visibilizar el sufrimiento. Una pesadilla compartida por otras/os sobrevivientes. Una alteridad capaz de conceder credibilidad: «[...] se anche raccontassimo, non saremmo creduti» (LEVI, 2007: 3)⁹.

«Ponerlo por escrito —observa ALLUÉ— es un proceso de transformación de la memoria del horror» (2008: 29). En los casos de violencias, las resignificaciones pasan tanto por la experiencia vivida como por los espacios geofísicos y corporales; por ejemplo, una cicatriz que se transforma en un tatuaje, o un lugar de tortura convertido en una sala de exposiciones de arte contemporáneo. Entonces, podemos decir que el porqué y el para qué narramos tienen que ver, en algunas circunstancias, con esta «necesidad física de contar» (*ibid.*: 68). La antropóloga ALLUÉ, que ha pasado por una experiencia extrema, autorrelata cómo la necesidad de contar era debida a la terrible experiencia vivida: «[...] tenía necesidad de contarlo, lo que ocurría a mi alrededor era tan alucinante para mí [...]» (2008: 13). Una necesidad que ALLUÉ investiga más detalladamente en el caso de los *rescapés* (*ibid.*)¹⁰. En el momento en que añadimos la distancia en la narración, es decir, en cómo la persona recupera la experiencia pasada, la reflexión no se

8 No se ha de olvidar que esta pregunta está vinculada con la narrabilidad de las sujetas. Tema que se explorará más adelante.

9 «Aunque lo contáramos, no seríamos creídos» (LEVI, 2007: 3). Traducción de la autora.

10 «Palabra francesa que acentúa la excepcionalidad de la supervivencia» (ALLUÉ, 2008: 17).

descalifica, al contrario, se enriquece. De hecho, en antropología, como en literatura, no es la veracidad de los hechos lo que nos interesa —frecuentemente, asumimos una perspectiva fenomenológica, si la narración existe, no se deniega su autenticidad experiencial— sino la exposición¹¹. En paralelo con ALLUÉ, es la experiencia la que aporta conocimiento. Dicho de otra manera, recuperando un concepto ya utilizado con anterioridad, es el parto experienciado (o cuando no está denegado) lo que me interesa (BRIGIDI, 2016b). Un conocimiento, además, situado y epistemológicamente lejano del conocimiento homologado y legitimado por el modelo biomédico hegemónico en torno al proceso de parto, embarazo y crianza. Una forma de realizar e indagar implicada. ALLUÉ, a lo largo de *La piel curtida*, recuerda que las experiencias se transmiten porque generan conocimiento y que de ello se derivan enseñanzas. El objetivo del libro fue ordenar los relatos de sus informantes, buscar los puntos en común y las estrategias que las sujetas desplegaron. ALLUÉ observó cómo, a pesar de que la mayoría de las personas no vivieron ni vivirán los devastadores procesos vitales narrados, estas trayectorias pueden ser útiles en los momentos más oscuros que cada una experimenta en su vida.

¿Por qué recordar? Se pregunta el pensador búlgaro Tzvetan TODOROV en el prólogo a LEVI (2007: VII). Porque la historia se repite, es decir, tal vez, no reitera lo idéntico, pero rememora los factores que han hecho posible el horror. Además, estas enseñanzas que proceden de los relatos traumáticos subrayan a nivel cultural la importancia de rechazar la glorificación del victimismo. En efecto, el significado de estas experiencias no consiste únicamente en aguantar, en sobrevivir al hecho traumático, sino en seguir adelante para lograr acomodo personal y social (ALLUÉ, 2008). Como cualquier experiencia de violencia, el parto traumático presenta este grado de complejidad: no solo en la superación de este, hecha con la aceptación de las cicatrices, simbólica, física y ontológicamente marcadas, sino que consiste en acomodar esta experiencia con la crianza, la lactancia, los sucesivos partos, las relaciones sexuales, la corporalidad personal, social y política.

Sin embargo, en la narración, recuerda CAVARERO, existe una acción política porque emerge la unicidad irreplicable que, para aparecer, necesita un espacio plural, o sea, un espacio político de interacción (1997). Ahora bien, ¿cómo reelaborar el relato del parto violento en una pedagogía activa?

11 «[...] soy antropóloga y no me ocupo ni de valorar ni de contrastar acontecimientos, sino que sencillamente los expongo» (ALLUÉ, 2008: 19).

«Aquello que no sabría decir a nadie». El método

L'inesponibile è l'inesistente.

Adriana CAVARERO (1997: 77).

Hemos evidenciado que, a través de la escucha de su narración, la narradora comprende el significado de su historia. En términos antropológicos, se podría decir que la existencia de la reciprocidad entre la narradora y la narrante, y, en muchas ocasiones, también entre las narratarías, resulta central para la axiología del relato. En este contexto necesitamos añadir también otro elemento que caracteriza la narración sobre violencia obstétrica: esta es siempre una narración de cuidado. Cuidado, tanto en el sentido más ético como en referencia a la atención a la salud (denegada o mal realizada), como veremos. Más aún, se podría decir que es un relato en femenino: se habla de mujeres, se mencionan mujeres y, sobre todo, se delimitan los límites de su rol dentro de la sociedad contemporánea en el paritorio y en cómo ser madre (la relación filial y la presentación como madre en la sociedad). Es decir, del *quién soy* —identidad insustituible, única—, a *qué cosa soy* —una madre, una esposa, etc.—, a estas funciones atribuidas y esperadas dentro de la sociedad (CAVARERO, 1997). En otras palabras, el relato de violencia obstétrica es un relato sobre/con/de/para mujeres. Puede parecer intrascendente todo lo dicho, pero es fundamental para que entendamos en profundidad cómo narrar la violencia obstétrica (VO). En particular, el peso que tiene la interseccionalidad de género en este aspecto. No por casualidad, su narrabilidad está censurada en numerosas áreas de formación biomédica. Probablemente es por esto por lo que la comprensión de la VO en los sectores más sensibles a esta (como en enfermería y en los estudios de matrona) se hace aún más difícil. De hecho, es allí donde el peso del modelo masculino —uniforme, solipsístico y recto (CAVARERO, 1997)— y de la masculinización ha generado o resignificado la norma. Dicho de otra manera, la presencia y las interseccionalidades de género y la evidencia de la ausencia de homologación y uniformidad que genera la exposición de la unicidad (por ejemplo, un parto no intervenido) no se contemplan en los sistemas biomédicos. Los porcentajes elevadísimos de partos por cesáreas a nivel mundial que triplican las recomendaciones internacionalmente aceptadas del 10% en países industrializados confirman la necesidad de unificar y modelar un parto. De igual manera, la unicidad, en las modalidades de relación narrante, no se contempla ni

en el sistema educativo ni jurídico. La aceptación de la existencia de VO en los paritorios evidenciaría décadas de vacío en las exhibiciones de las unidades y en las políticas: en las escenas plurales e interactivas (ARENDR, 1958; 1973) y en la *performance* (BUTLER, 2004a). Es decir, de espacios relacionales donde narrar (que es un narrarse) y escuchar (que es un escucharse) quién es/soy, y qué reta al orden patriarcal el representarse como neutro y repetible. Esta unicidad no es la idea romántica del sujeto titánico y autocentrado, como nos recuerda CAVARERO, sino un sujeto vulnerable, expuesto, externo, inclinado (1997): una mujer.

Háblanos de violencia obstétrica

Quasi tutti i reduci,
a voce o nelle loro memorie scritte,
ricordano un sogno che ricorreva spesso nelle notti di prigionia [...] di essere tornati a casa, di raccontare con passione a una persona cara, e di non essere creduti, anzi, neppure ascoltati.
[...] l'interlocutore si voltava e se ne andava in silenzio.

Primo LEVI (2007: 4).

Muy frecuentemente, en los últimos años, me han llamado para impartir charlas y seminarios sobre violencia obstétrica. Lo que resulta más interesante son las justificaciones de estas llamadas, puesto que las entidades que me contactan son muy diversas entre ellas. Por una parte, el discurso de moda y progresista de que la violencia obstétrica se encuentra actualmente en el contexto barcelonés; por la otra, su visibilización a partir de autorrelatos en redes sociales, ha generado una preocupación real en muchas entidades. De la misma manera, me llaman la atención las reacciones del público, muy diverso entre sí. Cada año imparto un par de charlas en las facultades de Medicina de Barcelona. En el marco de jornadas radicales sobre la formación y la educación en salud, son las mismas estudiantes quienes me invitan. Tienen un programa muy denso de seminarios y talleres que está abierto a universitarias y colectividades. El objetivo es mejorar su formación, profundizar en cuestiones de género y salud, trabajar temas que no entran en el currículum oficial impartido por las universidades de ciencias de la salud, y desarrollar un espíritu crítico. El público es atento, participativo, mayoritariamente son mujeres de 20-25 años (el 80% de las

estudiantes de Medicina en Cataluña son mujeres), y algunas activistas. No quieren defender el orden de las/los médica/os, no se sienten agredidas por los discursos, son muy conscientes de los límites del sistema médico hegemónico y llegan ávidas de informaciones que procedan de otras disciplinas como la antropología. En otras ocasiones imparto charlas o seminarios en contextos más oficiales, es decir, contactadas por PDI¹² o unidades de igualdades de las facultades de Salud. En este caso, las oyentes son mucho más escasas, a pesar de que, la mayoría de las veces, el seminario entra dentro de un programa de formación en materia de género, o es parte de alguna asignatura. En el momento de las reflexiones, son numerosas las intervenciones de defensa del colectivo, de corporativismo, justificando maniobras a través del discurso sobre «salvación y mejoras» que estas han aportado, o relatos de «buenas prácticas». El discurso se hace más difícil y en parte se empobrece, ya que se pierde la visión estructural de la violencia y la interseccionalidad de género. Se realizan fracturas políticas en el público: algunas madres que han padecido violencia relatan su tortura; algunas profesionales del parto elogian la humanización presente en sus departamentos, mencionando paredes coloreadas y la presencia de pelotas para el trabajo de parto; otras profesionales rechazan completamente el término de violencia obstétrica: «porque no existe», «esto no es real», «es ofensivo»¹³. En estos años he tenido que escuchar que la maniobra de Kristiller no es violenta ni peligrosa, que la episiotomía ayuda a las mujeres, sobre todo de determinados orígenes étnicos y clase social, y que no se puede considerar una mutilación. En estas charlas, la gestión de las intervenciones resulta complicada y sus finalidades me resultan muy confusas. En lugar de un intercambio de prácticas se observa una violenta negación de datos, artículos y experiencias, puesto que la voz de la mujer está silenciada a partir de una infantilización extrema. La justificación y la defensa del colectivo se centra en la retroproyección (justifico lo actual, según los parámetros pasados) y en acusaciones de intrusismo. Otras charlas se realizan en el ámbito del activismo. Por un lado, hay las intervenciones desde el feminismo: derechos para la salud sexual y reproductiva de las mujeres, mercantilización de la salud, etc.; por el otro, las comunicaciones se destinan a un público de activistas del parto respetado, donde la mayoría son madres con

12 Personal docente e investigador.

13 Expresiones recogidas en dichas charlas.

sus criaturas y la presencia de las parejas va considerablemente en aumento. En el primer caso, las dinámicas de la violencia interesan mucho, el público hace analogías con otras violencias de género, algunas narran su experiencia, aunque el tema de las maternidades (en particular, parto y lactancia materna) con frecuencia resulta marginal al movimiento. Es como una vuelta atrás para el feminismo. No faltan críticas agresivas a modelos de crianza y lactancia materna prolongada. Estas visiones utilizan el mismo modelo retroproyectivo usado por el colectivo de las profesionales. A veces se acaba con un enfrentamiento entre modelos y formas de ser madre, donde la diacronicidad de la experiencia está extrapolada de un contexto y marca así la clave: uniformar las maternidades en una única práctica. Mientras que, en el segundo caso, el público busca una interacción constante, se emociona, narra y escucha las historias de las compañeras y sus parejas, pide y busca una solución a esta violencia. El clima rebosa de oxitocina, compasión y ganas de cambiar el mundo. A veces, el discurso también resulta extremo y acaba en una crítica contra todas las profesionales de la salud. Sintetizando, se busca siempre una culpable, una mujer llorona y extranjera, demasiado joven o demasiado vieja (BRIGIDI y BUSQUETS, 2019), o una profesional amargada y cruel, delimitando la violencia a un acto y no a una estructura de poderes y culturas. Exactamente como LEVI observaba para la historia, simplificar no aporta posibilidad de comprensión y superación. De todos modos, he de decir que, en todas las charlas que he impartido en estos años, siempre se acercan una o más mujeres para ofrecerme, entre sollozos silenciosos, su narración de violencia. En los últimos meses, también las profesionales de la salud me confiesan haber sido violentadas en el paritorio. Me vomitan encima —con compuesta elegancia— sus miedos, sus cicatrices, sus dolores. Las mujeres me enseñan estas hijas, con la culpa de quien no puede odiar a una hija, con la vergüenza de atribuirle la sutil responsabilidad de haber sido violadas, con la consciencia de los muchos «sin embargos» presentes en sus pensamientos. Me enseñan las criaturas con el tormento de qué pasará después, de cómo anular u olvidar la tortura. De cómo establecer una relación con la hija del violador, porque suyas las sienten poco. Estos momentos son rápidos y se desarrollan entre técnicos de sonido que desmontan pantallas y desenchufan cables, las responsables de la charla que te invitan a una copa o a cenar, y algunas tarjetas de futuros contactos dejadas sobre la mesa. La sala se ha de cerrar en el centro cívico o en la universidad, hay ruidos que silencian las palabras y esconden la tragedia. Allí la adrenalina producida

por la charla baja, se suma el cansancio del día y a mis preocupaciones de madre (¿ya han vuelto a casa?, ¿por qué la canguro no me ha enviado un mensaje?, pero ¿dónde está mi pareja?). Ellas están allí: Manuela, Lidia, Mercè..., y siempre pienso en cuán solas estamos. En qué discretas somos, silenciosas, no molestas..., y proyectamos en la otra una vida acomodada (en términos de recursos). Por eso, en el último período, el del último movimiento #MeToo o #YoTeCreo, he empezado las charlas narrando mis partos, para que las demás me vean exactamente como ellas: con mis dudas, contradicciones, luchas, deseos y miedos. Manuela, Lidia y Mercè necesitan, como yo, compartir los dolores. Frecuentemente pienso en qué poco nos permitimos espacios de fusiones, espacios políticos donde exhibirnos. Rápidamente les paso mi contacto personal y, según la narración recibida, el de la abogada de las asociaciones donde soy socia, o el de una psicóloga perinatal; las abrazo y les pido que me escriban. Ellas desaparecen. No escriben, no contactan con la asociación ni con las profesionales. Vomitar palabras a una desconocida les da fuerza para aguantar unos meses más, retomar sus silencios, sus llantos escondidos, abrumar el pensamiento. Manuela, Lidia y Mercè vuelven a ser unos de los tantos números que como investigadoras manejamos. Curiosamente, utilizan las mismas estructuras de la violencia patriarcal: invaden un espacio, me echan a la cara sus torturas, y desaparecen. No me dan tiempo a reaccionar, a consensuar un espacio de diálogo, a acordar un momento de intimidad y reciprocidad. Me dejan con (su) tortura encima.

La violencia obstétrica es una experiencia y, como tal, no podemos esconderla. Hemos de rescatarla y resignificarla. El riesgo del olvido es muy frecuente, así como el riesgo de la victimización. La narración garantiza una resignificación de la experiencia ontológica de la violencia. Además, una reencarnación que cumpla con las necesidades de justicia y de acción política. Inicialmente, nos recuerda la antropóloga ALLUÉ, se escribe para poner orden, dar a conocer qué y cómo ocurrió (2008). Tal vez, ya hay la semilla de la denuncia en este relato del deseo de justicia, pero esto se empieza a cumplir cuando el escrito se transforma en una narración, en el momento en el cual se enfrenta a la alteridad. Así que mi propuesta es sencilla, si hablamos de violencia obstétrica, generamos espacios concretos de escucha. Espacios donde la relación es exotópica, de reconocimiento no periférico, sino en profundidad. Así que la historia garantiza un reconocimiento no solo para la narradora, la narrante, sino para las narratarias, y necesariamente permite una enseñanza y una resigni-

nificación. Recordamos los eventos del pasado para conocerlo y enseñar a quienes no los han vivido lo que ha pasado, cómo se han desarrollado y para qué se han hecho (el para qué no es una justificación, sino una herramienta más de exploración). Estas narraciones que identifican a las personas, las costumbres, las tradiciones, son formas para delimitar el tiempo, para recordarnos quiénes somos y hacia dónde vamos. El riesgo consiste en que en estos relatos se expropia la acción política de interacción entre narradora, narrante y narrataria, y se transforma en recolección de violencias obstétricas donde la unicidad y la experiencia sean así unificadas desde un modelo de sujeto universal, claramente masculino, caucásico, europeo, de clase media, media-alta.

A Woman

Oedipus said, "I want to ask one question. Why didn't I recognize my mother?" "You gave the wrong answer," said the Sphinx.

"But that was what made everything possible," said Oedipus.

"No", she said. "When I asked, What walks on four legs in the morning, two at noon, and three in the evening, you answered, Man. You didn't say anything about woman." "When you say Man", said Oedipus, "you include women too. Everyone knows that".

She said, "That's what you think".

Muriel RUKEYSER (1973: 498).

Cavarero utiliza un fragmento de Muriel RUKEYSER para reflexionar sobre el masculino neutro y genérico: el error de Edipo, y por esto no reconoce a su madre, quien utilizó como respuesta «el hombre, porque cuando se dice el hombre se incluyen también las mujeres. Lo saben todos», en la versión de RUKEYSER. La Esfinge le contesta: «Esto es lo que tú piensas» (RUKEYSER, 1978: 498). Ahora bien, la autorrepresentación masculina en todas las disciplinas ha sido universal, global y, sin duda alguna, aplastante, ya que ha negado la unicidad del ser, sobre todo, en el campo de la salud. Dicho de otra manera: ha negado la legitimidad de una diversidad (asimismo, de las posibilidades que ella representa) y ha fomentado un discurso binario (sano/patológico, locura/cordura, etc.) o abismal, formado por distinciones visibles/invisibles (SOUSA SANTOS, 2006), con las que generaciones de profesionales de la salud se han formado. En la literatura

feminista dedicada al campo de la salud tenemos muchos ejemplos de lo que afirmo, por tanto, no me detengo en ellos¹⁴. Quiero, en este párrafo, analizar tres frases que emergen, de forma casi redundante, del trabajo de campo en violencia obstétrica en la mayoría de los relatos analizados (2010-2018). Estas frases evidencian, en la jerarquización de los discursos, qué es importante, quién lo afirma y cómo (JULIANO, 2017; ADLBI SIBAI, 2016; MIGNOLO, 1996), cómo provienen de una estructura patriarcal que se enraíza tanto en el terreno de la biomedicina como en el de la construcción social y familiar, con el resultado de anular la presencia y la narración de la mujer. Una de las frases compartidas por las mujeres y por las profesionales de la salud entrevistadas que atienden partos hospitalarios es «me ha hecho parir», «le he hecho parir». La otra está más relacionada con la cultura popular americana del centro-sur, pero igualmente también presente en el discurso europeo: «me tienen hijos», observada en forma chistosa (o no) de la pareja de la mujer gestante. Finalmente, el enunciado «hace 9 meses no te quejabas», pronunciada por las profesionales de la salud (normalmente, matronas y enfermeras) en la sala de parto a las mujeres que manifiestan el dolor y solicitan más atención farmacológica (o acompañamiento humano). El primer caso consiste en una expresión muy en boga en los paritorios españoles y representa la anulación completa de la existencia, del protagonismo de la parturienta respecto a las habilidades tecnocientíficas de la formación biomédica capaces de sustituir la funcionalidad fisiológica de cualquier mujer al parir. Asimismo, de suplir la capacidad fisiológica del feto de nacer. Una forma de anulación de la alteridad. Así que la definición de la identidad, *quién soy*, corresponde a *qué cosa soy* (una madre), atribuido a través del acto del parir por medio de otro, subrayando la incapacidad, incluso fisiológica, para parir y nacer. La siguiente expresión, «me tienen hijos», a nivel gramatical no tiene sentido: pero evidencia aún más la invisibilidad femenina frente a la acción de engendrar y parir. Algo que en el contexto actual recuerda la polémica de los úteros de alquiler. En «me tienen hijos», las mujeres se someten al ejercicio de parir para complacer a sus hombres, prestan su útero como acto de amor o deber para instalarse, para tener una función social dentro de la sociedad, la de madre, y como momento en el cual el cuerpo se

14 En este sentido se aconseja la lectura de la revista MyS: <https://matriz.net>

sacrifica o es parte, propiedad de pareja¹⁵. Así nacen otros hijos varones: *auguri e figli maschi*¹⁶ (MANCA, DI PAOLO, PALAGGI y SIMONELLI, 1951). De nuevo observamos una correspondencia entre *quién soy y qué cosa soy*, a pesar de que no están definidos por el modelo médico hegemónico, sino por el sistema patriarcal interno de determinadas estructuras familiares o sociales. La última frase se refiere implícitamente a la conducta desviada de la mujer. A este irrefrenable impulso que fluye en una relación sexual (CAVARERO, 2013). En este espacio, su conducta sexual, su placer y sus fantasías son juzgados públicamente y desde una única visión, y sin permiso previo. Y el embarazo es la evidencia de esta inclinación, este placer sexual irrefrenable con el cual los filósofos europeos (desde Platón a Kant, recuerda Adriana CAVARERO) han descrito nuestras incapacidades, ausencias, inclinaciones y debilidades (*ibid.*). Así que, en esta *zona gris*, descrita brillantemente por Primo LEVI, donde los opresores oprímian con una complejidad de discursos, dispositivos y experiencias, el patriarcado pasa irrefrenablemente por la violencia que las mujeres ejercen sobre otras mujeres: anulándolas, rechazando su vulnerabilidad, reduciéndolas a la condición de inermes. En estas situaciones, las mujeres desaparecen: sus historias, cotidianidades, deseos, miedos y necesidades. La narración de ellas se sustituye con el relato biomédico de situaciones de riesgo y de cómo controlarlas; protocolos, fechas de concepción y fechas ideales para la expulsión del feto; valores, parámetros y métricas adecuadas. El proceso de embarazo no es un momento experiencial sino un acto instrumentalizado, mecánico, tecnocientífico, realizado exclusivamente para la (re) producción de un producto: «bello y sano», como enseñan en los videojuegos de partos (BRIGIDI, 2018). Un acto que, siempre más frecuentemente y a nivel global, pasa por la violencia. Una preocupación evidente y reconocida a nivel internacional. Para cambiar, necesitamos generar otras enseñanzas que pasen por la recuperación, la escucha y el respeto de las narraciones de las protagonistas. Que permitan vincular, en una relación de cuidado, profesionales y personas, para anular el desprestigio que el sistema patriarcal ha construido históricamente alrededor de la figura de la mujer.

15 María Teresa Blandón narra esto en las Jornadas Internacionales de intercambio y estrategias Centroamérica, Colombia y Cataluña, 27-28 de abril de 2018.

16 «Felicidad e hijos varones». Traducción propia.

Finalizando, la práctica de la narración permite el elogio de lo cotidiano, de las pequeñas cosas, de esos detalles elogiados por el poeta italiano, Giovanni PASCOLI, e, inevitablemente, nos induce a la confrontación de ideas: el arte de la narración «se inspira en una sabia repugnancia por el abstracto universal y consigue una práctica cotidiana donde el relato es existencia, relación y cuidado» (CAVARERO, 1997: 73). La unicidad exhibida de que los relatos de mujeres existen. La posibilidad de la problematización de la maternidad que afecta a todas y todos.

*A modo de conclusión. El uso de la narración
para llegar a una política de educación activa*

Mi inquietud consistía en cómo narrar la violencia obstétrica. Cómo narrarla para resignificar la experiencia, para que genere enseñanzas, para conseguir un acomodo, para cambiar la situación actual en la cual las mujeres están pariendo y las niñas, naciendo. No cabe duda de que la complejidad del fenómeno de la violencia obstétrica, aún poco estudiada (se disponen de pocos datos estadísticos a escalas nacionales) y muy criticada por sectores específicos del modelo médico hegemónico, tiene el riesgo de perderse. Y no solo, como he dicho anteriormente, porque se transforma en una anulación de la unicidad a partir de la recolección de relatos de violencia sin la capacidad de acción política, sino porque se podría estancar en un discurso binario, lineal, vinculado a la lucha de un solo sector específico. Así, de transformarse en una nueva forma de colonización: quién puede parir y dónde, quién puede legitimar los discursos sobre los tiempos, las formas y las posturas del parto (como de la crianza, de la lactancia materna/prolongada, del no trabajar, etc.) y quién no tiene otra posibilidad que exponerse y aceptar la violencia debido a que siempre hemos parido así.

En las charlas impartidas, comentadas más arriba, normalmente no utilizo imágenes/vídeos de partos violentos, aunque estos sean muy clarificadores sobre la violencia obstétrica, sobre todo, para un público de no expertas; ni tampoco relatos de mis informantes. Este material lo reservo para seminarios más específicos, congresos o publicaciones. Por costumbre me centro más en mis investigaciones audiovisuales sobre el parto y mis reflexiones sobre estos temas. No deseo combatir la violencia obstétrica enseñando o hablando a través de imágenes violentas. Asimismo, no

soy partidaria de hablar o concluir mis charlas con las «buenas prácticas», presentes, indudablemente, en muchas instituciones sanitarias, porque quitarían el valor y la existencia de la violencia obstétrica, que para mí son incontrovertibles. Lo que quiero decir es que no quiero enseñar una serie de violencias, pero tampoco el *happy end*. Así que: ¿cuál es la escatología de esta transmisión? Para mí consiste en una política capaz de generar una educación activa. Una forma de educación implicada en la cual se generen las bases para combatir la normalización, la pasividad, el olvido y el miedo. Una exposición constante a la unicidad para fomentar la narración en la cual las palabras sean el eje central del cambio. Las palabras donadas en los relatos infantiles, en las aulas preescolares o universitarias, en las reuniones de asociaciones o en el discurso sociopolítico.

Observemos más detalladamente. Una buena práctica, por así llamarla, en las ciencias que utilizan las entrevistas en profundidad, consistiría en devolver la narración a la protagonista. Sin entrar demasiado en los detalles (BRIGIDI, 2019), esto no significaría solo enviar el manuscrito a las informantes, sino contárselo: narrarlo de vuelta. La finalidad de esta acción es el reconocimiento que, como para HOMERO, pasaría probablemente por la conmoción durante la exhibición de su unicidad. En particular, esta forma de narración oral haría política, ya que existe una escena plural e interactiva (narradora, narrante y narrataria). Pensemos en un escenario de narración donde la narrataria narrara el relato frente a estudiantes y profesionales de la salud. La potencia que esta performance política asumiría sería un espacio donde las emociones y los miedos, así como las contradicciones presentes, coexistieran. Específicamente, estas discordancias existen cuando la identidad subjetiva y personal de la informante/paciente se acomoda (porque se siente definida y porque asume esta identidad) a la categoría de enfermedad. O sea, el *quién soy* y *qué soy* a los ojos externos, a veces internos, coinciden (*la enferma de...; estoy enferma de...*), aunque en la estructura ontológica tienen un significado profundamente diverso. Una narración que devolviera estas estructuras y posiciones al escenario del proceso de salud, enfermedad y atención. Además, en esta narración oral, se contemplaría el problema lingüístico que a menudo tenemos con las informantes o las pacientes: ellas se narran en un idioma y se le devuelve un texto en otro estilo, tal vez en una lengua

no hablada o leída por ellas (pensemos también en textos académicos)¹⁷. Pienso que para entrar en el campo de la pedagogía activa, y generar una acción política resultado de la narración, otro recurso necesario consiste en el uso didáctico de la expresión artística: desde el cine, los cortos y los largometrajes, el teatro, la escultura, hasta llegar a los dibujos o *roll ups* (BRIGIDI y BIROSTA, 2018; BRIGIDI, 2016b). Las interpretaciones y las *performances*, las simulaciones clínicas y asistenciales, nos permiten esto: ilustrar las dinámicas y estructuras anexas a la historia de una persona en un contexto sanitario y las repercusiones, no solo asistenciales, sino experiencial-emotivas de estas categorías de poderes implícitas o asumidas como inmutables. Por esto la narración tiene otra ventaja: la introducción del femenino, de las historias de mujeres, narradas e pensadas por mujeres: las grandes excluidas de la historia de la salud. Así, la narración, su devolución, podrá entrar en las aulas de salud y garantizar una resignificación de la experiencia ontológica de la violencia, que cumpla, además, con las necesidades de justicia y de acción política en que todos estamos involucrados.

En esta política de educación activa pienso que existen cinco aspectos que necesitamos contemplar. En primer lugar, necesitamos educar/educarnos en la presencia: cuando recogemos un relato de violencia o escuchamos narraciones de dolor, estar presentes significa estar en escucha, garantizar física y emotivamente un cuerpo que no se voltea, que cree y conforta: «casi todos los veteranos, ya sea verbalmente o en sus memorias escritas, recuerdan un sueño que a menudo ocurría en las noches de encarcelamiento [...] al regresar a casa, contarle a un ser querido con pasión, y al no ser creído, de hecho, ni siquiera escuchado [...] el interlocutor giró y se fue en silencio» (LEVI, 2007: 4). A continuación, educar la memoria, la preservación de los documentos (materiales e inmateriales). Por una parte, la memoria tiene que ver con la presencia, es decir, con la escucha y la credibilidad; por la otra, desconoceríamos la entidad del fenómeno, ya que no se reconocen, no se apuntan en la historia social, en el historial médico no se señalan, y así la violencia se silencia. El tercer aspecto consiste en educar en la crítica. La justicia no está solo construida de la observación de las reglas, sino de la presencia de valores. La capacidad

17 En este sentido, CAVARERO observa la historia entre Poppie y Elsa. Elsa escribe el libro en el idioma hablado por Poppie, un idioma nunca escrito y que ella no sabía leer. Una mujer llamada Poppie, de Elsa JOUBERT.

crítica es la constante capacidad de observación de los sujetos (que son personas, lugares o tradiciones, etc.) implicados en un escenario concreto. Considerando, además, el eje diacrónico y sincrónico de la mirada y de lo observado, la capacidad de reciprocidad, de retroceder avanzando, de ponerse en discusión, de participación. Las reglas sin crítica y sin valores generan comportamientos violentos. Asimismo, necesitamos educar en la complejidad. Levi observa que tendemos a simplificar la historia entre dos partidos, dos facciones. Así, simplificamos las emociones, los casos clínicos, los relatos, las violencias. La complejidad de la violencia obstétrica es evidente. Por una parte, por los sujetos implicados en ella: madre, fetos/bebés, pareja, familiares y entornos sociales, profesionales de la salud, institución y formación sanitaria. Por la otra, por las cuestiones de género anexas: el valor que atribuimos a las maternidades y las paternidades en nuestras sociedades, pero también en referencia a las representaciones del embarazo, del parto y de la maternidad o paternidad (BRIGIDI, 2016a; 2019), así como la jerarquización de las profesiones sanitarias implicadas en el parto, el peso de las empresas farmacéuticas, de una *branding a condition* (PERRY, 2003) en el proceso de embarazo, parto y crianza. Por todo lo dicho, necesitamos una política de narración activa para mostrar las alteridades y unicidades.

Bibliografía

- ADLBI SIBAI, Sirin (2016). *La cárcel de feminismo. Hacia un pensamiento islámico decolonial*. Ciudad de México: Akal.
- ALLUÉ, Marta (2008). *La piel curtida*. Barcelona: Bellaterra.
- ARENDT, Hannah (1958). *The human condition*. Chicago: University of Chicago Press.
- (1973). *On violence*. San Diego: Harvest Books.
- BRIGIDI, Serena (2009). *Políticas públicas de salud mental y migración latina en Barcelona y Génova* (Ph. D. Dissertation). Universitat Rovira i Virgili, Tarragona.
- (2016a). «Haec ornamenta sunt mea. Reflexiones en torno al universo (in)material de la maternidad». *Femeris*, (1), 148-165. doi: 10.20318/femeris.2016.3233
- (ed.) (2016b). *Cultura, salud, cine y televisión: Recursos audiovisuales en las Ciencias de la Salud y Sociales*. Tarragona, España: Publicacions URV.
- (2018). «Jugamos a parir?». El poșlost' de la violencia entre brutalidad y trivialidad. En J. GOBERNA-TRICAS y M. BOLADERAS (eds.), *Violencia obstétrica y el debate actual sobre la atención al nacimiento* (pp. 161-174). Madrid, España: Tecnos.
- (2019). «Grietas sangres y jeringa. Algunas reflexiones metodológicas». En S. FERNÁNDEZ GARRIDO y E. ALEGRE AGÍS (eds.), *Investigación auto-etnográfica* (pp. 215-238). Tarragona: Publicacions Universitat Rovira i Virgili.
- BRIGIDI, Serena y BIROSTA, Jordi (2018). «Violencias sexuales según el paradigma de las violencias de género: un proyecto de aprendizaje servicio en enfermería». En BEATRIZ SANTAMARINA (coord.). *Mujeres y universidad (sin cifras)* (pp. 189-212). *La violencia invisible*. Valencia: Neopatria, 2018.
- BRIGIDI, Serena y BUSQUETS, Marta (2019). «Interseccionalidades de género y violencias obstétricas». *Revista Musas*, 4(2), 37-52
- BUONARROTI, Michelangelo (1522/1934). *Poesie*. Chieti: Luciano Carabba Editore.
- BUTLER, Judith (2004a). *Precarious life: the powers of mourning and violence*. London; New York: Verso.
- (2004b). *Undoing gender*. New York; London: Routledge.

- CAVARERO, Adriana (1997). *Tu che mi guardi, tu che mi racconti. Filosofia della narrazione*. Milano: Feltrinelli.
- (2013). *Inclinazioni. Critica della rettitudine*. Milano: Raffaello Cortina.
- DE ANDRÈ, Fabrizio (1965). *La città vecchia*. Roma: Karim.
- DE MARTINO, Ernesto (2002). *La fine del mondo. Contributo all'analisi delle apocalissi culturali*. Torino: Einaudi.
- DORAN, Lindsay, BEVAN, Tim y FELLNER, Eric (prods.) y JONES, Kirk (dir.) (2005). *Nanny McPhee*. [Motion Picture]. United States: Universal Pictures.
- FORCADES, Teresa (2006). *Los crímenes de las grandes compañías farmacéuticas*. Cuadernos, 141. Barcelona: Cristianisme i Justícia. Disponible en: <<http://www.uees.edu.sv/editorial/publicaciones/Normas%20APA%20Sexta%20Edición.pdf>>
- JULIANO, Dolores (2017). *Tomar la palabra. Mujeres, discursos y silencios*. Barcelona: Bellaterra.
- LEVI, Primo (2007). *I Sommersi e i salvati*. Torino: Einaudi.
- MANCA, Alberto, DI PAOLO, Aleandro y PALAGGI, Furio (prods.) y SIMONELLI, Giorgio (dir.) (1951). *Auguri e figli maschi*. [Motion Picture]. Italia: EDIC.
- MIGNOLO, Walter (1996). «Herencias coloniales y teorías postcoloniales». En B. S. Gonzáles (ed.), *Cultura y tercer mundo: cambios en el saber académico* (pp. 99-136). Caracas: Nueva sociedad.
- MILLER, R. Paul y RENZI, Maggie (prods.) y SAYLER, John (dir.) (1997). *Men with guns* [Motion Picture]. United States: Independent Film Channel.
- OMERO (2014). *Odissea*. Milano: Feltrinelli.
- PERRY, Vince (2003). «The art of branding a condition». *Medical Marketing & Media*, 38(5), 43-49.
- PIERCE, Gerald (1973). «Introduction à l'étude du narrataire». *Poétique*, 14, 178-196.
- RENART, Guillermo (s. f.). *El narratorio, lo narrante y lo narrado. Serie: La Narratología* (I). Disponible en: <<http://www.chasque.net/frontpage/relacion/9909/narratologia.htm>>.
- RUKEYSER, Muriel (1973). *Breaking open*. New York: Random House.
- SOUSA SANTOS Boaventura de (2006). *Renovar la teoría crítica y reinventar la emancipación social*. Buenos Aires: CLACSO.

I.II
SACANDO PECHO¹: NARRANDO LA VIDA

Ester Massó Guijarro
Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Granada

Resumen: Este texto constituye el fruto de mis reflexiones y experiencias tras diez años «de teta», de haberme convertido en una madre lactante. Aquí laten mis propias vivencias, que han alentado pensamientos, lecturas, y, algo más tarde, escritos, (auto)etnografía y trabajos diversos de investigación. Frente a todo ello, sin embargo, esta narración posee una existencia autónoma de autoafirmación: lo que voy a contar aquí es personal (y, por ende, político), *existe y ha existido*, en mi pecho y en mi vida.

Palabras clave: lactancia humana, lactivismo, (filosofía de la) narración, teta, sexualidad, política.

Abstract: This text is the fruit of my reflections and experiences after ten years of breastfeeding, of having become a breastfeeding mother. Here I set out my own experiences, which have fed into my thoughts, my readings and, somewhat later, my writings, my (auto)ethnography and my research. In contrast to all that, however, the present narration possesses an autonomous existence of self-affirmation: what I am going to tell here is personal (and, therefore, political), it exists and has existed in my breast and in my life.

Keywords: human lactation, lactivism, (philosophy of) narration, breast, sexuality, politics.

1 Agradezco a José Ángel Martínez Casares la útil y cuidadosa revisión del manuscrito original.

A mis hijos: faros, mares.
A su padre: el agua.

sacar alguien pecho

1. loc. verb. coloq. Adoptar una actitud de orgullo, de arrogancia o de desafío.
2. loc. verb. coloq. Actuar con decisión y valor ante una situación difícil. [DRAE].

¡Buen pecho!² *Presentación*

buen pecho

1. loc. interj. ánimo. [DRAE].

—Me parece que va sin ropa —observó un niño.
—Señor, ¡es la voz de la inocencia! —lo excusó el padre.
Pero pronto se elevaron murmullos repitiendo las palabras del niño.
—¡Un niño dijo que el emperador no llevaba ninguna ropa!
—¡No lleva ropa! —gritó por fin el pueblo.

(ANDERSEN, 2017: 19).

Lo que sigue a continuación es el fruto de mis reflexiones y experiencias tras diez años «de teta», de haberme convertido en una madre lactante. Aquí laten, sobre todo, mis propias vivencias, que han alentado pensamientos, lecturas, y algo más tarde, escritos, (auto)etnografía, artículos, seminarios, conferencias, etc., y todo ello ha devenido sin duda importante en la gestación y el desarrollo de este texto..., pero todo ello no *es* este texto. Lo que sigue se alimenta, por supuesto, de tantas experiencias y narraciones de otras, conocidas en espacios de encuentro tanto formal como informal, en el *mundo de la vida*; se alimenta de investigación cualitativa y cuantitativa, de libros de divulgación, de charlas de café o de autobús..., pero, en fin, todo ello no *es* el texto³, sino que este posee una vida autó-

2 Cada epígrafe comienza con una frase hecha (normalmente locuciones adverbiales, aunque en este primer caso se trata de una locución interjectiva) en torno al nombre pecho, según está recogido en la última edición del DRAE (<http://dle.rae.es/?id=SGn4UWw|SGnBUDZ|SGoYqxA>). En el último epígrafe se trata con más detalle del sentido de otras expresiones populares en torno a la voz pecho.

3 No es este, pues, momento de afrontar disputas dialécticas sobre la lactancia; a la lectora interesada la remito a la bibliografía de mi autoría citada al final, donde he trabajado sobre

noma de autoafirmación: lo que voy a contar aquí es autoetnográfico, es personal (y por ende, político), es real, y existe y ha existido, en mi pecho y en mi vida. Porque, como NERUDA (2003: 265) sabía: «Hablo de cosas que existen, Dios me libre / de inventar cosas cuando estoy cantando».

A la pregunta fundamental «quién soy yo», clave del racionalismo filosófico occidental, la filósofa italiana Adriana CAVARERO (2007) precisa que se responde narrando la propia vida, *contando* la vida. Existimos en tanto que podemos narrarnos, de forma irreplicable. Si nos narramos es a causa, también, de nuestra condición sensorial, lo que pretende explorar la contemporánea antropología de los sentidos: nuestra disciplina se torna indefectiblemente reflexiva, generizada, corporizada y, por ende, visual (PINK, 2010).

Así, voy a contar cómo descubrí el (mi) pecho, la *teta*. Cómo descubrí que, para mí, para nosotras, el emperador está desnudo.

Lo que cuento es (parte de) la vida. De quién soy y somos.

*Descubriendo mi pecho.
La tetra (o todo lo personal es político) y las herstories
(o historias de vida láctea)⁴*

descubrir alguien su pecho a otra persona

1. loc. verb. abrir su pecho. [DRAE].

La primera vez que vi a Sol⁵ acababa de nacer mi hijo. Yo era madre apenas hacía cuatro días y me presenté en aquella reunión de Mamilactancia⁶ con

cuestiones en este sentido de un modo más ensayístico, científico o argumental.

4 Agradezco siempre el inestimable apoyo de tantas compañeras y amigas que, junto con sus criaturas y sus «triángulos de lactancia», me brindan sus experiencias y vivencias, sus caminos de la leche.

Parte de las reflexiones que siguen han sido compartidas oralmente en diversos encuentros y congresos, si bien no se reproduce nada que ya haya sido efectivamente publicado en artículos, libros o capítulos. En concreto, este primer epígrafe forma parte de la disertación que se expuso en el XIII Congreso FAEE, «Fronteras, Periferias, Diálogos», el 4 de septiembre de 2014, en Tarragona (España).

5 «Sol» es el pseudónimo de una voluntaria del grupo de apoyo a la lactancia (además de haber desempeñado un cargo directivo en este durante años), entrevistada específicamente durante mi trabajo.

6 Grupo constituido como asociación en el ámbito de la región granadina de apoyo a la lactancia materna. Ver, para un abordaje desarrollado, MASSÓ GUIJARRO (2015c).

mi cachorro dentro de mi fular lila, aún arrastrando las caderas (mi pubis todavía estaba realmente separado) y con los pechos plenos de leche, con la felicidad de esos primeros estallidos oxitócicos confluentes con la transformación vital que implica parir una criatura, con mucho sueño y mucha alegría.

Sol dirigía, coordinaba y animaba la reunión con un bebé de gran tamaño, aunque de apenas unos meses, colgado entre sus pechos de otro fular muy parecido al mío. Al bebé apenas se le oía, ella hablaba y hablaba y de vez en cuando le echaba un vistazo. Una mujer alta, generosa, de exuberantes rizos negros y sonrisa inmensa, que siempre firma los *e-mails* con «abrazos redondos», que parecen definir su entusiasmo indeclinable.

Me sorprendió porque estaba volcada en un encuentro, en una reunión, en una asamblea con muchas personas (madres, padres, bebés y niños de diferentes edades), y en un simpático guirigay resolvía dudas y contaba recomendaciones para nuestras lactancias..., y todo ello lo hacía mientras lactaba a su bebé dentro de un pañuelo. Aquello rompía abruptamente, aunque con una dulzura elegante y espontánea, con todo lo que me habían enseñado (en sesudas clases de doctorado y máster) sobre la división entre espacios públicos y privados: ella estaba haciendo algo público y algo privado al mismo tiempo, y parecía contenta y satisfecha. Así que todo lo que había oído sobre que el cuidado, la maternidad o la lactancia eran ataduras de la madre a un espacio doméstico (como opuesto, simbólicamente y en la praxis, a otro de intervención pública y política, es decir, algo valioso), parecía volar por los aires⁷ frente a aquella mujer risueña, sencilla y formidable, que coordinaba una charla con su bebé discretamente anudado en el seno... Pura dinamita. Ese fue mi primer encuentro con lo que podríamos llamar *holismo lactante* (o todo lo que puede hacerse dando pecho a un bebé).

A las ocho semanas de nacer mi primer hijo, acudí junto con él (y su padre, inestimable apoyo y facilitador para que la lactancia pudiera suceder de modo satisfactorio para nosotros en aquel momento) a un congreso africanista en Las Palmas de Gran Canaria. África es un continente donde por antonomasia las mujeres pasean a sus bebés en preciosos pañuelos, entre el campo y la aldea o el mercado, en una alucinante conciliación

7 En mi experiencia biográfica esta fue la primera y más relevadora observación; sin embargo, antes muchas lo habían observado en numerosos contextos no occidentales (PALMER 2011: 157 y ss.).

espontánea, diaria, de sus facetas productiva y reproductiva —como diría una antropóloga—. En África dar el pecho no es privado o público⁸. *Es*, simplemente⁹. Tal vez no sea casualidad que algunas de las grandes estudiosas que han desarrollado trabajos referenciales sobre lactancia materna, como PALMER (2011) en Mozambique o DETTWYLER (1988) en Mali, hayan vivido y trabajado durante muchos años en África.

Mi experiencia en aquel congreso supuso una suerte de metatrabajo de campo a la luz de una antropóloga lactante (que desarrollaré en el próximo epígrafe), es decir, la experiencia de campo en un congreso de una antropóloga acompañada de su hijo lactante de un mes. Pensé entonces en torno al género y cómo el ejercicio de algo propio de la madre y su criatura, como es la lactancia, transformaba su situación y sus capacidades en un entorno académico como el de un congreso; en torno al impacto visual, social y emocional que puede causar una situación de este tipo (lactar entre las bambalinas de un congreso); en torno a las derivaciones antropológicas sobre la delimitación de los espacios privado y público, asociados a los roles de género tradicionales en Occidente, y sus consecuencias en el terreno laboral. Así, pronto continué tocando en primera persona los poros de esa particular división entre lo privado y lo público, o sobre las asunciones más escuchadas en torno a la lactancia. Descubría que se podía asistir a conferencias mientras se lactaba a un bebé, aunque sus murmullos de succión levantarán más inquietud entre la audiencia (¡incluso una audiencia africanista!) que el (incomparablemente más escandaloso) sonido de un móvil.

8 Ello es muy diferente en las sociedades occidentales. AVISHAI (2004) describe, por ejemplo, cómo se comporta un cuerpo lactante en el trabajo (un espacio laboral de un trabajo remunerado), especialmente teniendo en cuenta el factor de la extracción de leche. En mi trabajo de campo he escuchado narraciones variadas sobre la experiencia de la extracción motivada por circunstancias muy diferentes. La extracción de leche constituye un ejemplo contundente de práctica inédita de intervención y agencia sobre la lactancia; es decir, nunca antes en la historia de la lactancia se había practicado sistemáticamente y usándose tecnología específica, destinada a favorecer la conservación de leche para el consumo «en diferido» del propio lactante o, de modo específico, para su donación a bancos de leche humana. Sin duda amerita investigación específica y diferenciada, por su vínculo con cuestiones, además, como el altruismo, y porque revela fuertemente la condición cultural de la lactancia humana.

9 PALMER (2011) cuenta la impresión reveladora que sintió a este respecto cuando escuchó a una joven revolucionaria mozambiqueña contar su experiencia en un encuentro de prensa, al mismo tiempo que daba el pecho a su bebé.

Todo ello fue el inicio de grandes lecturas y fervores. Allí comenzó una poderosa historia (mi historia de vida láctea o camino de la leche, mi *herstory* compartida con tantas otras) que llevo años viviendo junto con otras mujeres, hombres y criaturas, y que intento, también, trabajar y reflexionar como estudiosa y analista social.

Uso aquí *herstory* (MASSÓ GUIJARRO, 2015c) en el sentido más puramente combativo y subversivo de bell hooks¹⁰ (HOOKS *et alii*, 2010) y otras. La historia de vida es, por otro lado, una herramienta clásica de la antropología, mientras que las *herstories* del feminismo negro pretenden oponerse a la gran history, contada por hombres, en un interesante juego de palabras. Así, historia de vida o *herstory* de vida láctea posee un matiz tanto metodológico como epistemológico. En mi trabajo de campo he ido recogiendo durante años lo que llamo historias de vida (*vía/camino*) láctea, o *herstories* (narraciones) sobre lactancia, jugando con ambos términos y en ambos sentidos: deseo escuchar lo que no ha sido escuchado, lo que ha sido silenciado, ya que, en palabras de la propia YOUNG (2005: 161 y ss.), lo que ha venido sucediendo con los pechos en el feminismo ha alcanzado las cotas del silencio, de la censura (MASSÓ GUIJARRO, 2013a; 2013b).

Las historias de vida láctea son, también, en su irreductible particularidad, *herstories*. De ellas, las subalternas, las otras inapropiables (HOOKS *et alii*, 2010) por muchos feminismos o corrientes, de las que desean ser escuchadas en primera persona (nada sobre nosotras sin nosotras¹¹, como tantos otros colectivos reclaman) sobre qué hacen con sus pechos, qué es la leche para ellas, qué sienten cuando amamantan; o cómo con decisiones racionales, y, por tanto, culturales, optan por modelar biológicamente su propia lactancia, enfatizar más unas ciertas conductas culturales sobre otras que les hagan vivir una lactancia gozosa. Ellas que desafían la separación entre naturaleza y cultura, porque son decisiones culturales las que emplean para realizar unas u otras conductas biológicas.

Lo que sigue es parte del camino en este sentido.

10 Siempre en minúscula, como deseaba Gloria Jean Watkins que apareciera su pseudónimo (el nombre de su bisabuela, en realidad: Bell Blair Hooks).

11 Del latín *Nihil de nobis, sine nobis*, es una expresión utilizada para comunicar la idea de que no es legítima una política (o emitir aserciones sobre lo mismo) sin contar con la participación completa y directa de los miembros del grupo afectado por esta. La apropiación más reciente y contundente de ello es la del movimiento de diversidad funcional encabezado en nuestro país por el Foro de Vida Independiente (<<http://www.forovidaindependiente.org/>>).

Echando el pecho al agua.

En el metacampo: notas etnográficas de una antropóloga lactante

echar el pecho al agua

1. loc. verb. Empezar con resolución algo de mucho peligro o dificultad. [DRAE].

Nota previa: la siguiente narración¹² (que abarca el presente epígrafe completo) fue escrita en 2008 como reflexión autoetnográfica; se traslada íntegramente, respetando todas las formas en presente, coloquialismos, tono divulgativo y demás singularidades propias de este tipo de redacción. [Se presenta en cursiva para remarcar su carácter de texto autónomo o diferencial en el sentido indicado].

Comencemos por un poco de historia vital, sobre la llegada de mi primer hijo, algunos prolegómenos y posterioridades.

Me llamo Ester y voy a compartir aquí algunas de mis experiencias como mujer lactante, en primer lugar, y antropóloga, en segundo. Soy mamá de un bravo bebé, que nació el 23 de marzo de 2008 en mi casa, en el agua, junto a su padre José Ángel, y Marta y Hellen, nuestras estupendas comadronas del grupo Ocean (Granada, España). Llevábamos muchos meses preparando su llegada en nuestro hogar, a medias compartiendo la experiencia con quien nos comprendía, a medias bregando con quienes solo nos preguntaban: «Y ¿no os da miedo tenerlo en casa?, ¿os vais a arriesgar...?». Pues sí, nos «arriesgamos», y como resultado mi bebé nació feliz, en una paz íntima, y mi cuerpo se recuperó todo lo rápido que lo hace un cuerpo normal cuando no se le interviene sin necesidad, drogas o extrañas ansiedades. Y lo tuve enganchado a mi pecho desde el principio.

Por ahí ya empezaba la cosa a pintar interesante... En los días posteriores al maravilloso nacimiento de mi niño, no faltaron algunos de los más típicos consejos bienintencionados y desconfianzas basales de los cuerpos lactantes de mi bebé y mío propio («¿Biberones de apoyo antes de la “subida”...?». «¿Un poco de suero o agua...?». «¿Tendrá suficiente con

12 Comunicada en forma oral en el V Congreso FEDALMA: «Asociaciones y grupos pro-lactancia materna», celebrado en Zaragoza del 26 al 27 de septiembre de 2008. Véase MASSÓ GUIJARRO (2015c) para un análisis pormenorizado sobre este tipo de congresos, a caballo entre el activismo y la ciencia, donde por ende son especialmente bienvenidas este tipo de intervenciones biográficas.

tu leche...?». «¿Tendrás tú la leche suficiente y buena...?». «¿Sabe o sabrá mamar...?». Todas esas dudas metódicas y ontológicas, en fin, de algo que se pinta tan asombrosamente complicado, precario y susceptible de sospecha como la lactancia materna, más antigua que otras cosas muy antiguas).

Muy poco después, llevar al niño colgado de mi cuerpo en un pañuelo, darle el pecho en público o dormir con él, por supuesto, han seguido siendo puntos polémicos en según qué ambientes o según qué momentos. Me han llegado a espetar en plena calle que si no tenía vergüenza por estar con mi bebé envuelto en un fular en torno a mi cuerpo, en lugar de dejarlo en casa en una cuna, tranquilito y a salvo, bien lejos de cualquier sospechoso calor humano. En fin.

Aunque tengo mi carrera profesional como investigadora bastante paralizada porque estoy cuidando a mi hijo, a principios de mayo, cuando mi bebé contaba con apenas ocho semanas de vida y era ya un feliz bebé lactante, simpático y superviviente, a pesar de alimentarse solo de mi pecho (qué proeza), no quise renunciar a asistir a un congreso de mi disciplina en el que llevaba tiempo involucrada personalmente. Como no puedo separarme mucho más de hora y media o dos, según en qué momentos, de mi bebé, asisto al evento gracias a que su padre y mi pareja puede acompañarme, y les sigo contando...

Continuemos la reflexión abordando ahora la separación de los espacios: lo privado y lo público, la biología y el trabajo, la mujer y el hombre. Metatrabajo de campo desde la lactancia.

Uno de los intereses clásicos en la antropología aborda las diferentes concepciones de lo público y lo privado en distintas sociedades y momentos históricos. Habitualmente, y sobre todo desde la revolución industrial, la generalización de la monetarización en la economía y el orden social del capitalismo, el trabajo productivo se ha asociado con el hombre y la esfera pública, mientras que la biología, a través de la tarea reproductiva, se ha vinculado a la mujer y a la esfera privada. Es decir: hombre-producción de riqueza-cultura-espacio público (sociedad); mujer-reproducción-biología—espacio privado (hogar)—. Todo esto tiene muchas interpretaciones y matices posibles, pero resumimos aquí en aras de la brevedad y la simplicidad.

La lactancia, ni qué decir tiene, ocupa su lugar en la segunda de tales cuestionables ecuaciones. En sociedades donde los espacios se hallan repartidos y gestionados de otros modos, es habitual que una mujer lactante vaya a trabajar (por ejemplo, en un huerto o en un mercado) con su

niño colgado de su cuerpo, y, por ende, mamando de su pecho cuando es preciso. Así, la lactancia, en el marco general del cuidado, puede quedar inserta o incrustada fácilmente en un espacio en cierto modo público, que es también en cierto modo familiar y en cierto modo social.

Con la máxima regulación de los espacios y las tareas en las sociedades opulentas (horarios rígidos y fijos, delimitación inflexible de lugares físicos), una mujer no puede amamantar en su trabajo, o desde luego no puede hacer coincidir en el tiempo y en el espacio ambas tareas. O trabaja, o cuida, o amamanta, y todo eso suele separarse por períodos prolongados en el reloj. Todo ello a pesar de que ya es de sobra reconocido que se rinde más y mejor, en general, cuando hay horarios flexibles y una alta satisfacción por parte de la trabajadora (una separación de varias horas para una madre de su bebé muy pequeño puede llegar a constituir un triste suplicio). Y todo ello a pesar de que ya es de sobra sabido y aceptado —al menos por parte de profesionales responsables, y ahora hasta de la OMS— que la lactancia materna implica salud holística tanto para la madre como para el infante; una salud también social, pues, y bien rentable, por cierto.

La profesionalización de los espacios en nuestras sociedades pasa por una concepción rígida de tareas y lugares físicos de realización, insisto, algo que se lleva mal con la crianza en sentido amplio y, desde luego, con la lactancia. Cuando en muchos lugares de África se celebra una danza importante y alguna de las bailarinas tiene una criatura, esta en cuestión forma parte del espectáculo sin mayor problema que el de ponerle un traje pequeño. Eso no lo podemos ver en el ballet nacional¹³...

Por regresar a la cuestión inicial, y a mi historia, pude acudir al congreso, en efecto, tomar los vuelos precisos hacia Las Palmas de Gran Canaria, asistir a algunos simposios y conferencias e incluso exponer mi propio trabajo. Las interrupciones eran casi constantes, porque el papá de mi bebé aguardaba fuera con él, dando apenas breves paseos para no alejarse mucho de la sede, por si el nene necesitaba mamar. Les cuento así un poquito de la logística situacional. Yo tenía siempre el móvil en mi

13 Admito que esto podría conllevar mayor discusión ya que el quid se halla, probablemente, en la diferenciación entre espacios tradicionales y espacios profesionalizados; es decir, podemos ver también niños pequeños participando, si encarta, en danzas tradicionales hoy en España, por ejemplo, con sus trajes y su espontaneidad, y ello no sucede en el espacio profesionalizado del ballet nacional.

bolsillo, en modo vibración, y los pasillos y bancos de la sede del congreso se acostumbraron a verme salir corriendo para sentarme, donde mejor encartara, a amamantar a mi criatura.

Ni qué decir tiene que a menudo el bebé dormía y no habría constituido molestia real alguna que estuviera conmigo dentro de las propias salas. Más allá de algún gemidito entre sueños o «vientos» típicos de bebé, sus ruidos eran mínimos, desde luego más mínimos que los sonidos de móviles, que, como en cualquier evento que se precie, no pudieron faltar. Pero la imposibilidad de llevar para dentro a mi bebé conmigo era mucho más simbólica que real, y obedecía a códigos mucho más tácitos que a normas explícitas racionales o justificadas.

Supongo que huelga decir que en tal congreso, por otra parte estupidamente organizado, no hubo ningún tipo de servicio de guardería, y que mi bebé fue el único bebé-niño, deviniendo algo así como una rara mascota o una exótica atracción. Había mamás y papás de niños y bebés muy pequeños, que allí estaban, pero niños y bebés muy pequeños, ninguno, salvo nuestro pequeño héroe; así, claro, no existió ningún tipo de demanda sobre un posible servicio de guardería. Es decir, sencillamente, *no se concibe* acudir con bebés a ese espacio profesional-profesionalizado, claramente delimitado y restrictivo, de un congreso, aunque la verdad objetiva sea que un bebé lactante, en nuestro caso, perturbe poco o nada el curso normal de tal evento, o que, en caso de hacerlo, ello habría de implicar más bien una revisión de nuestra noción de lo público, lo privado y el humano cuidado, a mi entender, en lugar de una negación de los bebés en tales espacios.

Los asistentes, por su parte, veían con simpatía y extrañeza el peregrinaje diario de mi bebé en su fular lila, entre el desayuno del hotel y la sede; sonreían ante el paseo del «pobre» bebé, colgado de un trapo, entre simposio y simposio... Había quien decía que éramos «malos» por llevarle a un sitio tan aburrido e impropio, y otros simplemente admiraban, una vez más, que nos hubiéramos «arriesgado» (a subirlo a un avión, a meterlo en un hotel..., no sé, en fin, esas cosas de riesgo real tan absolutamente bajo pero que, ignoro la razón, se desasocian con el hecho de «ser bebé»).

Resultó muy interesante ensayar esta suerte de breve y humilde experiencia de campo en ese «metacampo» que es un congreso, desde la experiencia de ser mujer y madre y antropóloga y, sobre todo, lactante...

Cabe recordar que el coordinador de mi simposio, buen colega y siempre muy atento, mencionó como mi propia «parcela de heroísmo» el hecho de que yo hubiera acudido al congreso a las ocho semanas del parto y con mi bebé...

¿Mi «parcela de heroísmo»? Por la simple práctica común.

Sí, tal vez, tal y como están las cosas, aquello pudo verse con cierto tinte de heroísmo, pero también, acaso, simplemente, como excentricidad o mera extravagancia innecesaria. No sé. Acudí al congreso porque me interesaba, porque me lo podía permitir desde el punto de vista práctico y logístico —ya que mi pareja pudo acompañarme para «acercarme al bebé» a las puertas— y también, en parte, lo confieso aquí, como humilde gesto militante por una verdadera conciliación, por una revolución de los espacios, las almas y las praxis. Dicho sea de paso, el congreso era de africanistas, siendo África un continente donde por antonomasia, y como afirmaba más arriba, las madres cuidan a sus bebés y criaturas *a la vez que* hacen muchas otras cosas.

En la antropología solemos contar nuestras experiencias en el campo cuando reflexionamos *in situ* o al regreso en el refugio de la academia. El epítome de la experiencia antropológica se encarna (desemboca disciplinariamente) en el espacio (no lugar) de los congresos, donde se relata nuevamente la experiencia de campo con el tamiz de la distancia y al trasluz mixturado de la teoría.

En algunas ocasiones, sin embargo, se ha querido abordar el estudio de campo en espacios propios de la «desembocadura»; BOURDIEU, por ejemplo, estudió las relaciones académicas en su propio centro académico (a costa de tantas simpatías) a modo de redes clientelares y de cuasi parentesco (como se suelen abordar la mafia o las familias extensas). Otra opción interesante, que se ha presentado aquí, es la del estudio antropológico de las relaciones, dinámicas e instituciones inmateriales que se establecen en el seno mismo de un congreso¹⁴ o evento científico de esta índole, lo que podría denominarse metacampo (o metatrabajo de campo) en un ejercicio de expresión libre.

14 Excepción sea hecha, evidentemente, precisamente del congreso en el que nos hallamos [me refiero aquí al Congreso FEDALMA, donde se expuso el germen estas reflexiones, y ya que es un congreso específicamente sobre lactancia materna donde hay facilidades específicas para acudir con los bebés], ya que la posibilidad de asistir a las ponencias de los eventos científicos junto con el propio bebé es, de hecho, excepcional.

Qué hagamos a partir de ahora con la gestión de los espacios y cómo se distribuyen en ellos las diversas prácticas humanas (trabajar, lactar, descansar, rendir...), cómo *administremos* la comprensión de las distintas facetas y dinámicas, sociales e individuales, que los seres humanos asumimos, constituye sin duda un buen reto contemporáneo¹⁵. Acaso sea, además, un paso imprescindible en el camino del desarrollo sostenible y de una genuina integración de las mujeres en el *mundo de la vida* (laboral, mas no solo laboral, sino más bien entendida de modo holístico).

Así, reivindicar la multiplicación de espacios sociales para la lactancia se revela tanto un objetivo feminista como una medida a favor de la salud social e individual, de la austeridad cotidiana, del respeto por el cuerpo y de la sencillez procedimental que las sociedades de la opulencia han de aprender para hacer un mundo sostenible. Y, por qué no, una sencilla expresión de la belleza de la vida.

*Fiando el pecho.
Avanzando en un camino vital*

fiar el pecho

1. loc. verb. abrir su pecho. [DRAE].

Aquello fue solo el comienzo. Lo releo ahora (por honestidad intelectual y una especie de autojusticia poética me he resistido a retocarlo o mejorarlo a la luz de presente) y sonrío ante tantas intuiciones apenas atisbadas. Intenté espabilar pronto. (Aunque en realidad no fue sino poco a poco como devine capaz de vislumbrar hasta qué punto mis pechos me interrogaban). Durante mi posdoctorado mi segunda hija, en sus primeros meses, fue presencia habitual en más de un sesudo seminario en el CSIC: «A veces se veía a Ester salir discretamente de una reunión y volver a entrar con un bulto chupóptero amarrado a su cuerpo, que después se dormía en su regazo tranquilamente mientras los allí reunidos seguíamos con nuestros rollos», cuenta mi amiga y colega Paula MARTOS ARDID (2015)¹⁶. Poco a poco fui descubriendo dimensiones, experiencias, polivalencias, asombros continuos en la lactancia que, finalmente, hicieron que dedicara gran

15 Cfr. ALONSO-SANZ (2016).

16 Sin paginación en línea. La entrada en el blog dio lugar a una entrevista que finalmente publicamos conjuntamente (MARTOS ARDID y MASSÓ GUIJARRO, 2015).

parte de mi investigación profesional a esta cuestión¹⁷. Yo llegué a este campo, en fin, sin tener la más remota idea de lo que me esperaba cuando me embaracé de mi primer hijo, los primeros meses aún me planteaba llevarlo a la guardería cuando acabaran mis 16 semanas de permiso. Ni siquiera tenía idea de hacer colecho ni cosas así (el colecho me resultó algo evidente desde la primera noche, en que me pareció muy irracional poner al bebé lejos de mi cuerpo).

Llegué a este campo virgen, hasta que perdí la virginidad cuando parí y empecé a amamantar y a vislumbrar cosas, sensaciones, todo a través de la leche como fuente de todo, como símbolo. De hecho, la primera vez que vislumbré algo sobre la sexualidad que habita en la lactancia fue durante el embarazo, cuando al experimentar un orgasmo vi la primera gota de leche salir de uno de mis pechos: fue una auténtica revelación encontrar una conexión tan obvia, y a la vez tan diferente, ¡tan escamoteada!, entre sexo y leche. La segunda gran revelación, recién mencionada, fue la ruptura que comprendí, tras empezar a lactar, de la dicotomía tan arraigada en la ciencia social occidental: «público-privado», «productivo-no productivo»..., por ejemplo, cuando acudía a congresos con mis bebés, o cuando su padre pidió una excedencia por cuidado, para criar juntos a nuestros hijos mientras yo hacía mi posdoctorado.

Lo que nuestros úteros humanos gestan no es solamente vida biológica. Si somos seres culturales, cuya naturaleza es la cultura, entonces *seamos serias, señoras*: lo que gestamos son historias, narraciones; nuestros úteros paren biografías..., y también por ello el mamar humano no es solo biología, nunca podrá serlo. Y a la vez es un error del mismo calibre desdeñar por ello la importancia o la grandeza biológica que implica embarazarnos o lactar. Una vez más, se trata de romper la falaz dicotomía entre la naturaleza y la cultura, la biología o la civilización.

17 Parte de esta reflexión se comunicó en la entrevista que María LLOPIS (2015: 181-192) me hizo para su libro *Maternidades subversivas*. En cuanto a mi investigación previa y coetánea con la que realizo sobre la lactancia, durante mi doctorado trabajé sobre la secesión capriviense en Namibia, mientras que mi tema principal en el posdoctorado fue la migración senegalesa en Madrid. La antropología política en África austral o los estudios migratorios sobre diásporas sufíes son realmente apasionantes y, sin embargo, los estudios sobre la teta me han ocupado apasionada y obsesivamente, superando con mucho a los demás. Supongo, tal vez, porque la causa la llevo en el pecho, el corazón, y descubro que la política o la espiritualidad adoptan una dimensión magnífica en las vivencias sobre lactancia.

Como recién mencioné, la cuestión amante, y, por tanto, erótica, de la lactancia es uno de los asombrosos descubrimientos en este camino lácteo.

Hay algo muy poderoso que todos los seres humanos tenemos en común, sobre todas nuestras diferencias: hemos nacido de un cuerpo humano. Posiblemente, nuestra primera relación física, carnal y de placer —fuera del útero—, y tal vez de dolor, ha sido con y a través de ese cuerpo, acaso del modo específico que supone la relación lactante; no necesariamente, nuestras primeras relaciones físicas han podido ser también y/o a la par con otros cuerpos (otros progenitores, familia extensa, abuelas...), habiendo prescindido de la vinculación carnal de la lactancia por múltiples motivos. Posiblemente la primera verdadera experiencia de lo que hoy llamamos *embodiment*, encarnación al fin, sea eso (MASSÓ GUIJARRO, 2016a).

Si ha habido un gran tabú, lo tenemos delante. Si ha habido alguna dicotomía persistente incluso en los tratados feministas (de hecho, solidificada por estos) es la que escinde la sexualidad y el goce libres para las mujeres de todo aquello ligado a la reproducción. En tantos tratados feministas reconocidos, como pueden ser la magnífica obra de NASH (2014) sobre los estereotipos de género y la de LAGARDE (2011) sobre los cautiverios de las mujeres, maternidad y goce sexual son siempre dos opuestos, seguramente —entre otras cosas— porque el imaginario tradicional católico puso a la mujer «mala» (y que, por ende, gozaba sexualmente) bien lejos de la mujer «buena», madre sacrificada (y que, por ende no gozaba sexualmente). Como si en *reproducir*, en sí mismo, no hubiera nada sexual no gozoso, y también porque, evidentemente, en el patriarcado, reproducir devino obligación (y las obligaciones nunca son placenteras). Finalmente, el silencio más apabullante y permanente, incluso en estos tratados de la subalternidad solamente de las mujeres: el silencio de las criaturas, las lactantes. Las más y realmente subalternas¹⁸.

Con todo, cada vez hay más luz sobre la realidad de que la lactancia humana supone deseo, apego y una forma singular de sexualidad para las personas-madres y sus criaturas, realidad que ha sido escamoteada, ignorada incluso más que silenciada, y que hoy reverbera en la calle, en las redes sociales y en la academia con una viva contundencia. En lo epistémico, categorías como las del «deseo lactante» (MASSÓ GUIJARRO, 2013b) o «corporalidad lactante» (MASSÓ GUIJARRO, 2015a) suponen una expan-

18 Cfr. MASSÓ GUIJARRO (2015a, b y c).

sión reconceptuadora de determinadas prácticas sexuales, una visión más allá de lo meramente adulto/adultocéntrico, genitalizado o pornográfico, más allá incluso de la subversión de la heteronormatividad. En lo metodológico, indagar sobre lactancia materna supone un nuevo desafío en el tratamiento con menores, al recabarse información sobre la propia experiencia lactante no solo en madres sino en criaturas menores, lactantes de larga duración, que ya poseen un cierto manejo del lenguaje verbal y pueden comunicar sus impresiones, vivencias y preferencias.

Entonces me di cuenta de que no quería follar porque ya estaba follando... Con el bebé. ¡Y era una relación monógama! Las tetas no me las podía tocar ni dios. Yo ya tenía mi mejor amante. Estaba completamente enamorada. Me quedada horas extasiada mirándolo. Ahora veo las fotos de cuando era bebé y no lo reconozco. Yo veía a un ser que abarcaba todo con su belleza y su fragilidad (Helena TORRES, en LLOPIS, 2015: 221).

Aunque comprendo la sensación de Helena y su fuerza expresiva, resulta evidente que no es exactamente *follar* lo que hacemos con los bebés lactantes, aunque llegemos a sentir la misma intensa vinculación poderosa, el mismo apego que sentimos en una relación sexual adulta en las primeras fases del «cortejo»; por eso lo que vindico es el *erotismo lactante*, incluso la sexualidad de la lactancia, pero no tanto con la semántica propia de la sexualidad adulta —coito y orgasmocéntrica—, sino reclamando una gramática propia como, por ejemplo, hace Casilda RODRIGÁÑEZ cuando habla de la sexualidad maternal y «cóncava» (en MASSÓ GUIJARRO, 2013b: 522).

Los descubrimientos, las hermenéuticas lácteas a este y tantos respetos, se sucedían sin descanso. *Cada mirada vuestra era (es) una celebración de la vida, hijo mío, hija mía*. La leche era perturbadora a menudo, cuando salía *porque sí* y notaba, mientras me ocupaba en otras cosas —dar clase, leer, teclear, andar por la calle, jugar...— cómo iniciaba la eyección, parecido a cuando se siente resbalar la sangre menstrual desde los labios hacia fuera, pero más potente, más fuerte, como una *eyección* al fin, de ahí viene el nombre. Conciencia de los conductos galactóforos activándose. Se disparaba. Primero se notaba el apretamiento, casi delicioso, en las aréolas y pezones, y pronto la leche a presión. Una mezcla de placer y asombro, *autoasombro*. La leche eyectándose como dos potentes chorros, al más

puro estilo de *San Bernardo y la Virgen*, de Alonso CANO¹⁹. Durante una relación sexual adulta, por ejemplo, la leche resultaba confusa y perturbadora, desafiaba todo límite conocido, aportaba una voluptuosidad fluida del todo inhabitual. En aquellos días, en fin, todo era fluido puro, todo olía a leche humana: mis bebés, mi ropa, mi hombre, mi cama. Tanta dulzura, toda esa *gran borrasca de ternura*²⁰..., ah, tan difícil narrarla cuando nadie te ha contado que las tetas *también* eyaculan.

Hablo, pues, de una erótica distinta frente a una narrativa silenciada del deseo, de este modo de deseo, de anhelo que cobra forma real: la leche, y todo lo que pasa en torno a ella, la carne, la piel, el pezón y el trozo de teta que desaparece en la voracidad de los labios de la criatura que ha salido de nuestro cuerpo y que nos aturde de placer y carnal amor, de dolor por el descubrimiento de la incapacidad para imaginarse cualquier vida venidera sin esa criatura. Así, descubrí una auténtica ontología de la leche, de la boca, de los labios, de las manos del bebé/criatura acariciando el otro pecho o la fina piel del cuello («tocándote como jamás podrá tocarte tu pareja», decía una madre casi a escondidas).

A menudo incluso el deseo que sentimos ciertas madres es tan fuerte que anhelamos gestar/parir/amamantar más bebés, aunque sepamos racional/culturalmente que no podemos o no debemos hacerlo. Una amiga matrona me decía que ello está alentado porque, en realidad, queremos *volver a enamorarnos*: «Ten cuidado, el parto natural engancha..., porque te descubre otra forma de amor y de amar, hacia las criaturas»; otra forma de amor, de estar enamorada, tan absolutamente poderosa y radical que una quiere volver a sentirlo. Una no se quiere morir sin volver a sentirlo, una vez más al menos. De hecho, cuando una experiencia lactante ha sido intensamente querida o placentera en uno o varios sentidos, terminarla significa una forma importante de duelo íntimo.

En cuanto a ello, en mi propia experiencia experimenté sentimientos muy encontrados, incluso trágicos, en relación con la experiencia del

19 Una de las obras capitales de Alonso Cano, expuesta en el Museo del Prado. Para ver imagen y leyenda: <<https://www.museodelprado.es/aprende/enciclopedia/voz/san-bernardo-y-la-virgen-alonso-cano/757b3a84-03e7-4242-b7eb-fc76cef548ee>>. Lo peculiar del cuadro para el caso que nos ocupa radica en que, frente a las vírgenes lactantes más habituales, donde se amamanta al niño sin que se llegue a ver la leche en sí misma, aquí resulta notorio el larguísimo y potente chorro que es eyectado.

20 La expresión es del poeta Rafael GUILLÉN y la usa para definir su relación con su madre, tras la muerte de esta, en su poema «Un gesto para el quinto aniversario de tu muerte» (1988: 51).

tándem: deseaba intensamente poder amamantar al mismo tiempo a mi hijo de dos años y medio y a mi segunda hija, recién nacida, haber podido establecer una feliz lactancia en tándem (un pecho para cada uno), y, sin embargo, mi cuerpo se rebeló de un modo extraño a ese deseo, no sé si racional (nada hay más cultural que amamantar a cachorros de camadas cronológicamente distintas). Creo que, al menos en mi caso, ello se debió a una especie de vivencia «monógama» de la lactancia: aunque mi razón (¿cultural?) me decía que debía «amar» también de esa manera a ambas criaturas, mis pechos solo querían dedicarse a una de ellas, y así me lo manifestaron de muchas maneras.

Las vecindades con las vivencias amoroso-eróticas no acaban ahí. En ocasiones, ya con las criaturas más mayores, no podía lactarlas (por estar en el trabajo, por ejemplo), o incluso ellas estaban ocupadas en otras cosas, y yo anhelaba darles mi pecho, de forma casi unilateral. En esos casos, sentía a veces la misma rebelión triste que, imagino, habrá de sentir una persona que, deseando una amante imposible (en tiempo o espacio), se masturba furiosamente para eyacular recordando lo que le está vedado, hallando en ello apenas un pírrico desahogo...; así, recuerdo momentos de tener que encerrarme en el baño de la facultad, entre clase y clase, para *ordeñarme*, evocando con tristeza a los cachorros para quienes esa leche vertida, «derramada en tierra», estaba destinada, mientras la limpiaba (¿casi sórdidamente?) con papel higiénico, leyendo sin querer las pintadas a boli en las puertas de mis alumnas veinteañeras...

Existe también una extraña complicidad intraducible al lenguaje, innarrable casi —a pesar de estos esfuerzos— entre los pechos y las criaturas lactantes *de larga duración* (lactancia prolongada, como se suele llamar), es decir, personas que ya no son *solamente* cachorros, que han entrado en el mundo del lenguaje, la imaginación y la proyección. Esos juegos de complicidad y secreto, en que recuerdo a mi pequeña cuando, al decirle yo —ella con cuatro años— «Ya no sale leche, amor», y ella querer seguir mamando, respondía: «Mamá, sí que sale, aunque no la veas..., sale cuando yo mamo, *solo me hace caso a mí*». Claro que sí. Solo le hacía caso a ella, incluso a pesar de mi conciencia o mi voluntad, como sucede con las cosas mágicas.

Descubrí también que la leche atenúa las lágrimas (¿tal vez por ser otro fluido?). Las ordena. Las *cosmologiza*, porque les da sentido. Cuando mi segunda bebé, mi hija, tenía apenas unos ocho meses, en agosto de 2011, mi querido padre falleció de forma inesperada en un accidente de

moto. Pese al intenso dolor, la incomprensión, mi duelo se dulcificó enormemente porque cada día reía, jugaba y cantaba (nanas, como mínimo), para seguir cuidando a mis hijos, y por supuesto daba el pecho casi constantemente a mi pequeña; la constante inyección/secreción de oxitocina era más potente que cualquier antidepresivo sintético. Descubrí que eran *ellos quienes me cuidaban a mí* a través de esa relación. Sí: sin duda, la lactancia dulcificó el duelo hasta lo indecible.

Veo, así, el doble movimiento epistemológico que damos en torno a la lactancia, la teta y la leche: la *humanizamos* —para que no sea solo biología en los estudios, porque nunca lo es solamente, y considerarla solo en tanto que nutrición es *de facto* un reduccionismo biologicista—, y la vez le otorgamos un valor y una categoría ontológicos al ponderarla por sí misma. No es *solo* biología, pero *también* lo es. El pecho humano no vale *solo* por cuanto da leche, pero *también* vale por eso. Mi hijo lo sabía bien cuando decía «Tus tinas [tetas] son bonitas porque tienen leche», y la vez pedía a su abuela que le diera pecho en mi ausencia, y al decir ella «Yo no tengo leche, cariño», responder él: «No pasa nada: también me gustan sin leche».

Cuidar nos hace mejores personas, porque somos *personas de cuidado*; la dimensión de la ternura, que habita tan poderosamente en la crianza mamífera y, sobre todo, en la lactancia, puede definirnos. La lactancia humana (más que materna, *humana*, existencial) es un lugar privilegiado para todo ello, un lugar de antedomesticación. Decía Rilke que «La única patria feliz, sin territorio, es la conformada por los niños», y que «La verdadera patria del hombre es la infancia»²¹; o, en pluma de Martín Gaité (en CASCANTE, 2017: 119), la infancia como «un país extraño porque todo pasaba allí de una manera diferente»..., un lugar donde aún no estamos (del todo) domesticados (¿adultos-adulterados?).

Recuerdo ahora, sobre todo esto, cómo a la semana de nacer mi primer hijo, habiéndolo yo llevado a mi trabajo para darlo a conocer y en medio de una charla informal sobre si dormía o no dormía, ante los consejos de ciertas personas sobre cómo debía acostumbrarlo (*domarlo*) «bien» a dormirse pronto y solito..., alguien me dijo, sonriendo con nostalgia: «No lo domestiques tan pronto». Esta persona es uno de los mejores maestros que he tenido en mi formación filosófica universitaria, tal vez el más gran-

21 Véase, por ejemplo, en <https://es.wikiquote.org/wiki/Rainer_Maria_Rilke>, si bien estas citas han llegado a ser tan populares que a menudo se encuentran en muchos medios de difusión alternativos.

de. Yo sonreí también y nos cruzamos una mirada cómplice. Lo último que yo quería era domesticar pronto a mi cachorro de primavera. Aún ahora a menudo extraño cuando estas personitas mías, ya tan civilizadas, eran cachorros entre mis brazos, cuando sus ojos no conocían el lenguaje y, por tanto, sus miradas eran hogueras²², puro fuego irreductible.

Esa fluidez descrita del propio cuerpo a través de un líquido propio afecta a cómo se percibe la disolución de la propia piel, de la identidad: cuando se percibe tan intrínsecamente a otro ser —supuestamente distinto de una misma, otro individuo—, como tan vinculado a una misma, es entonces cuando saltan por los aires muchas asunciones filosóficas clásicas sobre qué es un individuo²³. La filosofía occidental salta por los aires.

[Concluyendo]

A pecho descubierto.

Narrando vidas: por una ontología del pecho humano desde/con la teta como radical bien común

a pecho descubierto

1. loc. adv. Sin armas defensivas, sin resguardo.
2. loc. adv. Con sinceridad y nobleza. [DRAE].

Cada epígrafe de esta narración comienza con una frase hecha en virtud de la voz castellana *pecho*. La mera palabra *pecho* (dejando las expresiones hechas para más adelante) ya revierte matices bien interesantes, como el que sugiere la acepción «En el sentido moral, interior de la persona», o «Valor, esfuerzo, fortaleza y constancia».

Siguiendo con esta revisión partisana del *pecho* y sus derivados lingüísticos, conforme a la gracia idiomática castellana, encuentro que podemos agrupar las expresiones en función de valores asociados con lo siguiente:

22 La expresión es de mi querido amigo Paco GUZMÁN, siempre recordado, gran filósofo (<<http://cchs.csic.es/es/personal/paco.guzman>>), quien decía no poder retirar su mirada de la de mi hija recién nacida porque llamaba su atención «como una hoguera». Desde entonces, no he podido encontrar una forma mejor de narrar la mirada de las criaturas humanas en sus primeros meses.

23 A esta especie de estupefacción, entre filosófica y carnal, nos pretendíamos referir Stella Villarrea y yo cuando titulamos nuestro monográfico sobre «Filosofía y maternidad» con la expresión «Cuando los sujetos se embarazan» (MASSÓ GUIJARRO y VILLARREA, 2015).

- 1) *Cuidado: criar a los pechos a otra persona* rebasa con mucho, en el imaginario popular, la mera evidente nutrición a través del *amamantamiento*, denotando también «educarla o protegerla, infundiéndole generosamente su modo de obrar o de pensar».
- 2) *Sinceridad y confianza* (como par simbólico que aúna la bondad, la veracidad y la nobleza):
 - *Abrir el propio pecho a alguien* («descubrirle o declararle su intimidad»).
 - *Fiar el pecho y descubrir el pecho ante alguien* («abrir su pecho»).
 - *Buen pecho* («ánimo», que, como sabemos, se vincula tanto con «ánima-alma» como con «animal», que también somos criaturas animadas, en fin).
 - *Tener pecho* («tener paciencia y ánimo»).
 - *Abrir el pecho a la esperanza* («empezar a confiar en algo»). Con la lactancia aprendí a confiar en algo perdido, en algo malinterpretado, en algo abusado por los intereses del patriarcado en su alianza con el capital.
 - *A pecho descubierto* («sin armas defensivas, sin resguardo»; «con sinceridad y nobleza»). Quien anda *sin armas defensivas, sin resguardo*, puede ser una (persona) incauta, pero también confiada, *sincera y noble*, con una fe esencial y ontológica en la vida y la bondad humanas; una actitud existencial que, como es sabido, ha generado incluso éticas y filosofías radicalmente opuestas a otras inspiradas en la desconfianza esencial (el clásico «Rousseau *versus* Hobbes»). Confianza, que entraña valores como la sinceridad (el principio de caridad para Davidson, o el «golpe por golpe» de la ética singeriana, o tantos otros ejemplos, por no recurrir a tradiciones espirituales); y qué decir de la nobleza, ese imponderable radical (eso dentro de nosotros que no tiene nombre y que *somos*, al decir de Saramago²⁴)...

24 La cita pertenece al Ensayo sobre la ceguera y reza, literalmente: «Hay en nosotros una cosa que no tiene nombre, esa cosa es lo que somos» (SARAMAGO, 1995 [sin paginación en línea]).

todo ello nos recuerda los estudios contemporáneos sobre la crucial importancia de cómo se recibe, cómo nos relacionamos con los recién nacidos humanos y en nuestros primeros años de vida, para que el resto de nuestra mirada sobre el mundo, en el espacio temporal que nos sea concedido, se incline hacia uno u otro lugar: la confianza, el bienestar basal²⁵, o la desconfianza y el miedo esenciales, los hombres-lobo para sí mismos.

3) *Valentía, osadía*; ídem que la anterior en cuanto a campos semánticos simbólicamente vinculados, y ya que, en realidad, sinceridad y veracidad requieren de aquellas: la lucidez, *esa herida tan cercana al sol*²⁶, implica no autoengañarse, y ello, a la vez, necesita que seamos valientes (la nietzscheana inquietud sobre *cuánta verdad osamos*). Así, encontramos:

- *Pecho al agua* («arrojo y resolución»).
- *Partirse el pecho por alguien o algo* («esforzarse mucho en su defensa o favor»).
- *Echar el pecho al agua* («emprender con resolución algo de mucho peligro o dificultad»).
- *No cabernos algo en el pecho* («sentir la necesidad de manifestarlo»).
- *No pudrírsenos algo en el pecho* («no tardar en decirlo»).
- *No quedarnos con nada en el pecho* («no quedarse con nada en el cuerpo»).
- *Dar el pecho* (además de amamantar: «afrontar un peligro o una responsabilidad»).

De forma coherente con estos sentidos profundos que el conocimiento popular secular ha ido desarrollando en expresiones y voces diversas sobre el pecho, encontramos los correspondientes sentidos negativos:

25 La bibliografía al respecto es casi inabarcable; cfr., por ejemplo, los textos referenciales de ODENT (2007) o LIEDLOFF (2008).

26 La expresión es un verso de René CHAR (2012 [sin paginación en línea]: «La lucidez es la herida más cercana al sol»).

- *Pecho por el suelo o pecho por tierra* («humildemente, con mucha sumisión»).
- *Poner a los pechos o en el pecho un arma* («amenazar con un daño inmediato para cohibir su voluntad»).
- *Poner el pecho a algo* («arrostrarlo»).

En suma, pues, *cuidado, sinceridad, valentía*, que, tal y como han sido abordados, suponen, en realidad, implicación, interacción y cooperación como existenciales, como universales en sentido clásico, como base de la existencia humana²⁷.

En relación con todo ello, tengo para mí que la lactancia es un derecho humano, *encarna* una ética y una ontología de cómo queremos ser como sociedad. Una lactancia respetada implica entablar una forma de relación humana, de relaciones, que forja una forma de estar en el mundo, de habitar, de comprender éticamente las necesidades del ser humano en su situación de más absoluta vulnerabilidad, que es cuando nace (y ya que somos los animales más altriciales, más dependientes, en virtud precisamente de la complejidad de nuestro neocórtex, que supone que nazcamos prematuros y que tengamos un período de infancia y dependencia muy prolongado).

Las personas han sabido a lo largo de su historia cultural que el pecho es algo más que esa «parte del cuerpo humano, que se extiende desde el cuello hasta el vientre, y en cuya cavidad se contienen el corazón y los pulmones» (según la primera acepción de la RAE). Claro que un pecho humano no tiene por qué ser un pecho de persona-mujer-madre..., pero conviene vindicarlo, ya que, precisamente, el pecho que ha inspirado la mayoría de esos sentidos populares, excepción hecha de los específicos relacionados con la lactancia, ha sido el pecho masculino, *de varón*: los pechos poderosos y musculados de los mejores guerreros, los más mortíferos. La lactancia no es solo materna sino *humana* (por ello prefiero el término «lactancia humana²⁸»), porque no es un «accidente» de lo que constituye realmente *ser humano* (como hasta muy recientemente todo lo simbólica y fácticamente «femenino» ha sido), sino que constituye un existencial en el sentido filosóficamente potente del término.

27 Esta percepción profunda de la vida humana como urdimbre interconectada en un sentido ético no es, evidentemente, monopolio del pensamiento occidental o de las religiones mono-teístas; conceptos fundamentales como el sudafricano Ubuntu se refieren igualmente a ella.

28 Cfr. MASSÓ GUIJARRO (2017).

Nadie debiera criarse, crecer, vivir, sin un pecho como refugio; un pecho que puede ser una mama o no serlo: puede ser un pecho sin mamas porque se hayan amputado, o el pecho —peludo o imberbe— de un hombre o persona cualesquiera, mientras ame; o el pecho con mamas con o sin leche, el pecho de refugio infantil (o el refugio ontológico, de cuando, ya grandes, seguimos teniendo dentro la niña que fuimos). El pecho como imagen ontológico-simbólica²⁹ del refugio, del amparo, del amor, del altruismo. Un abrazo es el encuentro de dos pechos. El pecho es la patria, el lugar, el *hábitat* del recién nacido³⁰, de *todas las criaturas* cuando nacemos. *Saquemos pecho, abramos pecho, descubramos pecho, fiemos pecho...*, como símbolo e imagen, como carne al fin, de la única esencia o sentido posible de la vida humana, esa extrañeza, esa singularidad en medio de tantas estrellas errantes, vivas, o frías y muertas: el calor humano.

Recordar aquí a LÉVINAS (1995) se hace inevitable: cómo solo en la relación, en el reconocimiento, podemos fundar cualquier tipo de ética humana, de identidad. Dar teta me ha humanizado (me ha hecho mejor persona, como dicen tantas madres), y también me ha animalizado (*mamiferado*, como dice ODENT [2007] que hay que hacer con el parto en Occidente). No son incompatibles. Al contrario. Somos personas-animales-culturales. Hemos de reconciliar(nos con) todos estos extremos que somos.

Y, finalmente..., claro que todo esto *es una opción*. Una opción epistemológica, moral, ética o poética si se quiere, sobre cómo vivir, cómo cuidar, cómo matenar, cómo amamantar. Cualquier pensamiento lo es. La Tierra es apenas un mínimo pedazo de roca en el polvo cósmico en un universo (¿infinito, en expansión, en regresión...?). Cualquier cosa sobre la que aspiremos a hablar es solamente una opción discutible.

Pero yo, *nosotras*, preferimos esta.

Granada, 31 de diciembre de 2017.

29 No puedo abundar aquí en esta cuestión, pero resulta notoria la comparación con todos los imaginarios populares y expresiones, casi simétricas a las del pecho, al respecto del corazón y su lugar simbólico (cfr. MASSÓ GUIJARRO, 2016b: 200 y ss.).

30 La expresión ha hecho tanta (creo que justa) fortuna que el tiempo ha desdibujado algo su autoría, pero recordamos que su pionera formulación corresponde al científico sueco Nils Bergman (director de la Maternidad del Hospital de Mowbray en Ciudad del Cabo, Sudáfrica), considerado uno de los mayores expertos en neurociencia perinatal y uno de los fundadores del movimiento Kangaroo Mother Care, así como promotor del «piel con piel».

Bibliografía

- ALONSO-SANZ, Amparo (2016). «Conciliación de la vida estudiantil, familiar y laboral de una madre universitaria». *Revista de Antropología Experimental*, 16(16), 223-236.
- ANDERSEN, Hans Christian (2017 [1837]). *El traje nuevo del emperador*. Chile: Mañana Producciones, Currículum en Línea, MINEDUC, Gobierno de Chile. Disponible en: <http://www.curriculumenlineamineduc.cl/605/articles-23586_recurso_pdf.pdf>.
- AVISHAI, Orit (2004). «At the pump». *Journal of the Association for Research on Mothering*, 6(2), 139-149.
- CASCANTE, Jorge de (2017). «Sobre esta edición». En Jorge de CASCANTE (coord.) (2017), *El libro de Gloria Fuertes para niñas y niños*. Barcelona, Setanta: 11.
- CAVARERO, Adriana (2007) *Tu che mi guardi, tu che mi racconti. Filosofia della narrazione*. Milano: Feltrinelli Editore-Collana Elementi.
- CHAR, René (2012 [1943-1944]). *Hojas de Hipnos* (fragmentos). Disponible en: <<http://elfuegoylafabula.blogspot.com.es/2012/02/rene-char-zeniza-siempre inconclusa.html>>.
- DETTWYLER, Katherine A. (1988). «More than nutrition: Breastfeeding in urban Mali». *Medical Anthropology Quarterly, New Series*, 2(2), 172-183.
- HOOKE, bell et alii (2010). *Otras inapropiables: feminismos desde las fronteras*. Madrid: Traficantes de sueños.
- GUILLÉN, Rafael (1988 [1967]). «Un gesto para el quinto aniversario de tu muerte». En *Poesía completa*. Granada: Ediciones Ubago, 51.
- LAGARDE, Marcela (2011). *Los cautiverios de las mujeres. Madresposas, monjas, putas, presas y locas*. Madrid: Horas y Horas.
- LÉVINAS, Emmanuel (1995). *De otro modo que ser o Más allá de la esencia*. Madrid: Sígueme.
- LIEDLOFF, Jean (2008). *El concepto del continuum. En busca del bienestar perdido*. Tenerife: OB STARE.
- LLOPIS, María (2015) (coord.). *Maternidades subversivas*. Navarra: Txalaparta.
- MARTOS ARDID, Paula (2015). «Maternidad política (I): charla sobre lactivismo con Ester Massó». Blog *Sin chupete*, 16-12-2015. Disponible en: <<http://sinchupete.blogspot.com.es/2015/01/maternidad-politica-lactivismo.html>>.

- MARTOS ARDID, Paula y MASSÓ GUIJARRO, Ester (2015). «Tomándose lo a pecho: conversaciones sobre la teta». En Ester MASSÓ GUIJARRO y Stella VILLARMEA, (coords.) (2015). «Filosofía y maternidad. Cuando los sujetos se embarazan». *Dilemata. Revista Internacional de Éticas Aplicadas*, 18(7), 293-311.
- MASSÓ GUIJARRO, Ester (2013a). «Lactancia materna y revolución, o la teta como insumisión biocultural: calostro, cuerpo y cuidado». *Dilemata. Revista Internacional de Éticas Aplicadas*, 11, 169-206.
- (2013b). «Deseo lactante: sexualidad y política en el lactivismo contemporáneo». *Revista de Antropología Experimental*, 13, 515-529.
- (2015a). «Conjeturas (¿y refutaciones?) sobre amamantamiento: teta decolonial». *Dilemata. Revista Internacional de Éticas Aplicadas*, 18(7), 185-223.
- (2015b). «Lactivismo contemporáneo en España: ¿una nueva marea sociopolítica?». *Journal of Spanish Cultural Studies*, 16, 1-21.
- (2015c). «Una etnografía lactivista: la dignidad lactante a través de deseos y políticas». *AIBR*, 10(2). 231-257.
- (2016a). «Teta tetita: sexualidad en el amamantamiento humano». *Comunicación en el III Congreso Internacional de Estudios sobre Diversidad Sexual en Iberoamérica Nuevas Cartografías de la Sexualidad, 8-11 noviembre*, Granada, España.
- (2016b). «Díaspóra bayfal en España: disputando la migración senegalesa murid». *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares*, LXXI(1), 191-214.
- (coord.) (2017). «Mamar: mythos y lógos sobre lactancia humana». *Dilemata. Revista Internacional de Éticas Aplicadas*, 24.
- MASSÓ GUIJARRO, Ester y VILLARMEA, Stella (coords.) (2015). «Filosofía y maternidad. Cuando los sujetos se embarazan». *Dilemata. Revista Internacional de Éticas Aplicadas*, 18(7).
- NASH, Mary (2014). *Feminidades y masculinidades: arquetipos y prácticas de género*. Madrid: Alianza.
- NERUDA, Pablo (2003 [1935]). «Estatuto del vino». En *Residencia en la tierra*. Madrid: Cátedra.
- ODENT, Michel (2007). *El bebé es un mamífero*. Tenerife: OB STARE.
- PALMER, Gabrielle (2011). *The politics of breastfeeding. When breasts are bad for business*. London: Pinter and Martin Ltd.
- PINK, Sarah (2010). «The future of sensory anthropology/the anthropology of the senses». *Social Anthropology*, 18(3), 331-333.

SARAMAGO, José (1995). *Ensayo sobre la ceguera*. Disponible en: <http://www.ciao.es/Ensayo_sobre_la_ceguera_Jose_Saramago__Opinion_58651>.

YOUNG, Irish Marion (2005). *Breasted experience. Throwing like a girl and other essays in feminist*. New York: Oxford University Press.

I.III

«Y DE REPENTE FUE COMO QUE SE ME ESCAPABA ALGO». LA EXPERIENCIA SILENCIADA DEL ABORTO

Lucia Martínez
Médica de familia

Resumen. El siguiente capítulo, fundamentado en las epistemologías feministas y con un abordaje fenomenológico interpretativo, pretende aproximarse a la complejidad de la aflicción en el aborto espontáneo medicalizado, tratando de comprender el embodiment de esta, así como los condicionantes relacionales que la modulan. Se presta especial atención a las relaciones que se producen durante la atención en contextos sanitarios para ilustrar cómo la violencia estructural que puede darse en las instituciones sanitarias incrementa la aflicción.

Palabras clave: aborto espontáneo, experiencia encarnada, duelo perinatal, violencia obstétrica, relación médica-paciente.

Abstract. The following chapter is based on feminist epistemologies and takes a phenomenological and interpretative approach to the complexity of the affliction in medicalized miscarriage, seeking to understand the embodiment of this and the relational conditioners that modulate it. In particular, the chapter focuses on the relations that occur during care in healthcare contexts to illustrate how the structural violence that can occur in healthcare institutions can increase the affliction.

Keywords: miscarriage, incarnate experience, perinatal depression, obstetric violence, doctor-patient relationship.

De la experiencia encarnada a la antropología implicada

¿Es madre la mujer que pierde a su hijo/bebé/embrión/feto en el segundo mes de embarazo? ¿Es un parto la expulsión del hijo/bebé/embrión/feto en la semana octava de embarazo? ¿Hay violencia (obstétrica) en la atención al aborto espontáneo? ¿Es posible reconocer el sufrimiento asociado a la pérdida involuntaria del embarazo y simultáneamente defender el derecho de las mujeres a interrumpirlo voluntariamente si es su deseo? ¿Puede el feminismo atender ese sufrimiento y reivindicar el derecho de las mujeres que sufren abortos espontáneos a recibir una atención adecuada y libre de violencia sin entrar en contradicción con la lucha por el acceso libre y gratuito al aborto voluntario?

Hace años no me hubiera planteado estas cuestiones, sin embargo, una experiencia profundamente «encarnada» (ESTEBAN, 2004b) transformó mis intereses académicos e ideológicos —y otros muchos aspectos de mi vida—. El presente ensayo es producto de una profecía; hace dos años, en una clase del Máster de Antropología Médica y Salud Global en la URV, escuché a la profesora Susan DIGIACOMO decir: «A veces a la antropóloga el tema de estudio le llega, le asalta» (2017), y esto es exactamente lo que me ocurrió, el tema de mi proyecto final de máster me asaltó y la motivación para llevarlo a cabo me invadió, literalmente. A mediados de julio de 2018 sufrí un aborto espontáneo y debí someterme a un tratamiento médico para la expulsión completa de los «restos fetales»¹. El aborto me sacudió en un doble sentido, por un lado, la propia vivencia fue dolorosa y abrumadora, por otro, la atención que recibí por parte de las profesionales sanitarias² fue tan inadecuada para mis necesidades que contribuyó a aumentar la aflicción del proceso.

1 Aparecen con comillas los términos empleados por las informantes; pudieran ser considerados términos emic¹, en contraposición con los términos emic², establecidos por la biomedicina cuando analizamos de forma diferenciada ambos sistemas, sin embargo, la terminología científica ha extendido e impuesto su uso de manera que muchas mujeres la utilizan con normalidad para referirse a su propia experiencia. Así, las denominaciones legas y biomédicas coincidirán conceptualmente en ocasiones. En este caso, «restos fetales» es un ejemplo de cómo los términos técnicos son frecuentemente empleados por nosotras mismas aunque puedan ser interpretados como irrespetuosos con el componente emocional de lo que representan.

2 Entendiendo el lenguaje como una forma de ejercer el poder (tal y como se muestra en la nota anterior), asimismo, puede convertirse en una forma de lucha y resistencia, por ello, en

Este hecho, que sentí como traumático desde el momento del diagnóstico, se ha convertido con el paso del tiempo, el reposo del cuerpo y las emociones y la elaboración repetida de la narrativa de mi vivencia en una experiencia transformadora, rompedora. Si vivir el aborto ha sido duro y complicado, explicar cuál ha sido la transformación, cómo ha sido esa ruptura o qué ha cambiado en mí o en mi mundo resulta aún más complejo que vivirlo —aunque menos doloroso—. Fui consciente de la necesidad de expresar, de compartir mi relato de la vivencia; hubiera sido gratificante poder hacerlo con los profesionales sanitarios que me atendieron, pero, en lugar de escuchar o acoger mi experiencia, se limitaron a obviarla, minusvalorarla e incluso ridiculizarla. Esta situación la canalicé —porque claramente no la resolví con el empoderamiento que hubiera deseado— desplazando esa narrativa a mi círculo cercano y al diario que escribía en aquella época. La escucha atenta y respetuosa fue clave en el proceso de sanación o disminución de la aflicción. Necesitaba expresar y sentirme escuchada sin tener que traducir mi vivencia a una lógica o un lenguaje suficientemente coherente como para que fuera comprendido, me bastaba con ser acogida.

Como mujer que busca el empoderamiento, como médica de familia sensibilizada con el sufrimiento ajeno y con la violencia que se expresa a menudo en las relaciones médica-paciente, y como estudiante de Antropología médica, opté por una segunda vía para canalizar mi experiencia, decidí escuchar el relato de mujeres que vivieron situaciones similares. Necesitaba comprender la aflicción de este proceso de salud-enfermedad-atención (s/e/a), entender cómo otras mujeres percibían las relaciones médico-paciente ante una experiencia vital traumática como puede ser un aborto espontáneo, máxime si este debe ser medicalizado para su resolución; sentí la responsabilidad de investigar sobre ello y, sobre todo, deseaba que la investigación pudiera contribuir a generar cambios en la sociedad y la práctica médica.

Mi condición de «doble nativa» hace que sea una propuesta profundamente implicada: no solo he vivido la experiencia que me propongo analizar, sino que, además, soy sanitaria, por lo que puedo identificarme con la parte y contraparte de esta historia. Para contextualizar esta doble impli-

el texto utilizaré los genéricos unas veces en femenino y otras en masculino para visibilizar el papel social de las mujeres ya que, en mi opinión, la decisión sobre el uso del masculino como genérico no se ha tomado de forma legítima ni justa.

cación partiré de la idea de que todo conocimiento es situado (HARAWAY, 1988), por tanto, no pretenderé dotar al análisis de una falsa neutralidad, aunque trataré de hacerme cargo de mi subjetividad comprometiéndome «con una forma de objetividad rigurosa, pero no neutral», evidenciando, además, formas críticas de entender la objetividad de la ciencia (CRUZ, REYES y CORNEJO, 2014: 254). Completaré la célebre frase «lo personal es político» (MILLET, 2010 [1970]) con la propuesta de OKELY (1975) de que «lo personal es teórico» (citado en GREGORIO, 2014: 299), para, vinculando lo personal de unas y otras con mi propia experiencia, tratar de teorizar sobre la vivencia del aborto espontáneo y sus implicaciones políticas. Será un viaje desde lo más íntimo y micro de esta vivencia «encarnada» a las dimensiones meso y macro, en las que serán fundamentales las relaciones con el entorno y con la institución biomédica y sus profesionales.

Un evento desconocido

Antes de abordar el tema es preciso aclarar algunos conceptos para facilitar la comprensión del texto y evitar equívocos. Se considera aborto espontáneo³ la pérdida involuntaria de un embrión o de un feto de menos de 500 gr (hasta las 20-22 semanas de gestación) y sucede en el 10-30%⁴ de todos los embarazos (SAN LAZARO *et alii*, 2019; SEGO, 2010). En estos casos, especialmente si sucede en el primer trimestre y se trata del primer episodio, es común que no se estudie la causa de la pérdida debido a dificultades técnicas y motivos de rentabilidad (LIU *et alii*, 2015; MCPHER-

3 En inglés existe una doble terminología, abortion/miscarriage, que ayuda a distinguir la pérdida voluntaria e involuntaria del embarazo, en castellano tiende a diferenciarse mediante la adición de los adjetivos voluntario e involuntario —o espontáneo— a la palabra aborto. BROWNE (2018) cuestiona la claridad de esa distinción: cuando algunas mujeres optan «voluntariamente» por interrumpir su embarazo debido a causas médicas maternas o malformaciones fetales letales o no, ¿es libre esa elección?, ¿en qué grupo deberían situarse estas pérdidas?

4 La variabilidad de los datos epidemiológicos se debe al alto porcentaje de abortos preclínicos (60%), que son aquellos que suceden antes de que la mujer sea consciente de estar embarazada, y al subregistro de estos episodios debido a la gran cantidad de etiquetas diagnósticas posibles (aborto en curso, aborto diferido, hemorragia del primer trimestre, legrado, etc.) que dificulta la estimación adecuada. En cualquier caso, el porcentaje es elevado y es previsible que esté en aumento dado el retraso progresivo de la edad de la maternidad y el aumento de las técnicas de reproducción asistida.

SON *et alii*, 2017). Entre las principales causas identificadas se encuentran las anomalías genéticas fetales, factores maternos hormonales, inmunológicos, infecciosos o uterinos. Otros factores como la edad materna, la obesidad, ciertos hábitos tóxicos (tabaco y alcohol) o la falta de bienestar emocional en las fases iniciales del embarazo se han relacionado también con mayores tasas de aborto espontáneo (ARCK *et alii*, 2008; LIU *et alii*, 2015; SAN LAZARO *et alii*, 2019).

Existen tres alternativas para el manejo clínico del aborto espontáneo: la actitud expectante, que consiste en esperar y permitir que el propio cuerpo expulse de forma natural el contenido uterino; el manejo médico, que consiste en la aplicación de un tratamiento farmacológico (generalmente misoprostol por vía vaginal u oral) que induce contracciones uterinas y la dilatación del cuello del útero con el fin de favorecer la expulsión de los restos fetales, y el tratamiento quirúrgico, o legrado, que consiste en el vaciado instrumental de la cavidad uterina. Las dos primeras opciones se manejan en el domicilio, la tercera implica un ingreso hospitalario, ya que se realiza en un quirófano con la paciente anestesiada. Me referiré a la opción farmacológica y a la quirúrgica como aborto espontáneo medicalizado (AEM) y serán el objeto central del presente ensayo.

Si bien los criterios para elegir una u otra opción terapéutica se basan teóricamente en las preferencias de la paciente y los datos aportados por la medicina basada en la evidencia, la realidad es que en las distintas comunidades del Estado español se observan diferencias importantes en cuanto a la elección del método (ESPEJO *et alii*, 2019) y la actitud expectante es ofrecida cada vez con menos frecuencia sin una justificación clara (SUR y RAINE-FENNING, 2009). La medicalización del aborto espontáneo no solo tiene implicaciones clínicas por los posibles efectos secundarios derivados de las técnicas utilizadas —como complicaciones de la anestesia, perforación uterina, dolor crónico, infección posquirúrgica, etc.— (NANDA *et alii*, 2012), sino que, además, la experiencia de las mujeres puede ser más traumática por ser más prolongada (suelen realizarse controles evolutivos y en determinadas situaciones se requieren segundas intervenciones), por el malestar, la angustia y la incertidumbre que puede asociar recibir cualquier tipo de tratamiento médico, y por la propia relación establecida entre pacientes y profesionales sanitarios (KINT, 2015). Por ello, me centraré en los AEM precoces, que son los que acontecen en el primer trimestre del embarazo y reciben tratamiento farmacológico o quirúrgico para su resolución.

Una experiencia silenciada

Revisando la bibliografía existente sobre la aflicción en el aborto espontáneo se puede apreciar que la literatura biomédica tiende a focalizarse en la epidemiología del evento y en el manejo terapéutico del disease (dimensiones biológicas de la enfermedad). Pese a que la mayoría son estudios cuantitativos y excluyen la experiencia de las mujeres, desde la psicología y la enfermería se han realizado estudios cuantitativos y cualitativos sobre las vivencias de las mujeres y las actitudes de los profesionales sanitarios implicados en el proceso de atención al AEM. Algunos evidencian la intensidad del sufrimiento asociada a sensaciones como el fracaso y la culpa (ADOLFSSON *et alii*, 2004) y a la tendencia a convertirse en un tabú (LÓPEZ, 2011); estas percepciones pueden provocar síntomas sostenidos de ansiedad y depresión (JACOB *et alii*, 2017; MUTISO, MURAGE y MUKAINDO, 2018) que algunos estudios relacionan con la insatisfacción con la asistencia sanitaria (DE MONTIGNY *et alii*, 2017). Otros estudios se centran en la importancia de conocer estas vivencias para mejorar la atención, evitando prácticas inadecuadas o irrespetuosas (BAUTISTA *et alii*, 2017; BELLHOUSE *et alii*, 2018; DE ROOSE *et alii*, 2017; MULENS, 2009). Sin embargo, de manera general, estos estudios no profundizan en el análisis conjunto del *illness* y *sickness* (dimensiones individuales y sociales de la enfermedad, respectivamente) del AEM ni son realizados desde una perspectiva que contemple simultáneamente las relaciones de hegemonía-subalternidad entre médicos y pacientes —incluyendo un análisis de género— y que considere la importancia de la institución y el contexto en que se produce la atención.

La literatura antropológica al respecto es más rica, encontramos varios estudios sobre la experiencia del AEM desde una perspectiva fenomenológica que evidencia la intensidad de la experiencia y algunas necesidades o expectativas de las mujeres con respecto a la atención sanitaria (ALTSHULER *et alii*, 2017; KINT, 2015; MEANEY *et alii*, 2017; SELL-SMITH y LAX, 2013; WRIGHT, 2013); sin embargo, la mayoría han sido realizados en Estados Unidos, Oceanía u otros países de Europa. En nuestro contexto son escasos los estudios que desde la biomedicina o las ciencias sociales analizan la experiencia de las mujeres en el aborto espontáneo. Podríamos destacar el estudio de la asociación Umamanita (CASSIDY *et alii*, 2018) sobre la calidad de la atención en hospitales españoles en el duelo perinatal (aunque se centra en pérdidas del embarazo más tardías) o el estudio

cualitativo realizado por matronas sobre la experiencia de mujeres en un hospital de Valencia (BAUTISTA *et alii*, 2017).

Aunque pueda resultar paradójico, la reflexión sobre aborto espontáneo también ha sido escasa —sino tabú— dentro del feminismo⁵. Probablemente este hecho está en relación con que, por un lado, el debate en torno al aborto se ha focalizado en la reivindicación del acceso legal a la interrupción voluntaria del embarazo, pudiendo parecer contradictorio reivindicar el derecho al aborto voluntario y, a la vez, hablar de las consecuencias negativas del aborto espontáneo (BROWNE, 2018); y, por otro lado, el debate y el activismo sobre la violencia obstétrica se han centrado principalmente en la atención al parto (BELLÓN, 2015). Sin embargo, hay autoras, como Linda L. LAYNE, que proponen, desde hace décadas, el estudio de la pérdida del embarazo y la maternidad desde una aproximación antropológica y feminista (1997; 2003; 2006b; 2014). La autora ayuda a comprender el desinterés del feminismo por este tema, los efectos de tal desinterés y el potencial de este movimiento —social, político y científico— para generar un cambio en la experiencia y la atención de este proceso en Estados Unidos. Si bien las diferencias culturales, sociales y sanitarias entre nuestro contexto y el estadounidense pueden ser importantes, sus argumentos y resultados serán de utilidad en el presente texto.

Buscando historias

Este ensayo está inspirado en una experiencia autoetnográfica, el análisis de mi propia vivencia del aborto, y elaborado a partir de la revisión bibliográfica y los relatos de siete mujeres que vivieron un AEM. Seis de las mujeres entrevistadas fueron captadas por bola de nieve mediante la difusión por WhatsApp de una invitación para participar en la investiga-

5 Utilizo el término feminismo de forma genérica porque considero que cualquiera de las corrientes feministas existentes podría o debería aumentar su reflexión y activismo sobre este asunto, sin embargo, atendiendo a la necesidad de comprender cómo la sociedad y la biomedicina conforman los discursos hegemónicos sobre la maternidad o el aborto, considero que es el feminismo radical el que tiene la posibilidad —y la intención— de llegar a la raíz y de conseguir que lo íntimo y personal se conviertan en objeto de análisis político y teórico. Aun así, continuaré utilizando el término feminismo sin apellidos para no sobrecargar el texto y para no excluir a otras corrientes.

ción, la séptima fue captada durante un breve período de observación⁶ en un hospital público de la periferia de Madrid. Una de ellas tiene estudios secundarios, el resto son universitarias, siendo cuatro de ellas médicas. Todas tienen trabajo estable y tenían pareja cuando sucedió el aborto. Los abortos se produjeron entre las seis y las trece semanas de embarazo y las entrevistas fueron realizadas entre dos semanas y diez meses después del evento. Fueron atendidas en hospitales públicos y concertados, cinco de ellas recibieron tratamiento farmacológico y dos, quirúrgico, la opción expectante no fue ofrecida en ningún caso. Se incluye también como fuente primaria de datos la entrevista realizada a Pilar, una mujer que, tras vivir dos pérdidas perinatales, fundó una asociación de apoyo mutuo en el duelo perinatal (El hueco de mi vientre: <https://www.redelhuecodemi-vientre.es/>).

Las fuentes primarias y secundarias se combinan para reconstruir la experiencia de AEM. En el estudio de este proceso de *s/e/a* encontramos varias dimensiones de análisis íntimamente relacionadas, podríamos recurrir a las clásicas distinciones de la dimensión individual (*illness*) y social (*sickness*) de la aflicción, pero, dado que el embarazo y la maternidad tienen una fuerte carga de significados sociales (ÁLVAREZ, 2013; BRIGIDI, 2013), la aflicción está condicionada por diversos factores que trascienden lo individual. Asimismo, en este proceso de *s/e/a*, la atención juega un papel fundamental, ya que, si bien la práctica médica debiera orientarse a aliviar la aflicción, su focalización en los aspectos biológicos de la enfermedad (*disease*) hace que las propias prácticas puedan aumentar la aflicción (DE MONTIGNY *et alii*, 2017). Es decir, se trata de una vivencia que habitualmente causa una gran aflicción y que es interpretada por quien la padece, y, simultáneamente, esa experiencia se enmarca en un contexto social y sanitario que participa en la construcción e interpretación del significado del AEM, contribuyendo a paliar o aumentar el sufrimiento. El plano individual y el relacional están vinculados, siendo incompleto su análisis independiente y diferenciado. Las epistemologías feministas permiten, tal y como propone ESTEBAN (2004a), combinar el análisis meso y macro con el análisis micro del cuerpo fundamentado fenomenológicamente.

6 El propósito del proyecto etnográfico para mi trabajo final de máster era combinar entrevistas sobre experiencia con la observación de la atención sanitaria, sin embargo, debido a motivos logísticos, la parte observacional quedó muy limitada, de manera que no ha sido incluida en este texto.

Un evento rompedor

Y de repente fue como que se me escapaba algo
(Verbatim Diana 21-3-2019).

La aflicción del AEM puede ser considerada como una experiencia «encarnada» (ESTEBAN, 2004b) o *embodied* (CSORDAS, 1990): sobre el cuerpo —entendido como agente y lugar de intersección social y cultural— ocurren procesos muy intensos y transformadores. Durante el embarazo la mujer comienza un proceso de transformación física y emocional orientado a la futura maternidad, comienza un rito de paso que se verá truncado cuando se confirme el diagnóstico del aborto (LAYNE, 2003) provocando que la mujer se encuentre en una cierta situación de liminalidad (VAN GENNEP, 2013 [1909]): las mujeres estaban embarazadas, pero ya no lo están, están entre ser madres y no serlo, entre procrear y no haber procreado (REIHELD, 2015), están sanas, pero requieren atención médica, e incluso sus emociones pueden ser liminales y contradictorias.

Desde una perspectiva fenomenológica resulta interesante analizar la interpretación que las mujeres hacen de los cambios corporales que se producen en el embarazo ya que estos pueden ser utilizados como indicativo de «normalidad» en el desarrollo de la gestación, interpretándose su desaparición como un signo de que algo comienza a fallar:

[...] yo tenía ahí la mosca detrás de la oreja porque a mí ya no me dolía el pecho [...] y [...] y no tenía náuseas. Los olores, no me di cuenta mucho en eso, pero en el pecho y en las náuseas sí me había dado cuenta, esos días estaba como supernerviosa, en plan de «algo está pasando porque [...]» (Violeta, 28-2-201).

La pérdida del embarazo implica una nueva transformación física que es rápidamente percibida por la mujer: el cuerpo que se preparaba para el avance de la gestación y su culminación con el parto y la maternidad detiene la progresión, los cambios corporales que se experimentaron durante el embarazo regresan como si nada hubiera sucedido, mientras, las emociones y expectativas deben reconfigurarse. Esta vuelta a la «normalidad» puede ser percibida con una cierta ambivalencia, entre el alivio por «recuperar el cuerpo» y la tristeza por la constatación de la pérdida del embarazo:

Yo había tenido el aborto y tardé como dos semanas o algo así..., o tres..., en tener la sensación de recuperar mi pecho normal. Y eso [...] era un poco encontrado, *fifty-fifty*, por una parte, lo sentí como un alivio porque yo me agobio en plan de «estoy más gorda, ¡sin motivo encima ya!». Entonces..., y por otra parte, era «¡Jo, qué mierda!» [...] [pero] necesitaba un poco de estabilidad, ya que esto no había salido hacia adelante, necesitaba recuperar un poco mis cosas, mi cuerpo y tal, ¿no? (Diana, 21-3-2019).

Otro aspecto relevante, y que evidencia la importancia del *embodiment* (CSORDAS, 1990) de esta experiencia, es la sospecha o la confirmación de que el aborto está sucediendo. En algunos casos se produce un sangrado que rápidamente es interpretado como signo de que algo va mal. En otros casos la noticia viene del ultrasonido, el embarazo se ha detenido, pero aún no hay sangrado, es lo que podría denominarse como *silent miscarriage* (PEEL y CAIN, 2012), que la biomedicina nombra como aborto diferido (SEGO, 2010). Este momento suele ser muy impactante porque la mujer, o la pareja, llega a la consulta deseando ver la progresión del embarazo, asumiendo que todo va bien, y, en un instante, los hallazgos ecográficos destruyen las esperanzas y expectativas respecto al embarazo. Además, en estos casos puede aparecer el desconcierto de no saber en qué momento preciso se detuvo el embarazo e incluso la angustia al pensar en la cantidad de tiempo que «el feto» pueda llevar muerto en el útero.

A partir de aquí comienza el momento intenso de la «expulsión» o, como lo denomina Pilar, «el parto». La gran magnitud de esta fase se debe a varios factores, uno de ellos es el miedo y la incertidumbre que produce enfrentarse a un proceso así, otro es el inicio del duelo y la asunción de la pérdida, pero quizá el más notable por la importancia de los síntomas es la vivencia corporal. Esta es muy relevante por el dolor, pero también por el sangrado, que es percibido como si parte del cuerpo se estuviera perdiendo; en este sentido las descripciones son muy variadas, algunas informantes aluden a la grandeza de estos síntomas utilizando expresiones como «desangrarse», «romperse» o «dolor horroroso». La intensidad del dolor o la preocupación por la cantidad de sangrado parecen menos relevantes en los relatos de las sanitarias entrevistadas, esto podría interpretarse como que su conocimiento sobre la normalidad y las potenciales complicaciones en el proceso ayuda a reducir la inquietud. En cambio, las no sanitarias relatan angustia y miedo ante la cantidad de sangre que expulsaban, siempre con la incertidumbre de si lo que les estaba sucediendo era normal o patológico. Lo que sí aparece en todos los relatos es un cierto

impacto emocional ante el inicio del sangrado que relacionan con el «miedo» a sangrar y la «angustia» al mirar el papel higiénico tras limpiarse cada vez que iban al baño mientras estaban embarazadas:

Me pasó una cosa que me resultó tremendamente traumática, que fue ir al baño y entonces ver que había sangrado [...]. Y de repente fue como que se me escapaba algo, ¿no? [...], es una sensación de pérdida física porque es como que..., como que lo estás viendo, o sea, claro, esto seguro que la gente, los sanitarios no, pero la gente normal pregunta si vas a ver algo ahí, porque a lo mejor la gente se cree que te va a salir ahí y vas a ver el feto. A mí ni se me pasaba por la cabeza, ni mucho menos [tono de risa], pero te lo dicen, aun así, porque debe ser una pregunta que la gente debe hacer reiteradamente, yo creo, eh [...]. Pero solo ver el hecho del sangrado, fue como... como eso, como una sensación de pérdida que se hacía mucho más evidente, ¿no? Después de tantos miedos de esos días, y me acuerdo en ese momento de un llanto incontrolable de decir «¡Jo!» (Diana, 21-3-2019).

Diana —que es sanitaria— menciona un elemento importante que se repite en varias entrevistas: la expulsión del «embrión», «feto» o «bebé». Este momento es clave desde un punto de vista físico, porque, además de constatar la pérdida, puede ser leído como que el tratamiento está siendo efectivo y que el proceso físico está finalizando. La pérdida es físicamente ambigua, no hay un ser tangible que haya sido sentido, visto —salvo por alguna prueba ecográfica— o pueda ser tocado, en la mayoría de los casos se produce dentro del útero y se materializa en un sangrado importante sin poder despedirse de algo concreto, dificultando el reconocimiento de su existencia física. Esto condiciona que la pérdida del embarazo asocia un tipo de duelo peculiar, no hay muchos recuerdos a los que agarrarse, lo que se pierde es parte del futuro, expectativas que ya no serán cumplidas (KINT, 2015).

La importancia de ver al «feto» parece otro elemento diferencial en la experiencia de sanitarias y no sanitarias. De las tres médicas que se sometieron a tratamiento farmacológico (en el quirúrgico no es posible verlo), solo Diana lo menciona y es expresamente para decir que ni se planteó identificarlo entre lo que estaba expulsando, como si fuera una pretensión ridícula por las bajas probabilidades de lograrlo; mientras que en el relato de Sara (no sanitaria) comprobar la expulsión del «feto» fue central en la fase aguda del AEM. Puede que esa centralidad tenga una justificación biológica y emocional, para Sara la expulsión era el objetivo del tratamiento y ella debía asegurarse de que había sucedido, inspeccionando lo que

iba expulsando; además, al conseguir identificarlo, podría despedirse de su «hijo». Se percibe nuevamente la mayor incertidumbre de las no sanitarias sobre la correcta progresión del proceso, y, adicionalmente, una visión menos científica y tecnificada del «feto» que permite nombrarlo como «hijo» o «bebé» y despedirlo como parte del duelo. Clara, pese a no ser sanitaria, también lo identifica como «feto», esto puede deberse a su formación científica (profesora de biología) o a la preeminencia de conceptos biomédicos en la población general; sin embargo, destaca verlo y tocarlo (hacerlo tangible) como un paso importante en la asunción de la pérdida, evidenciando de nuevo el carácter fenomenológico del proceso. Para Sara y Clara ver al «feto» supuso un alivio y les produjo la sensación de que les ayudaba a comprender lo sucedido: saber que existió y confirmar que había salido de su cuerpo. La experiencia de Clara fue especialmente intensa, porque, habiendo sido los controles del embarazo aparentemente normales, comenzó a sangrar espontáneamente en su casa tras sentir dolor a las trece semanas de gestación:

Fui al baño y, de repente, estando sentada en la taza, empecé a sangrar, empecé a sangrar. Yo: «Ay, ¿qué me pasa, qué me pasa, qué me pasa?». Y salió, y se me cayó, se me quedó un momento en la mano..., el embrión..., lo vi, y se me cayó. Y fue a la taza del váter. [...] Y era grande [...], noté como un peso, ¿no? [...] Me impactó, me impactó, cuando yo lo vi, dije: «Ostras, esto lo tenía yo dentro», lo primero que vi; lo segundo dije: «Esto ya está formado, esto está para que crezca, pero esto está formado». O sea, no era algo amorfo, sino que ya tenía una forma. Eh..., y..., lo vi, es que recuerdo ver la cabeza con párpados cerrados, o sea, es que esa imagen la tengo. [...] Impacta, impacta un montón porque, porque, claro, es que, imagínate, de repente lo ves ahí, en tu mano, y..., pero sí, me ayudó porque, desde que yo lo vi, en el momento yo dije: «¡Ay, que no, qué no esté pasando!» (Clara, 4-4-2019).

En contraste, Irma expresa el malestar por esa conciencia de intangibilidad:

La sensación es de tristeza, de tristeza y de tener que pasar ese momento sola, sola porque pasaba en tu cuerpo, o sea, es que lo estás viviendo tú dentro de ti, ¿sabes?, no hay..., [silencio]. Es la sensación de, de..., de no poderle poner cara, ni nombre, ni físico, ni tocar..., eso que se había estado como engendrando, que era tuyo. Entonces esa pérdida, eh, es como... [silencio]. Es como que le coges cariño, que le quieres, sin todavía verlo, ¿no? O sea, es una sensación un poco extraña, y fíjate que no tenía cambios, ya te digo, de tener una barriga así [hace gesto con las manos, como abarcando una barriga

grande], que yo me imagino a gente que tenga un aborto con seis meses y yo creo, vamos, que me muero. Si a mí me ha pasado esto viendo una vesícula y un latido, ¿sabes?, que, de hecho, eso me impactó bastante, el haber llegado a escuchar el latido y de repente te dicen: «No, es que ya no hay latido» (Irma, 17-5-2019).

Con su relato introduce una idea interesante, habla del vínculo que sentía con la «vesícula con latido», evidenciando lo que fue denominado por LOVELL como «jerarquía de la tristeza» (citada en CASSIDY, 2017: 31), que es la tendencia social —fomentada por la biomedicina— a infravalorar las pérdidas en el primer trimestre, pensando que el sufrimiento es menor que las que ocurren en fases más avanzadas del embarazo. Esto contrasta con las vivencias de las mujeres que pueden sentir un profundo dolor y equiparar su pérdida a la pérdida de un «hijo». La intensidad de la tristeza está en relación con el apego y el vínculo creado (además de otros factores como la edad materna, la infertilidad, el apoyo social y de la pareja, etc.) (KINT, 2015; LÓPEZ, 2011). El relato de Paula permite ver cómo ese apego puede ser construido de forma temprana:

Es que no sabía..., o sea, yo me sentía muy triste, o sea, tremendamente triste, como vacía..., mmm, sí, como vacía, o sea, yo, era un sentimiento muy absurdo, yo se lo contaba a una compañera que la pobre perdió una niña hace un año con 13 años [...]. Y yo le decía [solloza], jolín, o sea, que tiene que ser horrible perder un hijo, ¿no?, el mío no era ni un hijo, era un embrióncito pequeño, ¿sabes?, que..., pero yo lo había sentido ya mío. O sea, yo me había ilusionado, había buscado nombres, o sea, que igual estoy un poco loca [risa entre sollozos], pero había buscado ya nombres, había buscado cuna [...]. O sea, yo ya me había hecho a la idea, y le había empezado a querer como si fuera mi hijo, ¿no?, que no lo era, pero [...] me hacía ilusión sentirlo, que no lo sentía, a ver, imaginármelo ahí dentro. [...] [Y tras el aborto] estoy como vacía, así, como si hubiera perdido un hijo [...], no sé si a todo el mundo le pasa, pero..., pero yo sí que lo sentía así, ¿no? (Paula, 27-3-2019).

La construcción de ese vínculo está modulada por distintos factores. Paula nunca vio a su *hijo vivo* en una ecografía, sin embargo, fue construyendo con su pareja y su entorno la existencia de ese ser, es la construcción social de la personalidad del feto (CASSIDY, 2017; LAYNE, 1997). Otras mujeres, como Irma en el relato anterior, o Clara, para quien el embarazo había llegado de «sopetón», identifican la imagen ecográfica como un elemento muy relevante en la asunción del embarazo y la construcción del vínculo, tal y como sucede en otros estudios (CASSIDY, 2015).

Impresiona porque de repente dices: «Ay Dios mío, ¿qué está pasando?». Yo creo que fue la primera vez que fui consciente, porque yo estaba como que esto me había caído un poco de sopetón y, además, tenía la cabeza puesta en la oposición [...], y me impresionó, yo salí de ahí y le decía a mi pareja: «¡Es que lo he visto!». Y ahí es cuando te haces una idea, ¿no? Ya a partir de ahí te cambia un poco..., te cambia el chip, es que lo he visto [le tiembla la voz] (Clara, 4-4-2019).

La toma de consciencia del embarazo es relevante porque las mujeres establecen una serie de cambios en sus rutinas y la alimentación cuidando el embarazo. Por ello, ante la percepción de tener la responsabilidad de proteger el embarazo, es frecuente la aparición de sentimientos de «culpabilidad» y «fracaso» tras un aborto (BROWNE, 2015; ADOLFSSON *et alii*, 2004). Estos suelen asociarse a que en la mayoría de los abortos en el primer trimestre no se llega a conocer la causa, permitiendo que la mujer imagine toda una casuística en la que ella suele ser responsable de la pérdida. Pese a que su conocimiento permite hacer una crítica de sus propios pensamientos —saben que la mayoría de estos abortos se deben a causas en las que su actitud poco ha tenido que ver—, la culpa ha sido un elemento relevante en el sufrimiento en las fases iniciales del proceso de las sanitarias entrevistadas. Quizá se deba a que tienen mayor información sobre los potenciales riesgos de diversas actitudes durante el embarazo. La responsabilidad sobre la pérdida incluye acciones realizadas (bailar, beber o comer ciertas cosas, trabajar, etc.), pensamientos, e incluso el cuestionamiento del cuerpo y la capacidad para «engendrar», afectando en ocasiones a la autoestima (CASSIDY, 2015; KINT, 2015; WONCH *et alii*, 2017).

Porque yo creo que es como fallar, ¿no?, es como que al final... [Silencio]. O sea, el que vaya bien o vaya mal, tú no tienes, no puedes, no puedes hacer nada en eso, ¿no?, incluso puedes estar haciendo todas las cosas bien, pero..., tú siempre vas a..., o yo por lo menos voy a asumir que es culpa mía o que hay algo que yo he hecho mal. Entonces el comentarlo es como asumir que has hecho algo mal, o un..., ¿no?, el fracaso, el que has fracasado en algo que has intentado o..., no sé [llora] (Gata, 19-3-2019).

Yo creo que me he quedado otra vez bloqueada porque yo lo veo en el canto, cuando canto en el grupo no me sale la voz, hay cosas que me dan más vergüenza, tengo miedo escénico, o sea, eso no lo tenía hace unos meses [...], es una sensación como de..., de que me infravaloro, de baja autoestima, de no voy a poder, ¿no? [...] No soy capaz de ser madre, no he sido capaz de engendrar..., eso, que yo verbalizarlo me parece absurdo, no se lo diría a nadie ni

me lo diría a mí, pero es... ¿sabes?, es que eso está como ahí metido. Entonces, ¿me influye en mi trabajo? Sí, porque no me veo tan capaz, me veo lenta... veo que ha habido cambios en..., de memoria, tengo menos memoria, yo creo que es por la ansiedad y por la falta de atención [...]. Estoy más cansada, vale que tengo anemia, ¿sabes?, pero es una sensación como que todo va más lento y que valgo menos (Irma, 17-5-2019).

En este fragmento aparece otro elemento de interés fenomenológico, la alteración de las percepciones. Merecen especial atención los cambios en la percepción del propio cuerpo: aparece un cuestionamiento de la capacidad de «engendrar» o de «ser madre» (biológica), en algunos casos se interpreta como un fallo o como tener un «problema», y en otros, la situación llega a interpretarse como que es el organismo el que está rechazando la maternidad o incluso castigando a la mujer, negándose a cuando ella lo decide (WRIGHT, 2013). Estas percepciones pueden asociarse con una mayor inseguridad o descenso de la autoestima, afectando, como comenta Irma, al desempeño laboral, evidenciando cómo la emoción actúa como mediadora entre «el cuerpo individual, el cuerpo social y el político» (SCHEPER-HUGHES y LOCK, 1987). Además, Irma expresa otras consecuencias de la experiencia impactante, como la alteración de la memoria o la sensación de lentitud o de valer «menos»; estas son algunas de las repercusiones de esa desestructuración parcial del mundo asociada a la ruptura identitaria o crisis existencial que provoca esta aflicción (KINT, 2015; WONCH *et alii*, 2017). Los relatos de otras informantes evidencian cambios en la percepción de la temporalidad durante la atención sanitaria en el momento agudo, cuando todo parece transcurrir a una velocidad muy intensa, y, posteriormente, cuando el tiempo se hace eterno y doloroso —especialmente si trabajan en casa o están de baja laboral, como les sucedió a Violeta y Paula—.

En la amalgama de pensamientos, emociones y percepciones que relatan las informantes, especialmente en la fase aguda, en la que muchas refieren estar en un cierto estado de *shock*, cabe destacar la ambigüedad, ambivalencia e incluso liminalidad de algunas de ellas: refieren la confirmación de «lo esperado» e «incredulidad», «desesperanza» y «esperanza» (de que haya habido un error en el diagnóstico del aborto) o «miedo» y «alivio» (el alivio amargo de ya no tener «algo» que perder). Posteriormente, cuando la sintomatología física va cediendo y lo sucedido comienza a asumirse, estas emociones serán sustituidas —y se solaparán— por otras, como una sensación de pérdida que suele asociarse a sentimientos

de confusión, culpabilidad y frustración. Las informantes refieren dificultad para expresar con palabras sus emociones —la indeterminación entre el lenguaje y el mundo (CSORDAS, 1993)—, que identifican como «vacío», «pérdida» o «tristeza»:

Como que son sentimientos, sensaciones, que nunca he tenido, o sea, que..., y ahora eso, de echar de menos, tía... [...]. Y pena y tristeza, y esto... [llora], y es estar todo el rato como en una montaña rusa, de «Venga, no, pues ahora estoy mejor, no sé qué», y luego ya pum, para abajo. [...] Y eso es como, es muy extraño, ¿no? [...] Porque yo tampoco le puedo dar muchas palabras, vale, pues sí, pues siento pena, echo de menos, y quiero esto..., pero no sé... (Violeta, 28-2-2019).

RANDO (1986) (citado en KINT, 2015: 30) habla de las «pérdidas secundarias», que son todas aquellas que suceden en el aborto y que trascienden la pérdida del bebé y contribuyen a esa sensación de vacío. Entre ellas se encuentran la pérdida del embarazo, de la maternidad —y su identidad como madres—, de la experiencia del parto, de la lactancia, del control sobre la capacidad reproductiva, de ciertas relaciones —la intimidad sexual con la pareja, relaciones laborales, etc.—, la pérdida de la autoestima (por no lograr ese hito social para la mujer, por el fallo del cuerpo, por la culpa, etc.), etc. Dentro de la recuperación de las «pérdidas secundarias» —sobre las pocas que tienen agencia—, parece relevante el acto de recobrar la «vida sexual», principalmente el coito, siendo frecuentes los relatos que revelan una vivencia emocional intensa ante las primeras relaciones tras el aborto:

Emocionalmente sí que me removió bastante [...], cuando me hicieron el legrado no pensaba que iba a, ni a volver a tener ganas, ¿no?, de mantener relaciones o..., como que me había quedado tan vacía y tan triste que hubo un tiempo que yo decía: «Es que ¡no sé si voy a poder retomar una vida sexual normal!». Pero, sí, o sea, que la primera vez fue como, jolín, pues he podido... ¿sabes?, y sigo disfrutando, y sigue esto estando bien, ¿sabes?, Entonces fue como, puf, me he quitado ya un peso de encima, o sea, que esto no ha pasado, no va a pasar factura ni nada, pues mira, ya está (Paula, 27-3-2019).

Varias informantes aludieron a la «pérdida de la oportunidad», en concordancia con lo observado en otros estudios (FROST *et alii*, 2007), o a la pérdida del «milagrito», como lo nombraron Gata y Diana, que se habían quedado embarazadas de manera «natural» cuando comenzaban procesos de reproducción asistida. Esto refleja la importancia que tiene

para ellas la pérdida de control sobre su capacidad reproductiva (WRIGHT, 2013), que puede generar inseguridad e inicialmente mucho miedo y rechazo a pasar por la misma experiencia. Violeta, Gata y Paula afirmaron que, ante la intensidad de emociones y sensaciones que estaban sintiendo con el aborto, no querían exponerse a repetir la experiencia, de manera que se estaban replanteando la maternidad biológica; sin embargo, parece que con el paso del tiempo y la asunción de la pérdida ese miedo a volver a intentarlo desaparece y las expectativas o deseos maternales reaparecen, incluso de manera más intensa.

Ante la inseguridad sobre si se alcanzará la maternidad, o por la sensación de fracaso, se producen otras «pérdidas secundarias». Varias informantes expresan que, tras su aborto, han sentido un cierto rechazo a encontrarse con embarazadas, recién paridas, bebés o parejas planificando su embarazo. También hay relatos en los que se produce un cierto aislamiento social posterior; esto sucede generalmente en los casos en los que no se había compartido la noticia del embarazo ni la experiencia del aborto, como es el caso de Gata. Sin embargo, en los casos en los que estos eventos habían sido socializados, como en el caso de Violeta, el apoyo social ha sido considerado fundamental o muy importante en el proceso de sanación o disminución de la aflicción. En todo caso, con mayor o menor soporte social, parece evidente que la experiencia es de gran magnitud; de hecho, varias informantes la identifican como la más intensa que han sentido en sus vidas. Irma, que es sanitaria, destaca el impacto emocional, mientras que Violeta o Clara subrayan la importancia de que sea una experiencia «fuerte», a nivel físico y emocional, simultáneamente.

O sea, creo que ahora se me juntan como dos cosas que hacen que sea como de las cosas más intensas, que es que se te junta lo físico con lo emocional, ¿no? Y que luego siempre va unido, pero en este aspecto es como, joe, tannnn..., que es un vínculo tan fuerte, porque, vale, te pueden pasar cosas que emocionalmente te dejen machacada o te puede pasar algo físico que..., que también sea como muy duro, pero..., yo creo que tan fuerte así como esto [silencio], puf, creo que no [risas] (Violeta, 28-2-2019).

La intensidad del sufrimiento asociado a esta experiencia no implica que sea una experiencia rompedora insuperable, las estrategias de las mujeres para afrontar lo vivido y aliviar la aflicción son múltiples y variadas. Muchas de ellas se producen individualmente en la intimidad. Varias informantes expresaron que su forma de afrontarlo fue «cerrar» el episodio

cuanto antes, guardando los informes, ecografías o evidencias materiales de que el embarazo y el aborto habían sucedido, y recuperando la «vida normal» mediante la vuelta a la rutina laboral y a la actividad social. Paula estuvo escribiendo durante el embarazo y, tras el aborto, hizo un cierre también por escrito. Sara interpreta lo sucedido como una «prueba» de Dios, ayudándola a aceptarlo. Irma está haciendo una elaboración individual del duelo que, si bien no puede considerarse un ritual, muestra una mayor conciencia del proceso: medita, busca espacios de soledad y contacto con la naturaleza e incluso ha pintado un cuadro en el que expresó sus emociones; esta última actividad puede ser interpretada fenomenológicamente como un mecanismo de adaptación mediante la expresión emocional por vías alternativas al lenguaje. Para otras informantes ha sido muy importante en el alivio de la aflicción la socialización de la vivencia. A continuación se comentarán los elementos más relevantes de este encuentro entre quien sufre la experiencia y su entorno social, la pareja y los profesionales sanitarios.

Un evento socialmente complejo

«Mejor que Enantyum y cosas de esas para mí ha sido contarlo». Con esta bonita metáfora comparativa, Violeta refleja cómo un acto social —compartir la experiencia y sentirse escuchada— contribuyó a aliviar su aflicción mejor que un fármaco analgésico (Enantyum®). El efecto de compartir lo vivido no solo mitiga el dolor físico y emocional.

Yo lo que intenté hacer fue contárselo a la gente [...]. Yo no me corto, me emociono contándolo, pero ya está, ya está, una vez más que lo he contado [...]. Como que te ayuda un poco a decir: «Pues sí, he pasado por esto, me ha pasado esto y he sentido esto», y..., un poco a ser consciente, ¿no? [...]. Me ayuda a asimilarlo y me ayuda a ver hasta qué grado me sigo emocionando cuando lo cuento [...]. Me ayuda a tener como un termómetro de eso (Clara, 4-4-2019).

En este *verbatim* vemos cómo elaborar y compartir la narración convierte la vivencia «preobjetiva» en un relato que ayuda a ordenar la experiencia y a dotarla de significado, contribuyendo a salvar la indeterminación entre el lenguaje y el mundo (CSORDAS, 1993). Reorganizar los significados dotando a la nueva realidad de un cierto orden facilita entender la experiencia como propia y avanzar en el alivio de la aflicción (CAREL,

2012; VALVERDE, 2009). «Se vive mejor decir que te has roto un menisco que decir que has tenido un aborto» (*verbatim* Paula, 27-3-2019).

Pese a que compartir la experiencia con el entorno es relevante, no todas las mujeres lo hacen de la misma manera, las actitudes registradas son variadas y dependen en cierta manera de si la noticia del embarazo había sido compartida o no; también parece que los sentimientos de culpabilidad o la vivencia del aborto como un fracaso contribuyen a no socializar lo vivido o a retrasar el momento de compartirlo. En cualquier caso, se haya compartido más o menos, y antes o después, las reacciones del entorno también son variadas y responden a lo que podría categorizarse en dos patrones opuestos con toda una gama de actitudes intermedias: existe un primer patrón de actuación en el que la pérdida es reconocida y se percibe el intento de acompañar en la aflicción —con mayor o menor tacto y éxito—, en el extremo contrario lo sucedido se silencia, se niega o se minimiza —quizá también con intención de ayudar y reducir el sufrimiento— (LAYNE, 2003). KINT (2015) explica cómo las actitudes negacionistas, junto con otros factores como la percepción de fracaso y la tendencia social a no compartir las experiencias negativas, favorecen que el aborto espontáneo se convierta en un tabú. LAYNE denomina a los factores que favorecen el tabú «silencios»; entre ellos se encuentran el silencio social, el de las mujeres, el de los sanitarios, el académico, el literario, el del feminismo, e incluso el de los Registros Civiles por no registrar las pérdidas del primer trimestre (1997).

De manera más específica, la ausencia de reglas sociales sobre cómo acompañar a la pérdida del embarazo —«la muerte del niño en el útero»— contribuye a que muchas personas no sepan cómo reaccionar ante estos sucesos (KINT, 2015: 28), de hecho, es muy común que el término muerte no sea empleado en estos casos, correspondiendo a lo que ha sido denominado «secuestro de la muerte» (FROST *et alii*, 2007). Esto coincide con la idea de liminalidad de REIHELD (2015), quien sostiene que el aborto es una situación liminal entre la vida y la muerte. Como ya se comentó, el aborto espontáneo puede considerarse una pérdida ambigua —lo que se pierde no es un ser tangible y socialmente reconocido—, esto dificulta el reconocimiento de la muerte y del duelo por parte de la sociedad, pudiendo convertirse en un disenfranchised grief, término empleado por DOKA (1989) (citado en KINT, 2015) que podría ser traducido como «duelo desautorizado»: donde no hubo vida no hay muerte y, por tanto, tampoco ha lugar la realización de un ritual social (KINT, 2015). Entendiendo que «la

actividad ritual suele desarrollarse en los momentos trascendentales de mutación de la existencia individual o colectiva y nace de nuestras propias emociones» (ALLUÉ, 1998: 69), y que tiene la función de socializar la pérdida, parece evidente que su ausencia se relaciona con el tabú social respecto al aborto espontáneo. Estos patrones sociales de comportamiento tienen un fuerte componente cultural (LÓPEZ, 2011), tal y como se evidencia, por ejemplo, en *La muerte sin llanto* (SCHEPER-HUGHES, 1997), donde seres tangibles son poco reconocidos por la sociedad, y la propia madre, como merecedores de un duelo similar al que tiene lugar ante la pérdida de otros seres queridos.

La ausencia de rituales sociales nos obliga a ampliar el foco para fijarnos en los significados que nuestra sociedad atribuye a esta pérdida. Cuando una mujer sufre un aborto puede tener la sensación de estar entre dos fuerzas culturales contradictorias. Por un lado, hay una tendencia a construir cada vez más temprano la personalidad de la «bebé» deseada —a lo que claramente contribuyen las nuevas tecnologías, como el ultrasonido—, y a concebir la maternidad como algo exitoso en la vida de una mujer⁷ —por ello puede entenderse la maternidad como una decisión individual socialmente condicionada (ÁLVAREZ, 2013)—, que, además, supone el rito de paso de la infancia a la edad adulta (CASSIDY, 2015); por otro lado, cuando se produce el aborto, el tabú cultural limita el reconocimiento de la pérdida, la construcción social de la personalidad de la «bebé» se revoca y menosprecia: lo que antes era fomentado y reconocido ahora es invisible. El potencial bebé deja de ser considerado como alguien que existió y la potencial madre deja de ser madre, el rito de paso quedó incompleto (LAYNE, 2003). De este modo, la vivencia encarnada es modulada por las relaciones interpersonales, evidenciando la influencia del contexto social en la interpretación que las mujeres hacen de su propia experiencia. En los relatos de las informantes se intuye el efecto que el mayor o menor reconocimiento del duelo tiene en su aflicción. Algunas percibieron actitudes de rechazo o incomodidad ante su relato; se crean, así, espacios de socialización donde no se permite elaborar y compartir

7 BROWNE (2018) sostiene que la maternidad no siempre es socialmente valorada, su concepción como éxito tiene una serie de condicionantes sociales y culturales que no deben perderse de vista. Por ejemplo, en Estados Unidos el embarazo en una mujer afroamericana, adolescente, soltera y con escasos recursos económicos puede ser considerado una carga social y, por tanto, un fracaso social y personal.

la narrativa de la aflicción, limitando la expresión emocional y la interpretación de la vivencia. En otras ocasiones, la experiencia de pérdida se banaliza y se insta a las mujeres a olvidarse rápidamente de lo sucedido y a buscar un nuevo embarazo como si nada hubiera ocurrido (LÓPEZ, 2011). Las mujeres lo perciben como una falta de reconocimiento a su sentimiento de pérdida, ahondando en la aflicción:

Había veces que cuando lo contaba..., o sea, que yo me encontraba con alguien y me decía: «Y ¿para cuándo los niños?». «No, pues es que he tenido un aborto...». [...] Te miraban, así como un poco..., ¿¡por qué coño estás contándome esto!?, ¿sabes?, y había veces que decía yo: pues igual es que no lo debo de contar a la gente; pero, por otra parte, decía: y ¿por qué no?, o sea, que me parece que es un tema del que la gente habla poco, y que incluso cuando lo hablas hay gente que no sabe cómo reaccionar [...], [quizá porque] es algo como íntimo, no sé, pues se vive mejor decir que te has roto un menisco que decir has tenido un aborto (Paula, 27-3-2019).

[Mi jefe] estaba conmigo ese día de guardia y se portó también muy bien conmigo, me dio un abrazo, me dijo: «Tú, ahora, esto es lo primordial, estos próximos meses te pones a ello...». [Silencio] O sea, también es verdad que la gente no se da cuenta [...]. Sí, te hace ilusión que te digan: «Lo vas a intentar y lo vas a conseguir». Pero a lo mejor no es tampoco lo que necesitas en ese momento, ¿no? Como que banalizan ese proceso que ya ha pasado, y [quieren] que saltes al paso siguiente, que es que lo tienes que intentar (Irma, 17-5-2019).

Ante la falta de apoyo del entorno social, el contacto con mujeres que han pasado por la misma experiencia cobra un valor especial. Este encuentro puede suceder de manera informal, con casos cercanos que tienden a aparecer cuando las informantes comparten lo vivido con otras mujeres, o de manera formal, mediante el contacto con grupos de ayuda mutua. Su importancia radica en el reconocimiento de la intersubjetividad y la individualidad de la experiencia, pero también en la propuesta de marcos de referencia más realistas o normalizadores de sus emociones y percepciones y en la creación de redes de reciprocidad. Otro efecto positivo es que ante el descubrimiento de tantos casos similares generalmente disminuye el sentimiento de soledad, de culpabilidad o de mala suerte individual.

Los grupos de ayuda mutua tienen un valor adicional, crean espacios que permiten burlar la prohibición social para la expresión emocional, evitando el aislamiento social y la falta de reconocimiento del duelo, y

contribuyen a la elaboración de rituales (ALLUÉ, 1998). Además, mediante la sororidad y la validación, permiten el empoderamiento, convirtiendo cuerpos agredidos y victimizados en cuerpos con capacidad de agencia (ESTEBAN, 2004b). LAYNE estudió y reflexionó sobre los grupos de ayuda al duelo perinatal, identificándolos como una de las estrategias para romper el silencio ante la pérdida del embarazo; destacó el carácter religioso o la influencia del discurso biomédico en muchos de ellos —en EE. UU. en los años ochenta y noventa— (1997) y su transición hacia la aparición de iniciativas explícitamente feministas dos décadas después (2006b). En el Estado español su existencia es más reciente, Umamanita (<https://www.umamanita.es/>) fue el primero en crearse, en el año 2007, y desde entonces se han fundado muchos más, uno de ellos es la red El hueco de mi vientre, a la que pertenece Pilar. Aunque no he presenciado encuentros o formaciones de la red, por la entrevista realizada a Pilar, deduzco que este grupo estaría en un lugar intermedio, ni abandera ideas religiosas (aunque las incluye si las familias lo desean), ni replica el discurso biomédico (aunque imparten formación para profesionales sanitarias), ni tiene un discurso feminista explícito (aunque sus integrantes se pueden sentir identificadas a nivel personal). Ninguna de las informantes contactó con grupos de este tipo, a Clara se lo ofreció su matrona y gracias a ello contacté con Pilar, sin embargo, varias de ellas han tenido contactos con mujeres que han pasado previamente por un aborto y destacan su efecto beneficioso:

Yo cuando lo he contado [...] es que es brutal, casi todas las mujeres me han dicho: yo también he tenido un aborto, yo también, dos, yo también lo intenté, mucho tiempo [...]. Es como que te miran de otra manera..., ¿sabes? Te sientes acogida... Yo la verdad es que, con la gente, recomiendo contarle por eso, ¿sabes? Porque yo me sentí..., aliviada [...], fíjate, yo creo que la pena es la misma, o sea, ¿no?, el dolor es el mismo, lo que a lo mejor te ayuda un poquito es a sentirte más acompañada por casos similares, que eso siempre te ayuda (Irma, 17-5-2019).

Una prima de mi marido que ha pasado dos veces por ello, ella me ha entendido muy bien [...], hablas con gente que sabe, porque ha pasado por ello y no..., no andas con miramientos, hablas con realidad por lo que has pasado [...], porque sé que ella me va a entender porque ha pasado por ello. O sea, yo..., te pueden hablar, te pueden contar, pero hasta que no pasas por ello no sabes lo que es (Sara, 15-5-2019).

La última frase de este fragmento permite introducir el siguiente elemento de análisis: la vivencia diferenciada con respecto a la pareja (masculina⁸): «No parecía que estuviera pasando el mismo duelo» (verbatim Clara, 4-4-2019).

La pareja es otro de los elementos relacionales relevantes en la vivencia del AEM. En los relatos de las mujeres se encuentran experiencias un tanto polarizadas en dos aspectos: el acompañamiento en el proceso vital —desde la falta de apoyo a la percepción del apoyo como firme y comprometido— y la percepción de las mujeres de cómo ellos viven la aflicción —desde la percepción de estar viviendo el mismo proceso a la sensación de interpretar la experiencia de modos muy distintos—. Sin duda en este último aspecto cabe destacar la importancia del embodiment (CSORDAS, 1990) de este proceso, o de su ausencia en el caso de los hombres, pero parece que hay emociones y percepciones que trascienden lo físico y que pueden ser interpretadas por las mujeres como compartidas o no compartidas. Que el embarazo sea un objetivo común pero que el aborto se viva como una experiencia en solitario puede llevar al cuestionamiento del proyecto de pareja, suponiendo un punto de ruptura; sin embargo, si a pesar de la diferencia en la experiencia física hay una vivencia compartida del dolor y la pérdida la aflicción del AEM puede ser menor y la pareja podrá sentir la fortaleza que otorga haber afrontado «juntos» una experiencia tan intensa. Así, en ciertos casos la relación podrá verse reforzada y en otros podrá cuestionarse su futuro (KINT, 2015; SHREFFLER, WONCH Y CACCIATORE, 2012). En los relatos de las informantes se detectan ambos extremos y también situaciones intermedias en las que el acompañamiento no es plenamente satisfactorio pero tampoco se percibe como un punto de ruptura o cuestionamiento de la pareja.

Pues, lo que yo me di cuenta, o sea, lo que yo necesitaba era [...] que estuviera ahí, que me acompañara y que..., y reconocer un poco el..., el mismo duelo que estaba pasando yo. Y eso fue lo que no vi. No parecía que estuviera pasando el mismo duelo [...]. Que a ti te está pasando lo mismo y que lo compartimos, que no estás pasando esto pero que lo compartes, ¿no? Yo eso no lo vi. Eso no lo vi (Clara, 4-4-2019).

8 Para analizar la diferente vivencia en la pareja desde una perspectiva fenomenológica y de género centré mi análisis de fuentes primarias en parejas heterosexuales. Para un análisis feminista de la experiencia de mujeres lesbianas y de su relación con los profesionales se puede consultar el capítulo de PEEL y CAIN en *Understanding reproductive loss: Perspectives on life, death and fertility* (EARLE, KOMAROMY Y LAYNE, 2012).

Cuando me vio pasar por esto..., él se quedaba conmigo en la puerta del baño, pero yo le dije que no, que yo quería estar sola [...], pero él estaba ahí, detrás de la puerta, por si le necesitaba [...] para que supiera que él estaba ahí, que no [iba] a pasar sola por esto. Entonces, pues, nos ha unido mucho, nos ha unido mucho a los dos (Sara, 15-5-2019).

Para comprender los diferentes modos de actuar y sentir es necesario considerar los condicionantes de género a la hora de afrontar la experiencia y de elaborar el duelo. Es habitual que en las actitudes diferenciadas y la expresión emocional de hombres y mujeres se reproduzcan los estereotipos sociales de género, siendo frecuente que el hombre tienda a inhibir o negar sus propios sentimientos para apoyar a su pareja, desempeñando una actitud protectora (DUE, CHIAROLLI y RIGGS, 2017; KINT, 2015). La menor implicación de la pareja, cuando esto ocurre, puede estar relacionada con una menor construcción del apego, pero también con la falta de reconocimiento de la pérdida y la desautorización para el duelo, tanto por la sociedad como por los profesionales sanitarios, que es más acusada para los hombres que para las mujeres (DUE *et alii*, 2017). Así lo sintieron algunas de las informantes, si su duelo y sufrimiento no eran socialmente reconocidos, esto era aún más marcado en el caso de ellos, que quedan prácticamente apartados de los cuidados proveídos por el entorno cercano, y así lo entiende Pilar:

Está clarísimo, somos seres sociales, si a ti la gente te dice que no tienes derecho a duelo, si a ti te dicen en el hospital cuando tu mujer va o tu pareja va con un aborto espontáneo de primer trimestre, te dejan fuera mientras hacen la ecografía y le dan la noticia a ella sola, ese es un mensaje potentísimo de que a ti esto no te influye, tú no tienes derecho al duelo. Entonces, claro, eso, ¿cómo no va a configurar? (Pilar, 28-5-2019).

«¿Por qué tiene que ser ese trato y tan doloroso?» (*verbatim* Violeta, 28-2-2019).

El tercer componente relacional en este proceso de *s/e/a*, y fundamental en el momento agudo de la vivencia (que incluye el diagnóstico, tratamiento y control), es el encuentro con la institución sanitaria y sus profesionales, ya que puede condicionar la vivencia posterior a esa fase aguda. Así, aunque la labor de las profesionales esté orientada a paliar la aflicción —no solo a resolver el *disease*—, las ontologías biomédicas, amparadas en un modelo de provisión institucional, pueden favorecer que las intervenciones finalmente aumenten el sufrimiento y la percepción de

la experiencia como traumática (CASSIDY, 2015). En este sentido, no me refiero exclusivamente a los efectos emocionales o físicos derivados de las intervenciones farmacológicas o quirúrgicas, sino también a la violencia estructural asociada a las dinámicas propias de las instituciones sanitarias y a la relación médico-paciente, ambas condicionadas por un contexto sociohistórico concreto (CONTRERAS-TINOCO, 2018).

Uno de los elementos relacionados con la propia estructura y organización de los servicios es el protocolo de actuación, este no solo determina qué tratamientos se aplican y con qué pauta, sino que implica otros elementos menos científicos como la disposición de los espacios de atención o la forma en que se establece la atención. En este sentido destaca el hecho de que en la urgencia de numerosos hospitales no se permite a la mujer pasar a la consulta (incluso a la sala de espera) con acompañante y la espera se produce en el área de obstetricia, donde esperan las mujeres que acuden para parir. Lo mismo puede suceder tras la práctica de un legrado, ya que el proceso de reanimación o el ingreso, si es preciso, se realizan igualmente en la zona obstétrica.

Yo creo que la espera en otro sitio [risas] ayuda mucho, el que te pueda acompañar tu pareja en esos momentos. Porque al final es como estoy aquí, me acaban de dar esta noticia que tampoco sé si es del todo o no es, qué hago yo aquí, mientras, en una sala donde no hace más que entrar gente que va a parir, que se supone que dentro de unos meses yo podría estar así, pero no, porque todo se ha truncado, entonces, ¿qué hago mientras? Nada, no puedo hacer nada. Es que ni siquiera puedo intentar hablar de otra cosa, pues tendré que buscar algo sobre el tratamiento del aborto diferido en Internet (Gata, 19-3-2019).

Antes de atribuir estas prácticas a problemas espaciales cabría preguntarse hasta qué punto el no reconocimiento del duelo asociado al aborto del primer trimestre es el motivo fundamental para que esta situación no cambie. En este caso corresponde pasar a un nivel de análisis más macro responsabilizando de estas prácticas organizacionales a la institución, considerada como dispositivo con su ideología subyacente (AGAMBEN, 2011).

El ritmo de la institución también choca con las necesidades de las mujeres que refieren en sus relatos la sensación de que todo transcurrió demasiado rápido, con escasas explicaciones y sin permitir la toma de decisiones por parte de la mujer o la pareja con el sosiego y la información necesaria.

Es que esto era ¡pum!, cámbiate, ábrete, la bocapato esa, como todo muy deprisa, pim, pam, una pieza, la otra, una cara, la otra cara, una mano... era de puf..., cuatro personas... Eh, ¿qué es esto? O sea, yo no sé cuántos minutos estuve ahí, pero para mí parecía como si fuera todo a cámara rápida, no lo sé [...], que te expliquen, más tiempo en cuanto a «Mira, te voy a hacer esto, ¿vale? Voy a ver tal, estoy viendo no sé qué, no sé cuántos, puede que te duela, pero necesito ver». Que te expliquen qué te están haciendo [...]. Claro que llegas tan cagada de miedo, porque sabes qué puede pasar, nada, el trato fatal. Fatal (Violeta, 28-2-2019).

En cuanto al trato recibido, la empatía y el acompañamiento son temas recurrentes en las entrevistas, las informantes —especialmente las no sanitarias— sintieron que no había espacio para la expresión emocional, que estaban siendo tratadas como un «caso clínico» y que la importancia que los profesionales daban al evento que ellas estaban viviendo no se correspondía con la que ellas le otorgaban, principalmente desde un punto de vista emocional. Además, algunas, como Violeta, sintieron que la información que les dieron fue insuficiente y orientada a una opción terapéutica concreta, impidiendo el ejercicio pleno de su autonomía. Sin la información adecuada no parece posible tomar una decisión fundamentada y acorde con las necesidades individuales de cada mujer (ALTSCHULER *et alii*, 2017).

Claro, yo estaba ahí, me quedé así frente a ellas con los papeles para firmar [...] y me debieron de ver la cara y me dijeron: «Si quieres, salte fuera, lo hablas con tu chico y firmas». Pues eso, salí fuera, cuentas la historia, pero vamos, que tampoco tenía mucho que contar, porque no sabía mucho, sabía que lo había perdido, pero no sabía qué decir mucho más, y luego te dan eso, pues el documento este [el consentimiento del misoprostol] [...]. Y la información que te dan es muy orientada a que cojas las pastillas, ¿no? [...] Así que nada, pues ahí firmas, entras otra vez: «Desnúdate, ponte la bata, ábrete de piernas». Aaah, me puso..., es que yo creo que la chica esta de prácticas no tiene la culpa pero era como, jo, en este momento a lo mejor necesito algo que me dé como mogollón de seguridad, y ella estaba preguntando cómo ponerlas [...]. Entonces, claro, pues la chica esta me puso las pastillas, las metió como si no hubiera mañana y nada, y que..., a casa. Ahí te lo llesves (Violeta, 28-2-2019).

En el caso del tratamiento farmacológico se da la circunstancia legal de que su uso solo está autorizado en el AEM de manera compasiva y mediante dispensación hospitalaria (no se receta), sin embargo, el protocolo difiere entre unos hospitales y otros: en algunos entregan la medicación

para que las mujeres se la administren en casa —por vía oral o intravaginal— en el momento que consideren más oportuno y en otros la medicación se pone en el centro sanitario. Este hecho es relevante porque en los hospitales donde no se entrega se coloca en el momento del día que suceda la consulta, con lo cual, si es por la tarde o por la noche, es probable que la sintomatología más intensa se produzca durante la madrugada. Además, al ponerse en el hospital no se tiene en cuenta que en algunas mujeres el efecto puede ser muy rápido, comenzando el dolor intenso antes de llegar a casa y sin haber tomado analgesia. Por otra parte, varias informantes (dos de ellas sanitarias) relataron como muy desagradable el momento de colocarles la medicación porque las pastillas se salían continuamente de su vagina y se las tenían que colocar nuevamente haciendo más fuerza, lo que provocaba más dolor y generaba una situación muy incómoda.

[...] me dijeron: «Pues mañana vienes y te lo ponemos aquí», y dije: «Vale». Entonces ya cuando eso digo: «Pues mañana vengo y me lo ponéis». Dicen: «Bueno, no, a ti [que eres médica] te lo damos, lo único que no lo solemos dar para que no haya tráfico»; porque debe ser que se utiliza como abortivo y para que no haya tráfico te lo ponen allí. Claro, y digo: te lo ponen y si empiezas con dolor, te vas con dolor a tu casa todo el camino. Es como: sois unos hijos de puta (Gata, 19-3-2019).

Respecto a la intervención quirúrgica también hay diferencias entre los distintos hospitales sobre el momento en que esta se practica, e incluso hay distintas actitudes dentro de un mismo hospital, tal y como relata Paula. Ella fue atendida en un hospital donde trabaja una ginecóloga amiga suya, esta le confesó que en su servicio hay dos facciones, una que considera que la intervención no es una urgencia y puede demorarse tres o cuatro días, y otra que considera que, pese a no ser una urgencia, asocia un malestar suficientemente intenso como para considerar hacerla lo antes posible. Esta confianza a nuestra informante muestra cómo, en ocasiones, ciertas actitudes o protocolos responden más a las creencias de los propios profesionales —junto con el factor organizativo institucional— que a un rigor científico que justifique hacerlo de una determinada manera y en un determinado momento.

Quienes no suelen tener la posibilidad de decidir en estos casos —por la diferencia de poder y por la falta de información para poder tomar la decisión de manera adecuada— son las mujeres. Atendiendo a sus deseos o necesidades existen distintas formas de entenderlo, algunas prefieren es-

perar más días para poder asimilar la noticia y despedirse de su «bebé», o incluso con la esperanza de que en una nueva exploración se vea el latido y se compruebe que el diagnóstico del aborto fue erróneo. En estos casos el tiempo de espera puede conllevar que el aborto se inicie o complete de manera natural, lo que puede ser deseado por algunas mujeres y muy temido por otras —la posibilidad de comenzar a sangrar en casa y sentir dolor es un tormento para algunas—. En otros casos las mujeres prefieren que el proceso físico acabe cuanto antes; algunas manifestaron en la entrevista que, cuando supieron que el «feto» no era viable, desearon que saliera de su cuerpo cuanto antes por el malestar que les suponía saber que lo tenían «muerto» dentro o incluso por miedo a que su presencia en el útero pudiera provocar una infección que comprometiese su fertilidad en adelante.

Otro aspecto relevante en cuanto a la información, y que también genera insatisfacción, es la forma en la que esta se transmite por vía oral y cómo se corresponde con los informes que se entregan al alta. Violeta trajo a la entrevista sus informes de atención en urgencias, no entendía la mayoría de las siglas y al explicarle algunas se percató de que habían escrito en todos ellos que le habían hecho una exploración abdominal, sin embargo, ella recuerda perfectamente que nunca la exploraron; lo mismo le sucedió a Gata, ella es sanitaria e intuyó que esto podía deberse a que para hacer el informe «copian y pegan» de un informe tipo y luego modifican los datos con mayor o menor ética y cuidado. A ambas les ocurrió otro hecho que causó su sorpresa y dolor: cuando fueron atendidas no les dijeron que se tratase de un aborto, sin embargo, así lo ponía en el informe que les entregaron al salir de la consulta y que vieron cuando ya estaban fuera:

El tipo puso mala cara y dijo: «Bueno, pues esto no va». Pero así tal cual: pues esto no va. Y yo, ¿perdona? «Sí, esto no va, te vas a ir al hospital, que te hagan una ecografía con un ecógrafo, que allí se ve mejor, porque es que yo aquí veo que no..., esto no ha crecido». Dime que es un aborto [...]. No me digas que esto no va o que me vaya a que me hagan una eco [pensé]. Porque yo llegué allí y dije: «Bueno, ¿me harán otra eco?», y me dio por leer el informe y leo aborto (Gata, 19-3-2019).

El lenguaje es tan importante que incluso hay frases, como «pues esto no va», que quedan grabadas en la memoria de las mujeres según ellas mismas refieren. Además, la forma de comunicar la información

genera malestar por ser considerada insuficiente, inadecuada, o por la brusquedad con que se transmite, la expresión no verbal de los profesionales es especialmente relevante y las mujeres tienden a interpretarla rápidamente:

[...] primero me hizo la ecografía por la tripa, eeh, dijo: «Hay algo, evidentemente está embarazada, se ve algo, pero no lo veo bien». Entonces pasó a hacérmela vaginal y yo ahí veía que había un silencio, estaba muy serio [...], yo por mi adentro decía: «Algo no va bien, están tardando mucho en hablar, en decirme algo, y... algo no va bien». Entonces [...] dijo: «O te has quedado después de la inseminación, o simplemente es que el feto no ha crecido, ha llegado hasta las seis semanas y a las seis semanas se ha muerto y lo tienes ahí» (Sara, 15-5-2019).

Hay un relato de Violeta que recoge muy bien gran parte de lo comentado hasta ahora:

[...] para mí, aparte de que ya en sí la pérdida es como una gran mierda, es que el momento en que a mí me hacen esas ecos, en que a mí me ponen en él..., en la mesilla..., o sea, es que es como... [silencio], que no tiene cabida, o sea, mmm..., ¿por qué?, ¿por qué tiene que ser ese trato y tan doloroso? No lo entiendo [...], si es que no me han preguntado en ningún momento cómo estaba [...], en ningún momento se te informa de nada, a ti, ¡pum! Te miran: ya está, vacío, no sé qué, pastillas, legrado, tatatá [...]. Encima entre ellas se dan términos que tú no sabes realmente qué pasa y toda la parte emocional [...] no existe, no se ha atendido en ningún momento. Entonces yo creo que si el trato en el hospital, joder, si hubieran dejado pasar a mi chico, eeh... [silencio], que hubieran sido un poco más personas, más... ¡Jo! Si es que a mí las pesadillas que me vienen son de esa clínica, o sea, son de esa sala y de ese momento [silencio], ¿no? Y aparte de que tengo rabia por todo lo que es la pérdida, tengo rabia por ese momento, o sea, es como..., puf... [Silencio] ¡Qué mierda!, ¿no? [...] ¡Jo! Si en eso te cuidan un poco [...] creo que hubieran cambiado las cosas [...], te va a doler y lo vas a sufrir, pero, ¡joder!, con otra visión, yo creo, y no se te encima ese trato, bueno, ese maltrato que te han hecho ahí (Violeta, 28-2-2019).

En este *verbatim* se aprecia el malestar por la falta de empatía percibida, por la sensación de estar en una cadena de montaje en la que lo que se trata no son personas sino objetos. Aparece así la idea de la objetivación de las personas y los cuerpos por la biomedicina, negando la intersubjetividad y la esencia relacional tanto de las pacientes como de los profesionales —porque quienes tratan, según dice Violeta, tampoco son «personas»—.

Esta objetivación obedece a un criterio de estandarización de la actividad asistencial que ayuda a los médicos a orientar sus prácticas de manera que encajan a las pacientes —sujetos relacionales heterogéneos— en un protocolo definido para su identificación concreta —objetos homogeneizados— con el fin de actuar según dictamina la evidencia científica ante ese proceso de *s/e/a* (GOOD, 2003; VALLS-LOBET, 2011; WENDLAND, SULZER y FEINSTEIN, 2016). Es decir, permite que se den atenciones —relaciones— despersonalizadas, en las que los sujetos pasan a ser objetos sin considerar la condición relacional de todo ser humano ni la vivencia subjetiva y diferencial de cada persona ante procesos aparentemente similares (AGIER, 2012). Esta despersonalización, que es uno de los pilares de la asimetría en la relación médico-paciente, limita la agencia —o autonomía— de las pacientes (KLEINMAN y BENSON, 2004; URREA, 2014). Al eje de desigualdad hegemonía-subalternidad en la relación médico-paciente hay que sumarle la desigualdad de género si se pretende comprender la especificidad de la atención en el AEM, especialmente al analizar la violencia obstétrica. Las relaciones entre pacientes y profesionales están marcadas por un «*habitus* generificado» (GOMES y COUTO, 2014), así pues, considerando que en las consultas de ginecología y obstetricia todas las pacientes son mujeres, no debería sorprendernos que el ámbito de la reproducción es uno de los más proclives a perpetuar roles femeninos y de maternidad que pueden actuar, inadvertidamente, como límites para la libertad de decisión y para un ejercicio auténtico de la autonomía (FEITO, 2016: 71).

Por otra parte, la biologización y compartimentación de la medicina ahonda en la dicotomía mente-cuerpo de manera que los ginecólogos atienden la parte biológica del AEM ignorando la vivencia emocional, pese a que el protocolo de la SEGO (2010) y las guías de atención al duelo perinatal recomiendan el apoyo psicológico, sin explicitar que deba ser proporcionado por especialistas de la psicología o psiquiatría. De los médicos se espera que diagnostiquen y curen, pero también que acompañen y comprendan las aflicciones: «Al prestar atención a la experiencia de enfermedad de los pacientes, los médicos y enfermeras están más capacitados para romper círculos viciosos que incrementan el malestar emocional» (KLEINMAN y BENSON, 2004: 19). Ese malestar no afecta solo a las pacientes. Pilar, que es psicóloga y ha tenido múltiples contactos con profesionales en las formaciones que imparte su asociación, dice que los profesionales suelen justificar la falta de empatía por la necesidad de protegerse frente al sufrimiento y el *burnout*, sin embargo, considera que no

es así y que, además, las actitudes insensibles suelen generar insatisfacción en los propios profesionales:

[...] si tú te proteges del dolor, te proteges del otro, te proteges también de la experiencia de conexión y de lo que sería una variable que se estudia ahora, que es la satisfacción por compasión [...], es la alegría por el trabajo bien hecho, la alegría de sentir que estoy aportando algo en este momento tan importante para esta persona, y protege del *burnout*. A veces convive con otra variable, que es la fatiga por compasión, es decir, es verdad que las profesionales que trabajamos en contacto con el dolor necesitamos unos cuidados [...] y hay veces que puede uno sentir que *hoy no puedo* por las circunstancias personales que sean (Pilar, 28-5-2019).

En otras ocasiones el apoyo de los profesionales puede ser percibido como positivo, rompiendo el círculo vicioso del malestar. En mi investigación, solo Irma, que es médica y fue atendida en el hospital donde trabaja, manifestó haber sentido alivio emocional por la atención que recibió.

Yo creo, fijate, que lo que más me ayudó fue cómo me acogió la ginecóloga, de las cosas que más me han ayudado en esos momentos [...]. Porque yo pasé de tener mucha culpabilidad, hasta que ella se puso enfrente y me explicó, a tener menos. [...] Eso fue de las cosas más sanadoras. Te sientes acogida y alguien que además es profesional [...] te da como a dónde agarrarte y te sientes mucho mejor (Irma, 17-5-2019).

Aun considerando su condición de sanitaria, su relato evidencia la importancia de que una profesional te acoja y te informe adecuadamente, contribuyendo a aliviar algunos de los malestares inmediatos, como la culpa. Dado que los profesionales sanitarios suelen ser los primeros en relacionarse con la mujer cuando se confirma el fin del embarazo, estos, en cierto modo, «transmiten [...] las primeras pautas sociales sobre cómo actuar y empezar a comprender lo ocurrido» (CASSIDY *et alii*, 2018: 90); si esta pauta es rígida, dificultará la posibilidad de vivir una experiencia «preobjetiva» (CSORDAS, 1993). Pilar se refiere a estas pautas como «mensajes enmarcadores» y lo explica mediante una metáfora:

Si a mí me dibujan un marco que es una puerta vieja, de una madera oscura, que *ñññña*, chirria, está todo negro, huele a humedad..., yo pienso que voy a entrar ahí, en la cámara de los horrores, entraré gritando, rápido y muerta de miedo, pensando que me va a comer el monstruo. Si a mí me dibujan un espacio aséptico, con una luz blanca, que ahí no hay nadie, tengo que pasarlo y ya está, punto pelota, pues eso será lo que haré. Y si a mí me dibujan un espacio natural: mira, por esta puerta lo que te vas a encontrar es un jardín,

es un monte, mira, pues en los montes hay fieras que me pueden comer, pero también hay árboles maravillosos, hay montañas que puedo subir, que aunque sude luego arriba llego y hay una vista preciosa, hay flores..., un camino natural, algo que no es aterrador. Entonces, los profesionales con sus actuaciones, con lo que dicen, con lo que hacen, con la cara que ponen, con su actitud de huida, de miedo, de prisa, de cariño, de respeto, de tratar a ese hijo y a ese cuerpo de cierta manera me dan permiso, me crean un marco que hace iniciarse esa narrativa de una manera o de otra (Pilar, 28-5-2019).

La biomedicina, a través del proceso de medicalización del aborto espontáneo, contribuye a elaborar esos «mensajes enmarcadores» no solo para la mujer que experimenta el proceso sino también para el conjunto de la sociedad: conforma la interpretación social del aborto mediante su focalización en los aspectos biológicos de este considerando que el resultado es exitoso ante la ausencia de complicaciones médicas, independientemente del malestar físico y emocional asociado al AEM (FROST *et alii*, 2007). Para comprender cómo se fundamentan y legitiman estos «mensajes enmarcadores», resulta fundamental entender la institución biomédica, según la propuesta de AGAMBEN, como un dispositivo que «resulta del cruzamiento de relaciones de poder y de saber» (2011: 250). Si bien ninguna de las informantes cuestiona la medicalización del proceso ni se había planteado la posibilidad de una actitud expectante ante su situación, una de ellas —no sanitaria— hace una reflexión interesante. Aparentemente propone una mayor medicalización del aborto espontáneo, sin embargo, de la lectura completa de su relato se puede interpretar que el problema estuvo en el mal control del dolor y la falta de una información más precisa sobre cómo podría ser el proceso en cuanto a la cantidad y duración del sangrado o la expulsión del «feto» que le permitiera vivirlo en casa con una mayor seguridad percibida y un mejor control de los síntomas.

Pienso que nos deberían controlar un poquito, por lo menos dejarnos ingresadas [...] porque tú realmente no sabes exactamente la cantidad de sangre que puedes perder, ¿cómo puede funcionar?, ¿qué puede pasar, qué no...? Entonces creo que: venga, coge las pastillas y a tu casa, una palmadita en la espalda y ya está. Pienso que no, que deberían de [...] mirarte, observarte, yo no digo que me ingreses, pero..., una..., algo que se queden pendiente de ti y «pues venga, ya estás perfecta, ya está todo bien, venga, vete a tu casa y si ves que vuelves a sangrar o algo, vuelves»; pero ese proceso de tanta, tanta, tanta, tanta sangre, creo que deberían ser vigiladas, para mi punto de opinión, porque tú realmente no sabes lo que es. Y te asustas cuando ves tanta sangre, es que te asustas (Sara, 15-5-2019).

En otro momento de la entrevista compara el aborto con un parto, dice que la diferencia entre ambos es que en este último «lo echas tú sola en tu casa». Probablemente la sensación de abandono disminuiría si la incertidumbre que rodea al proceso se redujese con información en cantidad y calidad suficiente, de hecho, esto parece menos relevante en la vivencia de las informantes sanitarias, probablemente debido a su capacidad para entender el lenguaje biomédico y para buscar ellas mismas la información (en uno de los fragmentos incluidos hemos podido leer que Gata investigaba sobre el aborto diferido durante la espera en urgencias). El conocimiento de los procesos asistenciales y del lenguaje biomédico parece un factor protector ante la incertidumbre y el miedo que otras mujeres relatan.

El relato de Sara evidencia el choque entre el saber biomédico y el lego: lo que para los profesionales es un evento no patológico y con escasas complicaciones —por tanto, no merecedor de mayores explicaciones— es percibido por las mujeres como una experiencia muy intensa que han transitado con miedo e inseguridad por la banalización clínica del proceso por parte de los profesionales. La información técnica y estandarizada parece insuficiente cuando la vivencia es tan intensa y asocia tantas emociones, y, por el contrario, las narrativas de experiencia suponen una ayuda valiosa; así, las mujeres pueden sentirse más ayudadas por quienes han pasado previamente por el AEM, ya que su información contribuye a comprender la dinámica del proceso reduciendo la incertidumbre y contextualizando el miedo. Las mujeres que ya lo han vivido comparten un «mensaje enmarcador» más cercano a lo que otras mujeres experimentan:

Porque claro, al decirte «una cosa como la regla»; ¡ostras!, de la regla a eso va una diferencia muy grande [...], es que es una barbaridad de, de, de..., de sangre la que pierdes, y como nadie te explica la verdad... Hasta que no hablas con una persona que haya pasado por ello y te dice: «No te asustes, que es normal echar tanta sangre». [...]. Entonces yo ya me quedé más tranquila cuando la prima de mi marido me lo dijo, dice: «Es que si te sigue doliendo es porque tienes que seguir expulsando más, porque algo hay que todavía tienes que expulsar». O sea, que te dé más información una persona de la calle que una persona experta que..., ha estudiado para ello..., pues dices: ¡jolin, vaya explicaciones que te dan! (Sara, 15-5-2019).

Para comprender esta jerarquización de los distintos saberes (biomédico y lego) y las dinámicas que se dan en su encuentro debemos recu-

rrir nuevamente a la idea de dispositivo (AGAMBEN, 2011); este concepto contribuye, además, a comprender la violencia estructural asociada a la atención sanitaria institucional. IZAGUIRRE identifica la violencia invisible que se da en espacios de relación asimétricos donde ciertas prácticas están naturalizadas: «Estas formas de violencia sistemática sobre los cuerpos más vulnerables revelan siempre la existencia de una relación jerárquica y desigual socialmente aceptada, o sea que tiene una génesis y una historia» (IZAGUIRRE, 1998: 8-9, en CASTRILLO, 2016: 52). Huelga decir que la violencia estructural asociará con frecuencia iatrogenia (ILLICH, 1975), aumentando el sufrimiento de las aflicciones atendidas institucionalmente.

En el caso del AEM, la violencia institucional tiene una dimensión adicional y específica, que ha sido denominada como violencia obstétrica, donde el desequilibrio en la relación médico-paciente intersecta con la desigualdad de género (BELLÓN, 2015; BRIGIDI y FERREIRO, 2017; BUSQUETS, 2019). Esta entidad podría definirse así:

[...] un tipo de violencia basada en género que implica la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patología trayendo consigo pérdida de autonomía y de los procesos naturales, capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres (BELLON, 2015: 93).

Resulta interesante la propuesta de CASTRILLO (2016), quien estudia la construcción subjetiva de la noción de violencia entendiendo que son los avances sociales y la construcción social de lo que es violencia obstétrica por sus víctimas y testigos los que consiguen generar cambios en las definiciones formales, emergiendo una nueva legitimidad. La identificación de discursos o prácticas percibidas por las mujeres como dañinas puede contribuir a ampliar el alcance de su definición. Las mujeres entrevistadas no mencionaron el término «violencia obstétrica» en sus relatos, aunque en ellos se puede interpretar que sí percibieron algunas prácticas como violentas (por acción u omisión), es parte de la «violencia invisible» a la que se refiere CASTRILLO. Parecen relevantes una mayor reflexión o un contacto con ciertos discursos para nombrar las prácticas como violentas, de hecho, es Violeta —la única que ha manifestado su militancia feminista— quien más ha cuestionado las actitudes de quienes la atendieron. En la reflexión de Pilar, que recoge incontables experiencias y se acompaña del cambio cultural en cuanto a la sensibilidad a la violencia contra las mujeres en todas sus esferas, la violencia obstétrica está identificada:

La violencia obstétrica en casos de muerte perinatal también está presente, está presente y es muy machacante, porque una experiencia que puede ser dura, que puede ser dolorosa, puede acabar convirtiéndose en traumática si el trato es poco humano, violento... Entonces, claro, pues, la gente que está denunciando la violencia obstétrica suele tener en cuenta que también se da en el aborto, en la muerte fetal tardía... [Aunque en el primer trimestre], evidentemente, está mucho más silenciada (Pilar, 28-5-2019).

En los relatos de las informantes pueden identificarse como violencia obstétrica actitudes como impedir la presencia de la pareja cuando la mujer lo desea, realizar exploraciones dolorosas sin avisar o explicar, no ofrecer la alternativa expectante medicalizando el proceso, no explicar adecuadamente qué opciones terapéuticas existen, cómo será el proceso clínico o cuáles son los síntomas previsibles en cualquiera de las opciones, o comunicar el diagnóstico del aborto con ausencia de tacto, como «pues esto no va» o «ha llegado hasta las seis semanas y a las seis semanas se ha muerto y lo tienes ahí»⁹. Estas prácticas pueden identificarse de manera genérica como falta de empatía en el trato y negación de la autonomía en la toma de decisiones, coincidiendo con las detectadas en otros estudios (CASSIDY *et alii*, 2018; CONTRERAS-TINOCO, 2018; MUJERES PARA LA SALUD, 2018), y pueden ser interpretadas como signos de una «desarticulación completa o articulación fracturada» en este encuentro de dominios culturales —profesionales y pacientes— (DAVIS-FLOYD, 2004).

Rompiendo el silencio

«Breaking the silence» es parte del título de un artículo de LAYNE publicado en 1997, y he querido incluirlo con la intención de evidenciar que más de dos décadas después sigue habiendo múltiples silencios sobre el aborto espontáneo pese a que, como ha sido observado en las entrevistas, la aflicción del AEM es intensa. En el artículo identifica distintos silencios que ya fueron mencionados en páginas anteriores, pero el objetivo principal del texto, como evidencia la segunda parte del título («An agenda for a feminist discourse of pregnancy loss»), es romper el silencio dentro del feminismo. Según la autora, la principal barrera ideológica que ha impe-

⁹ Estas expresiones fueron referidas por las informantes, pero, aun asumiendo una posible tergiversación en cuanto a los términos exactos, es evidente que percibieron brusquedad y falta de empatía en la transmisión de la información, causándoles malestar.

dido al feminismo poner la mirada en el sufrimiento asociado a la pérdida involuntaria del embarazo deseado es el choque con el discurso antiabortista. Un argumento fundamental de los colectivos provida es la existencia de personalidad en el embrión y el feto, por tanto, si reconocemos que en el aborto espontáneo hay un sufrimiento asociado a la pérdida de «algo» —ese ser intangible—, podríamos estar validando la tesis antiabortista. Sin embargo, LAYNE propone adoptar una visión antropológica de la personalidad basada en la construcción cultural de esta aceptando, de este modo, que la construcción de la personalidad pueda llevarse a cabo a un ritmo diferente en unos embarazos u otros (mientras Paula comenzó la construcción de la personalidad de su «bebé» desde que supo que estaba embarazada, para Clara fue fundamental ver al «feto» en la primera ecografía para tomar conciencia del embarazo), o que suceda con unos embriones y no con otros (por ejemplo, en los embarazos deseados y los no deseados, respectivamente), o que incluso pueda comenzar a construirse sin la existencia real de un embrión (como en los embarazos anembriónicos o la mola).

Salvado este escollo, considero que el feminismo¹⁰ —desde las acciones cotidianas, el activismo, la academia y la política institucional— puede ser el instrumento —con su doble significado— que contribuya a romper esos otros silencios que concurren aumentando la aflicción en el AEM: el silencio social, el de las profesionales sanitarias e incluso el de las propias mujeres.

El silencio de las mujeres puede quebrarse normalizando discursos no hegemónicos sobre el aborto. Consignas feministas como la sororidad, una economía política basada en los afectos y que reconozca los cuidados, o la reivindicación de la subjetividad y la expresión emocional pueden facilitar otra forma de relacionarnos con nuestros cuerpos y nuestras experiencias. El feminismo tiene, además, la posibilidad de ayudar directamente a las mujeres que vivan estos procesos desde los grupos de apoyo mutuo, estableciendo espacios de reciprocidad donde elaborar y compartir sus narrativas de aflicción o incluso donde crear rituales para afrontar la pérdida centrados en la mujer (LAYNE, 2006b). Para que esto suceda, al mismo tiempo, debe romperse el silencio social, si no, difícilmente dismi-

10 Insisto en el uso genérico del término «feminismo», aunque mi reflexión, especialmente en lo referente a su potencialidad para generar cambio, recae principalmente en el feminismo radical.

nuirá el aislamiento de las mujeres que sufren este tipo de pérdidas o se incrementarán la ayuda o el acompañamiento en la aflicción.

El feminismo articula la lucha para la deconstrucción y reconstrucción de ciertos significados sociales, uno de ellos es la concepción de la maternidad como hito social en la vida de una mujer. Otro podría ser romper las barreras que convierten el aborto en un tabú social. Para ello, según REIHELD (2015), es preciso reconocer la liminalidad ontológica del aborto espontáneo —ese estado entre procrear y no procrear, entre ser madre y no serlo, y entre la vida y la muerte—; otro paso importante con el mismo fin sería reivindicar, y esto lo hace muy bien el feminismo, la importancia de hablar también de nuestras experiencias «negativas», de los «fracasos», de lo que nos duele. Esto nos obliga a hablar de la muerte de la «hija» en el útero; el feminismo tiene la capacidad, y en mi opinión, la responsabilidad, de estudiar la muerte desde una perspectiva de género, es necesario entender «la relación existente entre espacio público y privado en la gestión y representación del duelo» (BRIGIDI, 2015: 26). En la tarea de promover el cambio en los discursos y prácticas sociales, los grupos de ayuda mutua en el duelo perinatal son una herramienta excelente, ya que no solo contribuyen a aliviar la aflicción de las personas que enfrentan la pérdida en el útero del hijo, la nieta, o el sobrino (aunque lo habitual es que a estos grupos acudan las mujeres y sus parejas, en ocasiones también acuden otros familiares para afrontar su experiencia de pérdida como abuelas, tíos, hermanos, etc.), también hacen una importante labor de difusión, reivindicación y reconocimiento de la experiencia del duelo. Una labor especialmente destacable es la formación de profesionales sanitarias en duelo perinatal con la que pretenden sensibilizar sobre la aflicción para generar nuevas prácticas más empáticas y con mayor respeto de la autonomía.

El feminismo puede contribuir a romper el discurso biomédico hegemónico y, a la vez, su silencio sobre el AEM. En un nivel macro, y más general, las epistemologías feministas contribuyen a evidenciar la falta de neutralidad de «la ciencia» (VALLS-LLOBET, 2011) y son fundamentales en la construcción de una ciencia en la que la vivencia de las pacientes sea un elemento esencial en el proceso asistencial. Para ello es preciso tender puentes que permitan una mayor articulación de saberes —biomédico y lego— y que conecten la práctica biomédica con las experiencias de las mujeres sin perder de vista las relaciones de hegemonía-subalternidad y la desigualdad de género existente en la sociedad y que se reproduce en la

atención gineco-obstétrica (WENDLAND, 2007). La tendencia a la humanización de la sanidad se materializa en la elaboración de guías, protocolos y estudios orientados a conseguir prácticas respetuosas y que alivien la aflicción en la atención a la pérdida perinatal (CASSIDY *et alii*, 2018; LAYNE, 2006a; SANTOS, YÁÑEZ y AL-ADIB, 2015) o en la atención ginecológica en general (MUJERES PARA LA SALUD, 2018). La reelaboración social de los significados y discursos sobre la maternidad, la violencia obstétrica o el aborto espontáneo obliga a la revisión y mejora constante de esos protocolos, preferiblemente desde la interdisciplinaridad —incorporando las narrativas de experiencia— y con perspectiva de género.

Tras comprender cómo se fundamentan el discurso y la práctica médica, y evidenciando que en ocasiones se privilegian determinadas prácticas sin una evidencia que las sustente (ESPEJO *et alii*, 2019; SUR y RAINE-FENNING, 2009; VALLS-LLOBET, 2011; WENDLAND, 2007), estamos en condiciones de cuestionar el discurso biomédico hegemónico en un nivel más concreto: la medicalización del aborto espontáneo. La medicalización de la pérdida del embarazo, cuando no es necesaria, no solo aumenta la aflicción, sino que puede ser catalogada como violencia obstétrica. Para poder identificar la violencia en la atención al aborto también se debe romper el silencio al respecto dentro del activismo contra la violencia obstétrica. Considero que la menor trascendencia de las malas prácticas en los abortos del primer trimestre puede deberse a cuestiones circunstanciales más que a una barrera ideológica. En mi opinión, el motivo del menor énfasis en la violencia en la atención del AEM se debe a que en este proceso de *s/e/a* no se da el asociacionismo que hay tras el parto —por lo que la socialización de la experiencia es menor— y a que ante un aborto espontáneo la mujer, en ocasiones avergonzada o con sensación de fracaso y sin nada que celebrar, suele buscar «cerrar» pronto el episodio y el silencio puede percibirse como una ayuda al cierre. Quizá con el cambio progresivo en el discurso social y con el aumento cuantitativo y cualitativo de los grupos de ayuda mutua en el duelo perinatal (por su poder de difusión y su efecto en la formación de profesionales sanitarios) la violencia obstétrica vaya siendo cada vez más identificada, denunciada y erradicada.

Conclusiones

Tal y como se puede interpretar de los relatos de las informantes, la experiencia del AEM es intensa y rompedora, el análisis fenomenológico permite entender cómo la vivencia física está profundamente vinculada a la emocional, quedando la dicotomía mente-cuerpo claramente desajustada a esta realidad. Asimismo, el AEM puede ser considerado como un proceso no hegemónico (AGIER, 2012) y doblemente marginal: el discurso social —promovido por el patriarcado— que relaciona ser mujer con ser madre hace que el aborto se convierta en el momento paradójico y liminal en que se pasa del éxito social (el embarazo) al fracaso personal (el no embarazo) en cuestión de segundos, contribuyendo a que se convierta en un tabú social (WRIGHT, 2013); por otro lado, la muerte puede ser entendida por la biomedicina como un «fracaso del sistema» cuando el éxito es sostener la vida (CASSIDY *et alii*, 2018: p. v). Tomando una instantánea nos encontramos con una aflicción intensa que recibe un escaso reconocimiento social y sanitario y que es susceptible de sufrir un trato potencialmente iatrogénico.

Según la literatura, y de acuerdo con las entrevistas realizadas, las mujeres desarrollan distintas estrategias de afrontamiento de la aflicción y de búsqueda de alivio. Ante la ausencia de rituales sociales para la pérdida temprana del embarazo (KINT, 2015), las mujeres optan por acciones individuales para elaborar el duelo. Pese a que hay actitudes de escucha y acogimiento, mientras la pérdida del embarazo en el primer trimestre continúe siendo un tabú social, el acompañamiento por personas del entorno cercano seguirá siendo insuficiente y, en ocasiones, fuente de mayor sufrimiento, por el rechazo, la incompreensión o la banalización de lo sucedido. La negación de la pérdida dificulta la realización del duelo y la elaboración de una narrativa de la vivencia más acorde con lo que las protagonistas sienten (DUE *et alii*, 2017; KINT, 2015; MEANEY *et alii*, 2017).

Por otro lado, en este proceso de *s/e/a* el papel de las profesionales sanitarias y de la institución a la que representan es clave. El conocimiento científico, y su pretendida neutralidad, les otorga el poder de conformar el discurso hegemónico sobre el AEM, pero no solo marcan cómo la mujer debe vivir la experiencia, con sus prácticas marcan también la propia experiencia, pudiendo aumentar la aflicción. En la atención al aborto, al igual que en la atención al parto o a la interrupción voluntaria del embarazo, las mujeres tienen unas necesidades mínimas que las profesionales

sanitarias deben garantizar, como la sensación de seguridad y respeto, el acompañamiento en el proceso y el acceso a información suficiente y adecuada que permita el ejercicio de la autonomía. Cuando esto no sucede la atención es insuficiente y, en algunos casos, violenta o negligente (BUSQUETS, 2019). Muchas de estas situaciones son secundarias a la objetivación que la biomedicina hace de las personas y sus cuerpos en su proceder estandarizado acorde a la evidencia científica (GOOD, 2003; URREA, 2014; WENDLAND, SULZER Y FEINSTEIN, 2016), que no es neutral y excluye una fuente fundamental de conocimiento: la experiencia de las mujeres.

Por todo ello considero que el feminismo tiene un papel clave en la ayuda a las mujeres y en la promoción del cambio social y científico necesario para tender puentes entre las distintas formas de conocimiento: las epistemologías feministas permitirán evidenciar el sufrimiento asociado al AEM y el componente de género que tiene la vivencia y la atención de este; por otro lado, el activismo feminista —especialmente desde grupos de apoyo mutuo— tiene el potencial de aliviar, acompañar y empoderar a las mujeres que vivan esta experiencia y de generar cambio social redefiniendo y denunciando la violencia obstétrica (CASTRILLO, 2016) y ayudando a reformular los discursos en torno a la maternidad como imperativo e indicador de éxito social y el aborto espontáneo como tabú y símbolo del fracaso, es decir, tiene la posibilidad de transformar lo personal, e íntimo, en político y teórico (Browne, 2018).

Bibliografía

- ADOLFSSON, Annsofie; LARSSON, P. G.; WIJMA, Barbo y BERTERÖ, Carina (2004). «Guilt and emptiness: Women's experiences of miscarriage». *Health Care for Women International*, 25(6), 543-560.
- AGAMBEN, Giorgio (2011). «¿Qué es un dispositivo?». *Sociológica* (México), (73), 249-264.
- AGIER, Michel (2012). «Pensar el sujeto, descentrar la antropología». *Cuadernos de Antropología Social*, (35), 9-27.
- ALLUÉ, Marta (1998). «La ritualización de la pérdida». *Anuario de Psicología*, 29(4), 67-82.
- ALTSHULER, Anna L.; OJANEN-GOLDSMITH, Alison; BLUMENTHAL, Paul D. y FREEDMAN, Lori R. (2017). «A good abortion experience: A qualitative exploration of women's needs and preferences in clinical care». *Social Science & Medicine*, (191), 109-116.
- ÁLVAREZ, BRUNA (2013). *La maternidad: entre la decisión individual y/o la obligatoriedad social*. En C. LÓPEZ; D. MARRE y J. BESTARD (eds.), *Maternidades, procreación y crianza en transformación* (pp. 219-243). Barcelona: Bellaterra.
- ARCK, Petra C.; RÜCKE, Mirjam; MATTHIAS, Rose; SZEKERES-BARTHO, Julia; DOUGLAS, Alison J.; PRITSCH, Maria; BLOIS, Sandra; PINCUS, Maike; BÄRENSTRAUCH, Nina; DUDENSHAUSEN, Joachim; NAKAMURA, Katrina; SHEPS, Sam y KLAPP, Burhard (2008). «Early risk factors for miscarriage: A prospective cohort study in pregnant women». *Reproductive BioMedicine Online*, 17(1), 101-113.
- BAUTISTA, Blanca Patricia; ABELLÁN, Silvia; GÓMEZ, Mónica; MARTÍNEZ, Ana y DEMA, Silvia (2017). «Necesidades y sentimientos percibidos por las mujeres ante el diagnóstico de aborto espontáneo». *Matronas Profesión*, 18(1), 18-25.
- BELLHOUSE, Clare; TEMPLE-SMITH, Meredith; WATSON, Sahun y BILARDI, JADE (2018). «“The loss was traumatic... some healthcare providers added to that”: Women's experiences of miscarriage». *Women and Birth*.
- BELLÓN, Silvia (2015). «La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica». *Dilemata*, (18), 93-111.
- BRIGIDI, Serena (2013). «Representaciones audiovisuales de madre(s) y maternidad(es)». *RMC Revista Medicina y Cine*, 10(3), 118-126.

- BRIGIDI, Serena (2015). «Epitafios, género y mujeres». *Mujeres y Salud*, (39), 1-44.
- BRIGIDI, Serena y FERREIRO, Susana (2017). «Observatorio de violencia obstétrica en España». *Mujeres y Salud*, (43), 42-44.
- BROWNE, Victoria (2018). «The politics of miscarriage». *Radical Philosophy*, (2.03), 61-72.
- BUSQUETS, Marta (2019). «La violencia obstétrica en el embarazo y el parto desde la perspectiva de la vulneración de derechos: autonomía y consentimiento informado». *Cuestiones de Género: de la igualdad y la diferencia*, (14), 241-251.
- CAREL, Havi (2012). «Phenomenology as a resource for patients». *Journal of Medicine and Philosophy*, 37(2), 96-113.
- CASSIDY, Paul (2015). «The body and ontology: Perinatal death and bereavement in the technoscientific landscape of hospital care». *Revista Teknokultura*, 12(2), 285-316.
- (2017). «La vida social del bebé no-nato: la comprensión de la naturaleza del duelo perinatal». *Muerte y Duelo Perinatal*, (2), 30-37.
- CASSIDY, Paul; CASSIDY, Jillian; OLZA, Ibone; MARTÍN, Ana; JORT, Sara; SÁNCHEZ, Diana y MARTÍNEZ, Paloma (2018). *Informe Umamanita: Encuesta sobre la calidad de la atención sanitaria en casos de muerte intrauterina*. Girona.
- CASTRILLO, Belén (2016). «Dime quién lo define y te diré si es violento. Reflexiones sobre la violencia obstétrica». *Sexualidad, Salud y Sociedad. Revista Latinoamericana*, (24), 43-68.
- CONTRERAS-TINOCO, Karla Alejandra (2018). «Violencia obstétrica en mujeres asistidas por aborto espontáneo en Guadalajara, México: Expresiones de violencia institucional y autoritarismo médico». *Musas*, 3(2), 52-70.
- CRUZ, M. Angélica; REYES, M. José y CORNEJO, Marcela (2014). «Conocimiento situado y el problema de la subjetividad del investigador/a». *Cinta de Moebio*, (45), 253-274.
- CSORDAS, Thomas. J. (1993). «Somatic modes of attention». *Cultural Anthropology*, 8(2), 135-156.
- (1990). «Embodiment as a paradigm for Anthropology». *Ethos*, 18(1), 5-47.
- DAVIS-FLOYD, Robbie (2004). «Home birth emergencies in the United States: The trouble with transport». En A. CASTRO y M. SINGER (eds.), *Unhealthy health policy. A critical anthropological examination* (pp. 329-350). Altamira Press

- DE MONTIGNY, Francine; VERDON, Chantal; MEUNIER, Sophie y DUBEAU, DIANE (2017). «Women's persistent depressive and perinatal grief symptoms following a miscarriage: the role of childlessness and satisfaction with healthcare services». *Archives of Women's Mental Health*, 20(5), 655-662.
- DE ROOSE, Marjon; TENCY, Inge; Beeckman, DIMITRI; VAN HECKE, Ann; VERHAEGHE, Sophie y CLAYS, Els (2017). «Knowledge, attitude, and practices regarding miscarriage: A cross-sectional study among Flemish midwives». *Midwifery*, 56, 44-52.
- DI GIACOMO, Susan M. (2017). «Representaciones etnográficas del proceso de salud, enfermedad y atención» [Material del aula]. Máster de Antropología Médica y Salud Global, Universitat Rovira i Virgili, Tarragona.
- DUE, Clemence; CHIAROLLI, Stephanie y RIGGS, DAMIEN W. (2017). «The impact of pregnancy loss on men's health and wellbeing: A systematic review». *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 380.
- ESPEJO, Ana Belén; GONZÁLEZ, María Teresa; GARRIDO, Belén y ÁLVAREZ, M. Ángeles (2019). «Ginecología y obstetricia: ¿influye el género?» En María Teresa RUIZ CANTERO (ed.), *Perspectiva de género en medicina* (pp. 206-238). Barcelona: Fundación Dr. Antoni Esteve.
- ESTEBAN, MARI LUZ (2004a). *Antropología del cuerpo. Género, itinerarios corporales, identidad y cambio*. Barcelona: Bellaterra.
- (2004b). «Antropología encarnada. Antropología desde una misma». *Papeles del CEIC*, (12), 1-21.
- FROST, Julia; BRADLEY, Harriet; LEVITAS, Ruth; SMITH, Lindsay y GARCIA, Jo (2007). «The loss of possibility: Scientisation of death and the special case of early miscarriage». *Sociology of Health and Illness*, 29(7), 1003-1022.
- GOMES, Romeu y COUTO, Márcia Thereza (2014). «Relaciones entre profesionales de la salud y usuarios/as desde la perspectiva de género». *Salud Colectiva*, 10(3), 353-363.
- GOOD, Byron (2003). *Medicina, racionalidad y experiencia*. Barcelona: Bellaterra.
- GREGORIO, Carmen (2014). «Traspasando las fronteras dentro-fuera: Reflexiones desde una etnografía feminista». *Revista de Antropología Iberoamericana*, 9(3), 297-322.

- FEITO, Lydia (2016). «Atención humanizada a la salud reproductiva de las mujeres». En M. BOLADERAS y J. GOBERNA (coords.), *Bioética de la maternidad* (pp. 71-82). Barcelona: Universidad de Barcelona.
- HARAWAY, Donna (1988). «Situated knowledges: The Science question in feminism and the privilege of partial perspective». *Feminist Studies*, 14(3), 575.
- ILLICH, Ivan (1975). *Nemesis médica: La expropiación de la salud*. Barral.
- JACOB, Louis; POLLY, Ines; KALDER, Matthias y KOSTEV, Karel (2017). «Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorders in women with spontaneous abortion in Germany - A retrospective cohort study». *Psychiatry Research*, 258, 382-386.
- KINT, Esther (2015). *Women's experiences of pregnancy loss: An interpretative phenomenological analysis*. (Tesis doctoral). Edith Cowan University. Australia.
- KLEINMAN, Arthur y BENSON, Peter (2004). «La vida moral de los que sufren enfermedad y el fracaso existencial de la medicina». *Monografías Humanitas*, (2), 17-26.
- LAYNE, Linda L. (1997). «Breaking the silence: An agenda for a feminist discourse of pregnancy loss». *Feminist Studies*, 23(2), 289-315.
- (2003). *Motherhood lost. A feminist account of pregnancy loss in America*. New York: Routledge.
- (2006a). «A women's health model for pregnancy loss: A call for a new standard of care». *Feminist Studies*, 32(3), 573.
- (2006b). «Pregnancy and infant loss support: A new, feminist, American, patient movement?». *Social Science and Medicine*, 62(3), 602-613.
- (2014). «Motherhood lost: Cultural dimensions of miscarriage and stillbirth in America». En C. JOFFE y J. REICH (eds.), *Reproduction and society: Interdisciplinary readings* (pp. 171-174).
- LIU, Yunkun; LIU, Yinglin; ZHANG, Shuning; CHEN, Hui; LIU, Meilang y ZHANG, Jianping (2015). «Etiology of spontaneous abortion before and after the demonstration of embryonic cardiac activity in women with recurrent spontaneous abortion». *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 129(2), 128-132.
- LÓPEZ, Ana Pía (2011). «Duelo perinatal: Un secreto dentro de un misterio». *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(109), 53-70.

- MCPHERSON, Elspeth; NESTORIDI, Eirini; HEINKE, Dominique; ROBERTS, Drucila J.; FRETTS, Ruth; YAZDY, Mahsa M. y LIN, Angela E. (2017). «Alternatives to autopsy for fetal and early neonatal (perinatal) deaths: Insights from the Wisconsin Stillbirth Service Program». *Birth Defects Research*, 109(18), 1430-1441.
- MEANEY, Sarah; CORCORAN, Paul; SPILLANE, Niamh y O'DONOGHUE, Keelin (2017). «Experience of miscarriage: an interpretative phenomenological analysis». *BMJ Open*, 7, 7:e011382.
- MILLET, Kate (2010). *Política sexual*. Cátedra.
- MUJERES PARA LA SALUD (2018). *Encuesta. Los servicios de ginecología que deseamos las mujeres*. Madrid.
- MULENS, Ivette (2009). «Análisis de los cuidados de enfermería ante las respuestas humanas en el aborto espontáneo». *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 8(3).
- MUTISO, Steve Kyende; MURAGE, Alfred y MUKAINDO, Abraham Mwaniki (2018). «Prevalence of positive depression screen among post miscarriage women-A cross sectional study». *BMC Psychiatry*, 18(32), 7.
- NANDA, Kavita; LOPEZ, Lauren M.; GRIMES, David A.; PELOGGIA, Alessandra y NANDA, Geeta (2012). *Expectant care versus surgical treatment for miscarriage*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- PEEL, Elizabeth y CAIN, Ruth (2012). «“Silent”. Miscarriage and deafening heteronormativity: A British experiential and critical feminist account». En S. EARLE; C. KOMAROMY y L. LAYNE (eds.), *Understanding reproductive loss: Perspectives on life, death and fertility* (pp. 79-91). Routledge.
- REIHELD, Alison (2015). «“The event that was nothing”: Miscarriage as a liminal event». *Journal of Social Philosophy*, 46(1), 9-26.
- SAN LAZARO, Indra; MEANEY, Sarah; CORCORAN, Paul; SPILLANE, Niamh y O'DONOGHUE, Keelin (2019). «Risk factors for miscarriage among women attending an early pregnancy assessment unit (EPAU): a prospective cohort study». *Irish Journal of Medical Science*.
- SANTOS, Pedro; YÁÑEZ, Ana y AL-ADIB, MIRIAM (2015). *Atención profesional a la pérdida y el duelo durante la maternidad*. Servicio Extremoño de Salud.
- SCHAPER-HUGHES, Nancy (1997). *La muerte sin llanto: Violencia y vida cotidiana en Brasil*. Barcelona: Ariel.

- SCHEPER-HUGHES, Nancy y LOCK, MARGARET M. (1987). «The mindful body: A prolegomenon to future work in Medical Anthropology». *Medical Anthropology Quarterly*, 1(1), 6-41.
- SELL-SMITH, Julie y LAX, William (2013). «A journey of pregnancy loss: From positivism to autoethnography». *The Qualitative Report*, 18(46), 1-17.
- SHREFFLER, Karina; WONCH, Patricia y CACCIATORE, Joanne (2012). «Exploring the increased odds of divorce following miscarriage or stillbirth». *Journal of Divorce & Remarriage*, 53(2), 91-107.
- SEGO (2010). «Aborto espontáneo». En Protocolos asistenciales en obstetricia (pp. 207-224). *Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia*.
- SUR, Shyamaly D. y RAINE-FENNING, Nicholas J. (2009). «The management of miscarriage». *Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynecology*, 23(4), 479-491.
- URREA, Fanny Consuelo (2014). «Respeto a la autonomía de mujeres gestantes en salud: diálogo bioética-género». *Revista Colombiana de Bioética*, 9, 193-236.
- VALLS-LLOBET, Carme (2011). *Mujeres, salud y poder*. Cátedra.
- VALVERDE, Clara (2009). «Los pacientes sangran historias: Un enfoque narrativo para disminuir los desencuentros clínicos». *Norte de Salud Mental*, (34), 75-84.
- VAN GENNEP, Arnold (2013 [1909]). *Los ritos de paso*. Editorial.
- WENDLAND, Claire (2007). «The vanishing mother. Cesarean section and “Evidence-Based Obstetrics”». *Medical Anthropology Quarterly*, 21(2), 218-233.
- WENDLAND, Claire; SULZER, Sandra y FEINSTEIN, Noah (2016). «Assessing empathy development in medical education: a systematic review». *Medical Education*, 50(3), 300-310.
- WONCH, Patricia; CACCIATORE, Joanne; SHREFFLER, Karina y PRITCHARD, Kayla (2017). «The loss of self: The effect of miscarriage, stillbirth, and child death on maternal self-esteem». *Death Studies*, 41(4), 226-235.
- WRIGHT, Rebecca J. (2013). *Women of advanced maternal age and miscarriage: an examination of the essence of the experience*. (Tesis doctoral). Michigan State University.

II. LA REFLEXIÓN SOBRE LAS MATERNIDADES:
FEMINISMO Y DERECHOS

II.I
MATERNIDADES AYER Y HOY: *FLASH*, TEORÍAS, REBELDÍAS¹

Coral Cuadrada
Medical Anthropology Research Center, Universitat Rovira i Virgili

*Per a tu, Jana estimada,
la distancia no és volguda,
sinó imposada.*

Resumen. Planteo mi estudio en tres niveles. El primero se basa en una investigación reciente, mediante una encuesta rápida, anónima y de circulación libre. El segundo recoge resultados del ejercicio anterior que sirven de base a las reflexiones teóricas de los distintos feminismos, los históricos y los actuales, respecto a la(s) maternidad(es). El tercero, en forma de inconclusión, plantea preguntas, dudas y/o rebeldías.

Palabras clave: parto, lactancia, crianza, feminismos-igualdad, diferencia, ecofeminismo, *queer*.

Abstract. My study consists of three stages. The first is based on recent research involving a short, anonymous and freely circulating survey. The second brings together the results of the previous stage to serve as the basis for theoretical reflections on the various historical and current feminisms regarding maternity/maternities. The third, in the form of an inconclusion, poses questions, doubts and/or rejections.

Keywords: birth, lactation, childrearing, feminisms-equality, difference, ecofeminism, *queer*

¹ Esta contribución se ha realizado dentro del proyecto PID2019-104157GB-I00. Se ha beneficiado igualmente de la financiación concedida por la Fundación "La Caixa" (ID 100010434) al proyecto FENIX [2017ACUP0195], en el marco del GRAMP-UB (Generalitat de Catalunya 2017SGR 833) y del MARC (Medical Anthropologic Research Center) de la URV.

Situándome

Antes de empezar hago lo que cualquier feminista habría de hacer, mostrarse como tal, ya sea en presencia o a través de la escritura —otra forma de hacerse viva y, por tanto, de visibilizarse—. Dicen las epistemólogas feministas que el conocimiento generado por las mujeres es parcial, situado, compartido e interseccional. Dicho de otro modo: los saberes femeninos los (co)construimos. Desde estos parámetros planteo mis reflexiones. Desde estos, y desde los de una historiadora de las mujeres y teórica feminista.

Abordaré el tema que nos ocupa a tres niveles. El primero se basa en una investigación reciente, ideada *ad hoc* para este texto, que permite mostrar una imagen o fotografía —*flash*— de algunas cuestiones actualísimas y muy candentes en nuestra sociedad respecto a la maternidad. Una instantánea captada mediante una encuesta rápida, anónima y de circulación libre. El segundo recoge resultados del ejercicio anterior que sirven de base a las reflexiones teóricas de los distintos feminismos, los históricos y los actuales, respecto a la(s) maternidad(es). El tercero, en forma de inconclusión, plantea preguntas, dudas y/o rebeldías.

Flash

En la segunda quincena de mayo de este año 2017 lancé *Open access*, una encuesta corta que titulé *Maternidad(es)*, a través de correo electrónico —mío y de colaboradoras— y de redes sociales —Facebook²— El período de vigencia, intencionadamente corto, fue de solo dos meses, en los que se recabaron 385 respuestas. Veamos a continuación los datos globales de las participantes:

2 Agradezco efusivamente a Pilar Palacio la colaboración y el interés prestados en la elaboración de la encuesta.

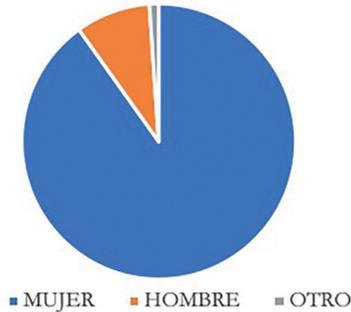


Figura 1. Sexo. 385 respuestas: 90,1%, mujeres; 8,8%, hombres; 1,1%, otro (elaboración propia).

Las edades abarcan un amplísimo arco: de los 19 a los 75 años, con clara predominancia del segmento 26-44 años, por razones obvias.

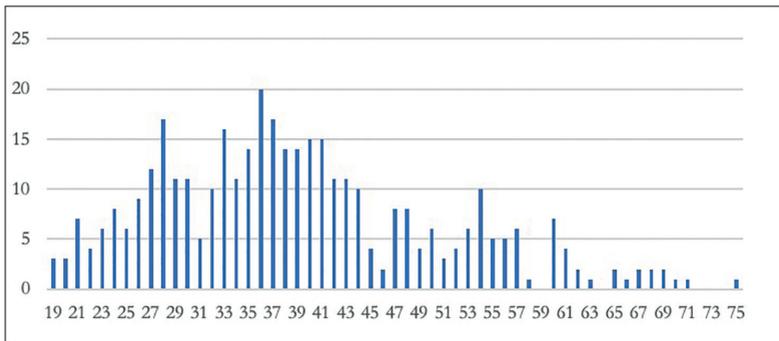


Figura 2. Edad. 381 respuestas (elaboración propia).

La dispersión geográfica no es demasiado acusada, como era de prever, la mayor concentración de respuestas se localiza en Barcelona, Tarragona y áreas metropolitanas de ambas ciudades. Aunque también se responde la encuesta desde otras ciudades españolas —Málaga, Santiago de Compostela, Madrid, Valencia, Sevilla, Bilbao— o desde el extranjero —Hamburgo, Boston, Panamá, Santiago de Chile, Buenos Aires—.

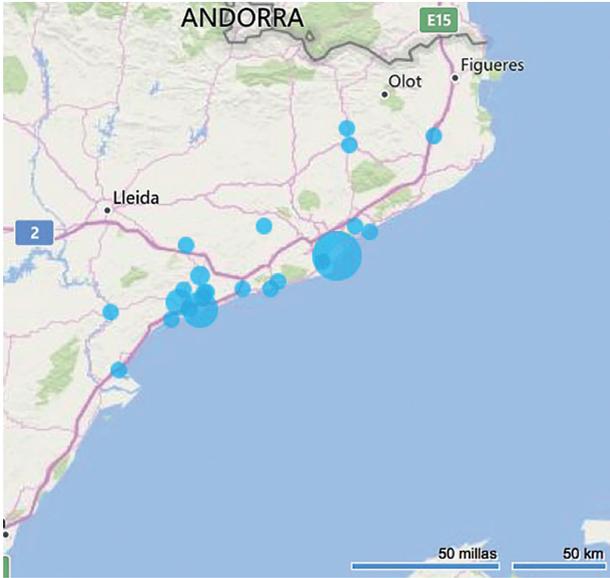


Figura 3. Geografía de las respuestas (elaboración propia).

La pregunta «¿Tienes hijos/as?» se salda con el resultado siguiente:

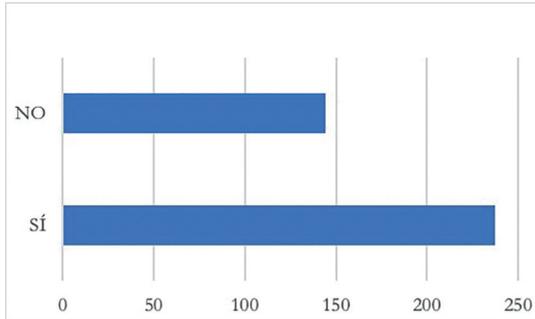


Figura 4. 381 respuestas: 62,2%, sí; 37,8%, no (elaboración propia).

La siguiente cuestión es la siguiente: «¿Quieres tener hijos/as?». Ahora debo resaltar dos resultados, el primero es el de que, por primera vez, el índice de respuestas cae significativamente, de 381 a 303; el segundo, para sumar, es el de 56 personas que se acogen al *no sé*. Ambos índices representan un 34,8% de las que no quieren o no saben responder, extremo que tener en cuenta.

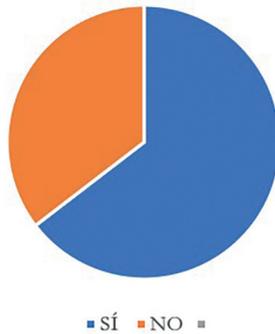


Figura 5. 303 respuestas: 49,2%, sí; 32,7%, no; 18,5, no sé (elaboración propia).

Respecto al nivel de estudios constato un porcentaje muy elevado de mujeres con estudios superiores, universitarios, con máster o en tercer ciclo. Estamos hablando, entonces, de una franja social con formación elevada.

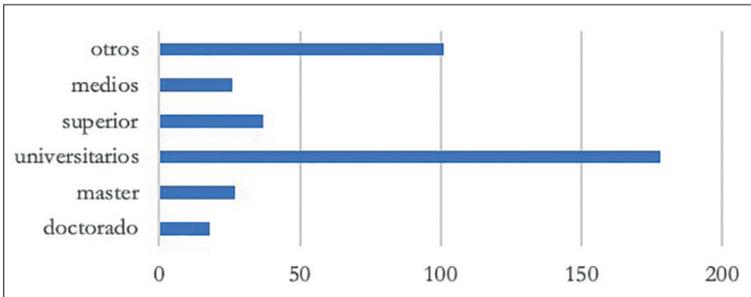


Figura 6. Nivel de estudios. 380 respuestas (elaboración propia).

A continuación, las profesiones que nuestras colaboradoras desempeñan. Cabe resaltar la gran cantidad de personas que no responden a algo en concreto, en el apartado *otras*: un 45,4%.

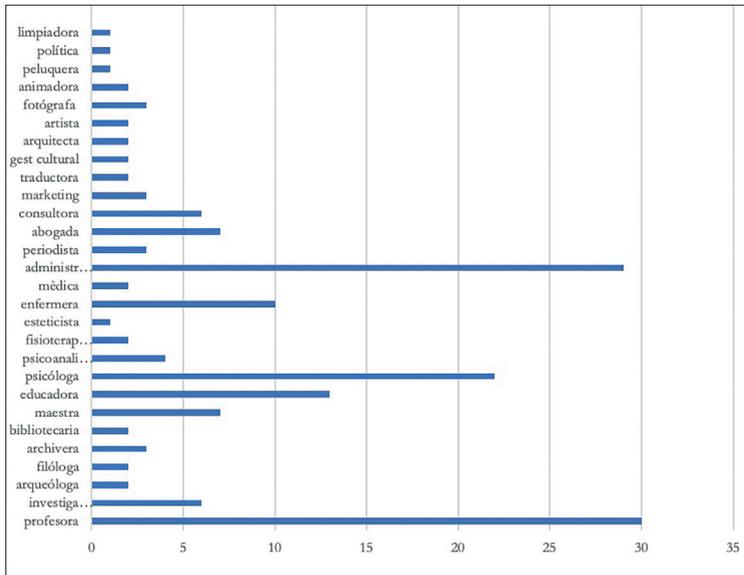


Figura 7. Profesiones. 367 respuestas (elaboración propia).

Hasta aquí, la presentación general de las encuestadas.

Las preguntas que vienen a continuación, que forman un segundo bloque de interés, tienen como objetivo evaluar el grado de conocimiento de las interrogaciones y/o demandas actuales respecto a todo cuanto gira en torno al parto y crianza.

La cuestión siguiente decía: «¿Sabes qué es una doula?».

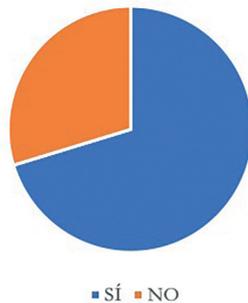


Figura 8. Doula. 383 respuestas: sí, 64,8%; no, 35,5% (elaboración propia).

«¿Sabes qué es un plan de parto?».

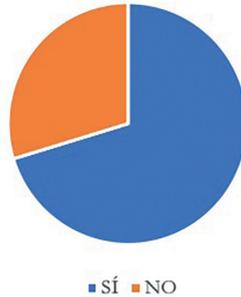


Figura 9. Plan de parto. 384 respuestas: sí, 70,3%; no, 29,7% (elaboración propia).

Lo que sigue es un interrogante cualitativo —353 respuestas, no contesta el 69,4%—: «¿Cómo consideras que ha de ser un parto respetado?». Curiosamente, una gran mayoría de respuestas no contesta al *cómo*, sino al *qué*. Dejando aparte las que expresan, en modalidades varias, el desconocimiento o las evasivas, bueno es trasladar aquí algunas de las expresiones más significativas:

- Libre elección de la madre, con la mínima intervención médica si así lo desea.
- *Un part que hagin decidit les parts implicades.*
- Un parto totalmente natural. Sin hacer nada que salga de la naturalidad de la vida misma.
- Humano, con buen trato físico y psicológico, sin cámaras, sin gritos, sin estrés externo; que el bebé no salga de la vista de la madre, y en caso de urgencia médica, se expliquen paso a paso los procedimientos a la madre. Que el padre esté presente con tareas de apoyo.
- *Donant el poder de decidir a la dona.*

En relación con si se está de acuerdo o no con la medicalización del parto —anestesia, oxitocina, cesárea, fórceps...—, obtuve:

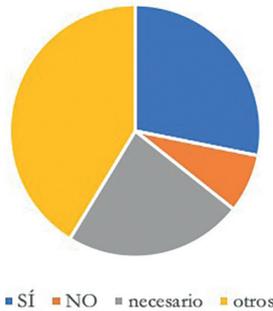


Figura 10. Medicalización del parto. 381 respuestas: sí, 27,5%; no, 7,3%; si es necesario, 22,57%; no contesta, 40,41% (elaboración propia).

«¿Estás a favor del parto en casa?».



Figura 11. Parto en casa. 380 respuestas: sí, 34,21%; no, 7,36%; no contesta, 58,42% (elaboración propia).

Añado también comentarios relevantes:

- *Estic a favor que la gent pugui decidir com vol que sigui el seu part, sempre i quan prengui consciència de la seva situació de risc o no risc.*
- *Si, però no és idíl·lic.*
- No lo tengo claro. Cuando yo nació era lo habitual. Luego se hizo inexistente. Creo que puede ser posible, si así lo deciden los padres, llevado a cabo con profesionales que saben lo que se hacen y cómo actuar en todo momento.

- Estoy a favor de la opción de decidir dónde se quiere parir. Estoy en contra de quienes juzgan y moralizan las decisiones de las demás pretendiendo o definir una norma con base en una lógica «científica» o naturalizando el espacio doméstico [sic]. Personalmente no creo que optase por un parto en casa, sino por un parto natural en un espacio donde, en caso de necesidad, pueda intervenir personal especializado, pero esto dependería del momento, del lugar y un largo etcétera.

«¿Cómo definirías la crianza con apego?» (349 respuestas, no contesta el 66,76%).

- Esencial para la vinculación madre-bebé.
- *Atenció total a les demandes dels infants i criança al 100% en el sí de la família o de la comunitat apartada de la societat convencional. Els pares assumeixen l'educació dels fills en el sí de la família. Psicologia positiva.*
- No me gusta esta palabra que viene de pegar. Pegar cual pegote o pegar de golpear, cualquiera de los sentidos es del orden del exceso. Prefiero la educación con amor y respeto.
- LACTANCIA MATERNA PROLONGADA, COLECHO Y ACARREAMIENTO.
- Estando presente y consciente, escuchando y con mucho valor.
- Respetar el momento madurativo del niño, entendiendo que tiene necesidades afectivas aparte de las biológicas, y que la necesidad de contacto y brazos constante es tan válida como la necesidad de comer.
- ¡Qué rollo de encuesta!
- No concibo la crianza sin apego.
- Madres esclavas.
- Preferiría la crianza con amor, no con apego.
- Los animales tenemos la necesidad de recibir calor y amor desde que nacemos. De este modo nuestro desarrollo será más positivo. Las emociones son una parte esencial de nuestra salud.

«¿Prefieres la lactancia artificial o la natural?».

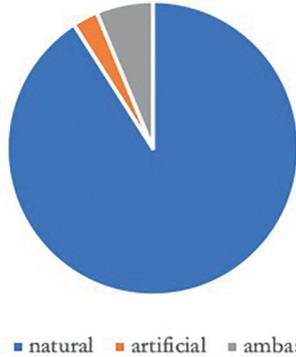


Figura 12. Tipo de lactancia. 377 respuestas: natural, 76,9%; artificial, 2,38%; ambas, 5,3%; no contesta, 15,42% (elaboración propia).

Comentarios:

- Preferiblemente la natural, a no ser que la madre no se encuentre en condiciones.
- Ambas, mientras sea decisión de la mama y el bebé. Personalmente, no pude darle pecho y me sentí fatal porque hoy día hay el canon de lactancia natural...
- Natural, pero no me asusta la artificial. Por falta de leche propia tuve que dar ambas al mismo tiempo y creo que mi hijo no ha tenido ninguna carencia alimentaria y emocional. El amor con que puedes dar un biberón es el mismo con que amamantas.
- No siempre es dicotómica.
- Natural, ¡mil veces!
- No prefiero nada. Doy la teta.
- Natural, que es lo que yo hago porque puedo y así lo he decidido. Respeto total a las que deciden no hacerlo. Lo que prefiero es que todas seamos libres para decidir.
- La natural, por un lado, porque creo que te une a otro nivel con tu hijx [sic], por otro lado, porque he leído sobre ella y me parece más saludable y tú puedes tener el control total sobre aquello

con lo que lo alimentas ya que gestionas tu dieta. Por otro lado la artificial sentiría que es como intoxicar al hijx desde el minuto cero.

«¿Estás a favor de la lactancia a demanda? Sí: ¿hasta qué edad?».

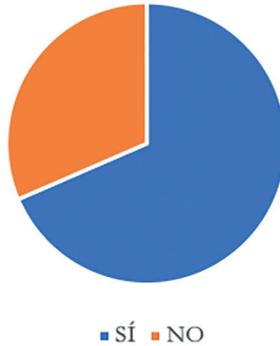


Figura 13. Lactancia a demanda. 372 respuestas: sí, 19,89%; no, 9,13%; depende/no contesta, 70,98% (elaboración propia).

Observaciones:

- *És una decisió personal de la mare. Jo no la vaig practicar i no l'hauria practicat, si més no rígidament. M'agraden els horaris.*
- Sí. Hasta que quieran madre e hijo.
- Solo los primeros meses de vida, creo que hasta el año. Luego hay que dejar paso a los límites, rutinas, sobre todo al introducirse comida sólida. En cuanto a dar el pecho, creo que el año es suficiente.
- Nada en la vida es a demanda. Desde que nacemos estamos a merced de la ley simbólica. Es más, nos precede.
- Si hablamos de no cronometrar tiempos entre toma e intentar adaptarse (madre e hijo), sí, si hablamos de tener al crío todo el día en la teta, NO.
- A favor completamente de la lactancia a demanda. Creo que un año es suficiente. Como mucho dos, según recomendaciones de la OMS. Más tiempo no creo que sea necesaria a nivel nutricional

y a esa edad ya existen otros modos de conexión emocional con el niño/la niña.

- Sí, hasta que empiezan a salir los primeros dientes. Pienso, por experiencia propia, que es un buen momento para comenzar el proceso de «destete».
- Sí, no hay una edad, aunque yo personalmente creo que hasta los dos años. Hay un punto en que dudo si la lactancia a partir de un momento se da más para el gozo de la madre que del bebé, en todo caso todo me parece respetable y cada una debe hacer lo que sienta. También pienso que es algo importante que hablar con la pareja, aunque el pecho de cada una es de cada una.

Y, en consecuencia, se hace obligado refrendar las franjas de edad deseadas y/o preferidas de duración de la lactancia:

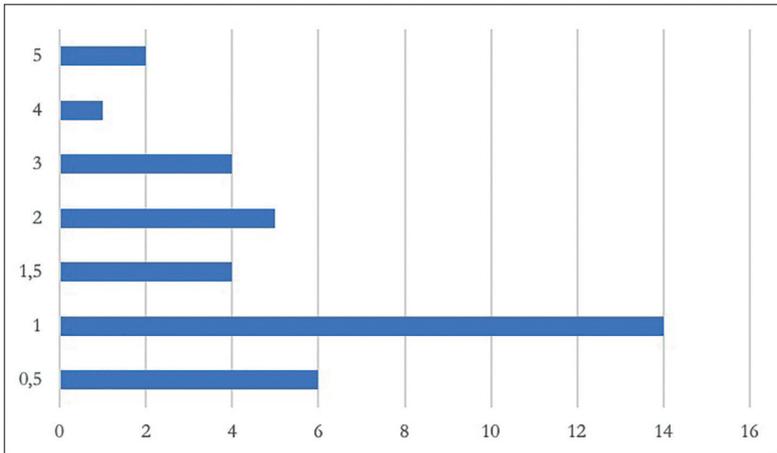


Figura 14. Duración (en años) de lactancia preferida (elaboración propia).

«¿Estás a favor del colecho? ¿Hasta qué edad?».

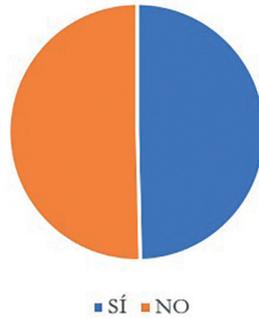


Figura 15. Colecho. 381 respuestas: sí, 18,28%; no, 17,58%; no contesta, 64,13% (elaboración propia).

Comentarios:

- *No el vaig practicar, només el primer/segon mes. Si de més gran el nen venia a dormir al nostre llit li tolerava, estàvem cansats i no li vam donar més importància. Tots dos fills es van acostumar, en diferents tempos.*
- No, el bebé se tiene que acostumbrar a dormir solo.
- De ninguna manera. Por la miseria, cantidad de niños murieron aplastados por tener una sola cama. Y ¿ahora viene la modernidad de no darle un lugar al hijo? La cama de los padres está llena de olores, colores y fantasmas prohibidos para menores. Cada uno ha de tener su espacio y preparar el del hijo es fundamental para su futura seguridad subjetiva.
- Creo que el primer año es una cuestión de supervivencia; una madre que no duerme probablemente no pueda estar disponible para su bebé durante el día. No sabría decir una edad pero diría que el primer año por lo menos. Más allá del año y medio/dos ya creo que no se justifica y que es momento de limitar la vida de pareja de la vida con el/la hijx [sic].
- Depende del niño. Con mis hijos lo practiqué, especialmente con el pequeño, que dormía muy mal. Tampoco mejoró mucho el tema.

Preguntadas por si están a favor o no de la crianza compartida, conseguí 364 respuestas reflejadas en el gráfico. Aquí cabe hacer alguna consideración más: en las respuestas se trasluce que muchos de estos síes no se adecúan a lo que es realmente la crianza compartida, la cual confunden con la participación de la familia amplia en el desarrollo del bebé. En algunos casos se habla de *tribu*, pocos. O sea, que bastantes respuestas a favor no son tales.

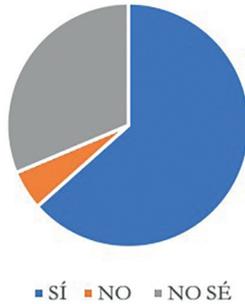


Figura 16. Crianza compartida. 364 respuestas: sí, 63,46%; no, 5,2%; no contesta, 31,31% (elaboración propia).

Antes de pasar al tercer bloque quiero resaltar el elevado porcentaje de no sabe/no contesta recabados, en los que, a mi entender, son aspectos muy relevantes respecto al parto y la crianza. En el gráfico siguiente muestro los porcentajes, cada número es el correspondiente a las gráficas anteriores (en la primera columna, el 100 %, para que se vea mejor la proporción):

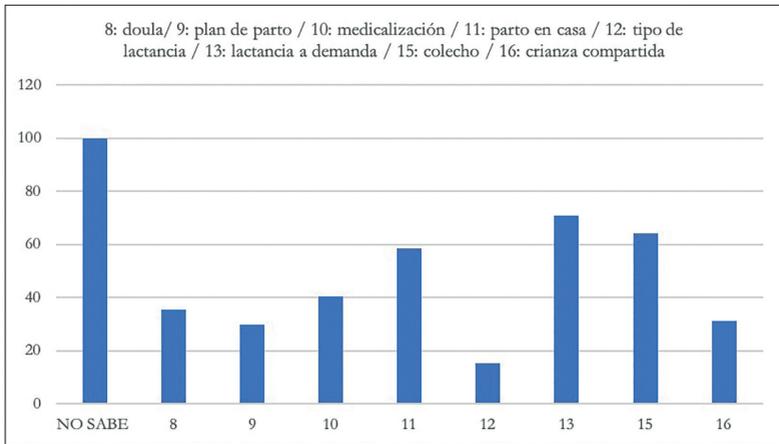


Figura 17. Porcentajes de no sabe/no contesta (elaboración propia).

Pasemos ahora al tercer bloque de preguntas, relativas a cuestiones de carácter más general. La primera de ellas trata sobre la decisión de dejar de trabajar para estar más con los hijos:

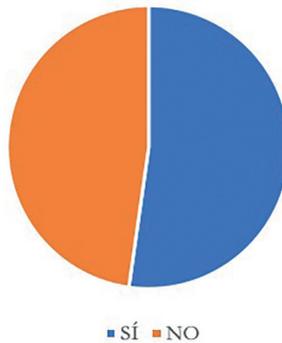


Figura 18. Dejar de trabajar. 373 respuestas: sí, 53,1%; no, 48,5% (elaboración propia).

«¿Optarías por la adopción en caso de no poder tener hijos/as?».

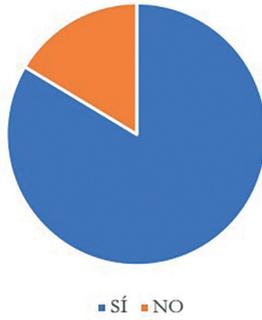


Figura 19. Adopción. 377 respuestas: sí, 83,8%; no, 16,2% (elaboración propia).

«¿Estás a favor de la inseminación artificial?».

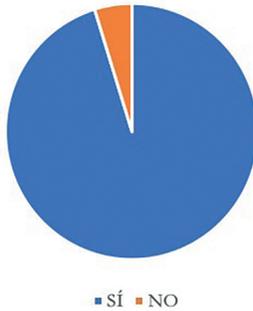


Figura 20. Inseminación. 374 respuestas: sí, 96%; no, 4% (elaboración propia).

«¿Estás a favor de la fertilización *in vitro*?».

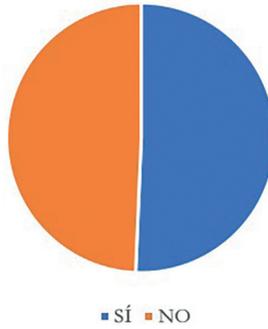


Figura 21. Fertilización. 371 respuestas: sí, 93,8%; no, 6,2% (elaboración propia).

«¿Estás a favor de las madres de alquiler?».

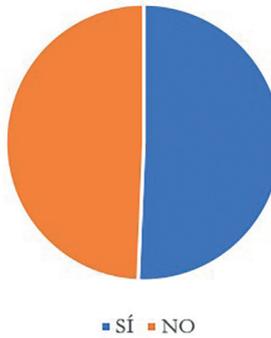


Figura 22. Alquiler. 367 respuestas: sí, 51,2%; no, 48,8% (elaboración propia).

«¿Simpatizas con el feminismo?».



Figura 23. Feminismo. 375 respuestas: sí, 89,9%; no, 10,1% (elaboración propia).

Después de este rotundo refrendo al feminismo, la última pregunta se formula así: «¿Qué opinan las feministas de la(s) maternidad(es)?». Las que contestan ahora bajan de 375 a 306. Revisando respuesta a respuesta, 276 (un 90,1%) son no sabe o no contesta, o no encuentran la pregunta bien formulada, o dicen que no le interesa lo que las feministas opinen al respecto³. Basándome pura y simplemente en las cifras es obvio que los números cantan. De ahí la justificación del consecuente apartado de este estudio.

³ Hay, sin embargo, respuestas muy interesantes y conocedoras de lo que se está preguntando. Por razones de economía de espacio no puedo incluirlas todas, entresaco solo algunas: Que cada dona ha de ser lliure per decidir en relació a la seva maternitat (o no maternitat) i a la criança posterior. La maternitat no ha de ser un negoci (clíniques privades d'inseminacions i fertilitzacions, mares de lloguer...). Tampoc ha de suposar un impediment per al desenvolupament i projecció professional de la dona. / Hay diversas corrientes del feminismo con diferentes visiones sobre la maternidad. Yo soy feminista, reconozco que la corriente con la que más me identifico es con la de la igualdad, pero intento siempre aprender de las aportaciones de todas las perspectivas feministas. Creo que es un error considerar la maternidad como un servilismo o criticar a las mujeres que deciden dejar de trabajar por dedicarse a la crianza. Tampoco me gusta situar a las mujeres puramente en la naturaleza como si fuesen un árbol, o criticar a las que deciden no tener hij@s [sic], no optar por la lactancia natural, no dejar de priorizar su vida profesional. Pienso que mantener proyectos personales que no tienen nada que ver con la crianza y con l@s hij@s [sic] es un buen regalo que le puedes hacer a tus hij@s [sic], beneficioso también para su desarrollo y bienestar (como el apego y la crianza natural). / Igual que hay diferentes corrientes feministas, supongo que también hay diferentes maneras de ver la maternidad para ellas. Entiendo que su visión se alejará de la

*Feminismo(s) y/o maternidad(es)*⁴

Como acabo de enunciar, pienso necesaria una reflexión desde las teorías feministas. No es mi intención proceder a una crítica exhaustiva de las distintas corrientes, ni enumerar prolijamente las feministas de relieve. Al contrario. He escogido sola y únicamente a algunas, superadas o no, por creerlas válidas de las diferentes posiciones de los feminismos en torno a la maternidad.

El feminismo del siglo xx desligó la maternidad como eje de identidad de las mujeres, con autoras como Simone DE BEAUVOIR (1908-1986), una de las primeras mujeres en señalar la maternidad como atadura, ya que anula e impide su existencia y la trascendencia social. El desafío de demostrar que la naturaleza no fija el destino de las mujeres y la lucha por la igualdad social entre mujeres y hombres, especialmente en el mundo laboral, considerado fundamental para la liberación, podrían considerarse como los dos grandes ejes del feminismo de la igualdad en la Europa de los sesenta. Fue tan importante entonces, y ha tenido tanta influencia durante tanto tiempo en la corriente feminista de la igualdad, que merece que me detenga en sus postulados.

En su libro, *El segundo sexo* (1949)⁵, hay un apartado entero dedicado a la maternidad. Comienza el capítulo con una discusión larga sobre la contracepción, y en especial sobre el aborto. Habla de la hipocresía que

visión patriarcal, en el sentido de que una mujer es madre, pero también es otras cosas que la definen como persona. / Una verdadera feminista cree en la igualdad de sexos, así que no piensa que sea una cosa exclusiva de la mujer, y está a favor de que el otro progenitor sea igual de importante. / Actualmente hay una new wave de mujeres que deciden esterilizarse, lo cual me parece contradictorio porque es una decisión basada en el empoderamiento y es justo al revés (si te empoderas de tu cuerpo puedes ser consciente de cómo te relacionas sexualmente y no necesitas una intervención quirúrgica para evitar el embarazo). Creo que la idea de feminismo en detrimento de la maternidad es muy equívoca, en vez de potenciar más mujeres madres que puedan seguir con su vida, además de ser madres, se ve la maternidad como una condena, cuando no debería serlo si el otro padre/madre o tutor está presente en la crianza. / Las feministas son personas que defienden los derechos de las mujeres en cualquier ámbito de desigualdad. Buscan la igualdad entre géneros en cuanto a derechos y obligaciones. También en el ámbito de maternidad y paternidad, donde deberían compartirse las cargas de trabajo y responsabilidad en la crianza.

4 Me he ocupado de este tema con anterioridad, véase *La maternidad: del deseo privado a la esfera pública* (CUADRADA, 2009a).

5 Que citaré según una última edición francesa, con las siglas DS (*Deuxième sexe*).

envuelve el debate del aborto, argumentando que, aun en el supuesto de que el número de nacimientos y de abortos sean los mismos, los primeros se glorifican mientras que los segundos son considerados indecentes o un crimen. Además, recuerda que la sociedad no ofrece recursos a las madres que no pueden criar a sus hijos, condenándolas a la asistencia pública. Continúa señalando que las opiniones en contra del aborto no son suficientes, dado que se fundamentan en razones morales, influenciadas por el catolicismo que pretende que un feto es ya persona que puede ser privada de la vida eterna⁶. Paradójicamente, la Iglesia no parece oponerse a las guerras y al consecuente derramamiento de sangre. El feto puede ser considerado como un ser autónomo o como una parte del cuerpo materno: en el primer caso, la madre pone en peligro su embarazo, y se declara que es «inmoral escoger entre una vida u otra»; en el segundo la maternidad se idealiza. La hipocresía de las antifeministas es evidente, según la autora (DS, II: 327-329).

Las consecuencias del aborto pueden llegar a ser muy graves, llegando incluso a la muerte de la embarazada. Los daños psicológicos pueden ser también considerables. Las mujeres que abortan sufren una gran dosis de culpabilidad, hasta el punto de que algunas de ellas se sienten como asexuadas y, en otros casos, consideran que han mutilado parte de sí mismas. Estos sentimientos son capaces de generar animosidad contra el hombre que tal vez les ha forzado a tomar esa opción (DS, II: 330-336).

Las mujeres viven el embarazo de maneras distintas. Algunas se alegran de tener una «muñeca viva» que pueden gobernar. Otras tienen miedo de las responsabilidades de la maternidad: la resistencia psicológica puede incluso acarrear la esterilidad. Para algunas mujeres la maternidad es una suerte de emancipación, pero otras temen que el dar a luz las reduzca a la esclavitud. Esto normalmente depende de la relación que la mujer tenga con su madre, e igualmente importante es la relación que haya con el padre de la criatura. Hay mujeres que encuentran durante el embarazo el sentimiento de trascendencia: el bebé que se desarrolla en su vientre les pertenece y, por extensión, ella recupera el control de su propio cuerpo, ella se siente *un être en soi, une valeur toute faite*⁷. Beauvoir pone

6 BEAUVOIR escribe este libro después de la II Guerra Mundial. Sus reproches hacia la Iglesia católica, por desgracia, siguen aún vigentes en España. Véase El ejemplo del centro de planning de Tarragona (ayer) vs. Facebook (hoy) (CUADRADA, 2015).

7 Sus énfasis.

el acento en el hecho de que eso es una ilusión. La mujer, sea feliz por traer al mundo una nueva libertad, esté aterrorizada por la posibilidad del bebé deforme o monstruoso, sabe que en el parto corre peligro su propia vida. El embarazo es, pues, siempre ambiguo, como lo son las expectativas de las madres (DS, II: 340-348).

Las mujeres hacen frente al parto de distintas formas. Algunas restan pasivas, otras están decididas con firmeza a tomar el control de la situación. BEAUVOIR indica que cualquier reacción tiene un gran significado: ellas, las madres, expresan su manera de ver el mundo y la maternidad. Durante el parto la madre tiene casi siempre necesidad de ayuda, cosa que la filósofa encuentra interesante, porque ello demuestra que *[d]ans le moment même où la femme achève de réaliser son destin féminin, elle est encore dépendante*. La relación entre la madre y el recién nacido es compleja, con frecuencia la mujer experimenta un sentimiento de vacío; el ser que crecía en su interior está de repente fuera de ella, es una existencia real que no puede responder a sus expectativas. Para algunas, la lactancia es el medio para (re)vincularse al bebé, pero hay también mujeres que no pueden amamantar. A veces las responsabilidades de la maternidad pesan gravemente sobre las madres, se sienten como esclavas, el/la bebé es un/a tirano/a que *menace leur chair, leur liberté, leur moi entier* (DS, II: 359-361).

El vínculo entre madre e hijo/a es diferente de todas las demás relaciones humanas, porque al inicio el bebé no es un participante activo. Es la madre quien debe interpretar sus acciones y sus gestos, y con frecuencia se siente decepcionada: la maternidad no basta. BEAUVOIR insiste en que no existe un *instinto* maternal, porque todas las madres viven situaciones diferentes y cada una de ellas lo hace de forma distinta. Rechaza la afirmación psicoanalítica según la cual la madre considera al niño como el equivalente al pene: en lugar de desear el órgano en sí mismo —dice—, está celosa del poder que contiene. En el/la bebé ella intenta encontrar su propia *prole*, un *doble*, que sería para ella similar a lo que ella misma es para el hombre. La autora habla de la *mistificación* de la maternidad: el sentimiento de que toda madre ha de ser como una santa. En realidad, la maternidad es una mezcla de emociones que pueden ser, a la vez, buenas y malas. En ocasiones la madre utiliza a la criatura como el medio para tomar las riendas de su vida, ella intenta compensar a través del hijo todas sus frustraciones. Su comportamiento es simbólico. Por ejemplo, la violencia materna es una manifestación de las frustraciones de la madre, de un hombre, del mundo o de ella misma (DS, II: 362-368).

Hay diversos tipos de madres, pueden practicar la terquedad educativa, el sadismo caprichoso, o la devoción masoquista. El último caso es muy frecuente y puede llegar a ser terriblemente dañino para el/la niño/a. Se trata de tomar el rol de *mater dolorosa*, y dedicarse a la abnegación para provocar sentimientos de culpabilidad al/a la hijo/a. La madre justifica este comportamiento por el hecho de que el niño no es capaz de llenar su vida. A veces, molesta a sus padres porque sus intereses y los de ellos son incompatibles. La actitud de la madre varía según el bebé sea niño o niña. Parece que ella aprecia más al primero, debido, quizá, al estatus superior masculino en la sociedad. Ella se imagina que su hijo será un hombre poderoso, conquistará el mundo para ella. Si el chico encuentra a su madre demasiado sofocante, puede fácilmente librarse de ella gracias a su masculinidad. Ello es mucho más difícil para la hija, más dependiente de su madre: sus relaciones siempre son más difíciles. La madre quiere encontrar en su hija un *alter ego*. Sea si intenta darle posibilidades que ella no tuvo, sea por la contrariedad de haber traído al mundo a una mujer a la que fuerza a repetir su experiencia, *elle tend aussi à lui infliger la tare dont elle a souffert*. La madre encuentra difícil aprehender que la hija que ella quiere que sea su *doble* será *otra*. Normalmente la hija busca ser independiente y ello puede provocar los celos de la madre; con frecuencia la hija la supera, toma una parte del mundo que le había estado negado a su madre (DS, II: 370-376).

Hacia el fin del capítulo, BEAUVOIR habla de dos prejuicios relativos a la maternidad que son corrientes en la sociedad. Uno: que la maternidad basta para que la madre alcance la plenitud de su vida; cosa que llega solo y exclusivamente si la maternidad es *librement assumée et sincèrement voulue*⁸. Dos: que la madre será siempre una fuente de felicidad para el bebé. Tal como la autora remarca, el amor maternal no es un fenómeno natural, porque existen madres malas; el niño no es suficiente para que la madre pueda vencer y escapar de su inmanencia (DS, II: 380-383). Concluye diciendo que la mujer más cualificada para ser madre es la que tiene una vida personal rica, y que el problema no es de las madres, sino de la sociedad, que ha de proteger mejor a las madres para que la maternidad no se convierta en una forma de opresión.

8 Sus énfasis.

Muchos de los trabajos que podríamos agrupar en este grupo teórico feminista, conocido como el feminismo de la igualdad, cuestionan el uso de las capacidades biológicas de las mujeres de procrear en la construcción de la identificación de que ser mujer equivale a ser madre. En esta línea de trabajos, destaca el análisis histórico de Elizabeth BADINTER sobre la construcción del instinto maternal, es decir, el supuesto amor espontáneo e incondicional que surge de toda mujer hacia sus hijos y que crea, además, la obligación de ser ante todo madres. Frente a esta evidencia de instinto maternal, BADINTER escribió en 1980 un libro polémico, *Lamour en plus*. Lejos de ser un don natural, un instinto escrito en los genes de la mujer, el amor materno estaría profundamente moldeado por el peso de las culturas. Su dossier —bien trabajado— era probable que sacudiera las certezas. Volviendo al trabajo sobre la historia de la infancia, la autora concluyó que la idea del amor materno era relativamente nueva en Occidente, que data de alrededor de 1760. Anteriormente, debido al número de niños que morían a una edad temprana, a las limitaciones económicas de las mujeres y, sobre todo, a la falta de consideración que se daba a los niños (que se consideraban una especie de proyecto grosero de ser humano), la atención que se les prestaba no era tan grande. De hecho, el número de niños abandonados a las puertas de conventos y orfanatos, o dados a los cuidados de las nodrizas, demuestra que muchas madres no estaban apegadas a sus hijos. La literatura también revela un número significativo de madres lejanas y a veces brutales. Para la filósofa, no fue hasta finales del siglo XVIII que se valoró la maternidad y cambió la visión de la infancia. Fue entonces cuando se encerró a las mujeres burguesas en el papel de madres criadoras bajo la imagen simbólica de convertirse en el *ángel del hogar*, que requería una dedicación total a su descendencia. Asimismo, se sometía y aislaba a las mujeres en la función reproductiva, definida como destino natural e inevitable. Determinando que las que no manifestaran estas cualidades eran sospechosas como mujeres. Se construye así la idea, el mito, de que toda mujer no solo es madre en potencia sino también en deseo y necesidad.

La estrategia de utilizar argumentos biológicos no es nada nuevo en la construcción del discurso patriarcal, y la maternidad no está exenta de ello. Estas representaciones sobre la maternidad reducen todos los posibles deseos de las mujeres en uno solo: ser madre, y además son uniformados en tanto que la maternidad crearía una identidad homogénea para todas las mujeres y también un ideal cultural, tal como explica Silvia TUBERT a lo largo de su obra.

La identificación de la maternidad con la generación biológica niega que lo más importante en la reproducción humana no es el proceso de concepción y gestación sino la tarea social, cultural, simbólica y ética de hacer posible la creación de un nuevo sujeto humano. Pero, si bien es cierto que la maternidad no se reduce a la transmisión de un patrimonio genético sino que se sitúa en el plano de la transmisión simbólica de la cultura, no se puede negar que el proceso biológico de la gestación se realiza según una legalidad que escapa a la voluntad de la mujer en cuyo cuerpo tiene lugar. Hablamos de una maternidad asumida por la mujer como sujeto deseante, pero no podemos ignorar que la gestación requiere la aceptación de una posición de pasividad ante el desarrollo embrionario y fetal. El ejercicio de la maternidad supone la articulación del cuerpo en la cultura: la autonomía del sujeto femenino se encuentra limitada en su singularidad cuando su cuerpo pasa a ser el lugar del origen de otro ser humano; el dominio sobre el propio cuerpo —la maternidad voluntariamente elegida— se halla limitado en tanto aquel ha sido construido como cuerpo significativo por las prácticas y discursos dominantes en la sociedad, a través del lenguaje y los vínculos sociales (TUBERT, 1996).

Por otro lado, sumamente importantes son los estudios feministas que explican la utilización del trabajo reproductivo y doméstico, asignados por la división sexual del trabajo a las mujeres, en la construcción del sistema capitalista. Los trabajos de Silvia FEDERICI (2004)⁹, entre otros, estudian el papel que ha jugado la devaluación del trabajo doméstico y reproductivo en el capitalismo. El capitalismo, en cuanto sistema económico-social, está necesariamente vinculado con el racismo y el sexismo. Fenómenos que son extremadamente importantes para la acumulación capitalista y que, además, incluyen: 1) el desarrollo de una nueva división sexual del trabajo que somete el trabajo de las mujeres y la función reproductiva que ellas realizan a la reproducción de la fuerza de trabajo, junto con 2) la mecanización del cuerpo proletario y su transformación, en el caso de las mujeres, en una máquina de producción de nuevos trabajadores para el Estado y el sistema. De forma complementaria ha sido fundamental la exclusión de las mujeres del trabajo asalariado, reduciéndolas a no trabajadoras, subordinadas a los hombres.

En este sentido, desde esta mirada feminista, la liberación de las mujeres se vinculó, por un lado, con el rechazo al trabajo doméstico/reproductivo como destino natural, y, por otro, con el acceso al trabajo remunerado. Es por ello que muchas de las reivindicaciones feministas de los sesenta,

9 <http://www.feministas.org/silvia-federici-el-cuerpo-de-la.html> (consulta: 20-1-2018).

como las *welfare mothers* en Estados Unidos, se movilizaron para exigir al Estado un sueldo por el trabajo de crianza, ya que este contribuye a la producción de mano de obra y produce capital, posibilitando cualquier otra forma de producción. El reconocimiento por el trabajo realizado y el acceso a su remuneración fueron considerados elementos clave para la trascendencia social de las mujeres (FEDERICI, 2013). Un paralelismo se dio en Cataluña, cuando desde el Institut Català de les Dones se empezaron a valorar las cuentas satélite de producción doméstica, con el objetivo de dimensionar todo este trabajo no remunerado, y, por tanto, esta producción doméstica, y ponerlo en relación con la economía de mercado. Con esta actuación, el sistema estadístico de Cataluña se dota de una nueva fuente que aborda esta temática, desde una metodología armonizada y dentro del marco de las tablas *input-output*¹⁰. Aunque los antecedentes de las cuentas de producción doméstica se remontan a los años treinta (REID, 1934), la primera propuesta de metodología armonizada con el objetivo de permitir comparaciones territoriales y temporales la hace Eurostat en 2003, basándose en una primera propuesta elaborada por el Instituto de Estadística de Finlandia.

La cuestión de la trascendencia social de la maternidad es un aspecto que también Victoria SAU cuestiona, al postular que la maternidad ha sido fagocitada por la categoría «padre» y que hay que recuperar la posibilidad de hacer linaje, ya que, como está definida por la cultura patriarcal, la maternidad es retenida en la capacidad biológica para impedir así la trayectoria de lo individual a lo colectivo, a lo público. La filósofa también se refiere a la paradoja del amor maternal, como representación de lo femenino permitido:

- Se infravalora al declararlo instintivo (a pesar de que está demostrado que no lo es). No cuesta, no requiere esfuerzo, por tanto, no tiene valor.

¹⁰ <https://www.idescat.cat/cat/idescat/publicacions/catalog/pdfdocs/cspd01.pdf> (consulta: 20-1-2018). La economía feminista me ha permitido reflexionar y valorar el trabajo de cuidado y doméstico al mismo tiempo cuestionar si el trabajo remunerado tal como hoy se exige permite o no nuestra liberación. Véase Oikonomía, cuidados, reproducción, producción. Disponible en: <http://llibres.urv.cat/index.php/purv/catalog/book/156> (consulta 21-1-18).

- Es una exigencia para las mujeres, a las que se acusará de «malas madres» y «desnaturalizadas» si no muestran las formas de amor esperadas.
- Se ridiculiza con benevolencia paternalista cuando las demostraciones maternas de afecto (orgullo materno, preocupación juzgada excesiva, expresividad que se considera exagerada, etc.) sobrepasan las expectativas paternas (pediatras, maestros, psicólogos). Es la maternidad bajo vigilancia (SAU, 1995: 103).

Hay otras posturas feministas sobre el tema de la maternidad. Estas reflexiones podrían agruparse en lo que se denominaría como el pensamiento de la diferencia sexual, corriente especialmente fuerte en Italia y Francia, y en el medievalismo de mujeres en España. Esta propuesta feminista entiende la maternidad como fuente de placer, conocimiento y poder de las mujeres, que, además, tiene el potencial de ser una experiencia compartida y, por lo tanto, de unión entre mujeres. La maternidad es entendida como un aspecto importante en la identidad de las mujeres, como base de su valor social y también como un ímpetu para su empoderamiento y participación política. Un aspecto fundamental es la recuperación de la relación madre e hija, vinculación escindida, suprimida en el orden simbólico del patriarcado. Autoras como Luce IRIGARAY (1992), Luisa MURARO (1994), Alessandra BOCHETTI (1996) y Victoria SAU (1995), con distintos matices todas ellas, nos hablan de la importancia de recuperar la relación con la madre, su herencia, el orden simbólico, el sistema de representaciones construido entre mujeres, para que lo femenino sea capaz de hablar y de ser escuchado/autorizado. Esta recuperación provocaría una reestructuración completa del orden social, donde la genealogía femenina y la figura de la madre como primera fuente de autoridad ocuparían un lugar central.

IRIGARAY (1982) habló del nacimiento como una experiencia inaugural del paso de una misma a la apertura al otro; al aire, a ese aliento y espacio entre los que generan y la criatura, y entre los nacidos y el mundo que se ofrece, que no debe olvidarse porque comienza la vida: la separación necesaria para que haya presencia y apertura a la oferta del mundo. Del lado de la madre gestante se crea —y re/crea— la relación materna. Relación primera, dice Luisa MURARO en muchas de sus obras, base de civilización, base de la política misma, mientras se conserven, protejan, sus dos ejes fundamentales: dar a luz/venir al mundo y aprender/ense-

ñar a hablar. En la continuidad entre lo biológico y lo existencial, que no coincide exactamente con lo biológico-cultural, ni siquiera con lo natural-cultural, Luisa MURARO remonta los límites de lo no disponible,

[...] *come ciò che rende l'inizio riconoscibile nel procedere della vita da dentro [...] y que procede con la vita che diventa umana: desiderante, libera, parlante, concluyendo con que [...] è indisponibile quello che va tenuto a disposizione del di più che è la gioia del vivente. Fa parte di una nuova coscienza evolutiva imparare a rinnovare le barriere simboliche che proteggono l'essere umano in quanto destinato alla felicità* (2016: 86).

También las reflexiones ecofeministas desde los ochenta, como las de María MIES y Vandana SHIVA (1997), destacan los valores creativos de la maternidad. Reivindican la asociación de las mujeres con la naturaleza y proponen recuperar la energía y la dimensión espiritual de las mujeres que permite amar y celebrar la vida. La maternidad es definida como el deseo de experimentar el poder vivo, creativo y natural en el interior del cuerpo. Dice SHIVA que, en el parto actual, el esfuerzo y conocimiento de la mujer se ignoran; su único papel en el embarazo consiste en seguir las instrucciones de los doctores. El vínculo orgánico directo con el feto se sustituye por las máquinas y el conocimiento de los profesionales. Incluso el amor maternal por el hijo es algo que viene a ser demostrado por doctores y técnicos. Para el futuro, el peligro de las nuevas tecnologías supone que el poder reproductivo de la mujer habrá sido destruido por las fuerzas colonizadoras de la tecnología y el comercialismo moderno. Estas mismas fuerzas también buscan extender su control sobre la regeneración de las plantas. La semilla y la tierra son fundamentales para el mantenimiento de la vida en nuestro planeta. La semilla representa el poder regenerativo, y la tierra, la fertilidad viviente de la que toda vida consigue el alimento y el crecimiento. La transformación de un bien común en un bien de consumo, y de una fuente regenerativa natural en algo que se compra, cambia la naturaleza de la semilla y de la agricultura misma.

Como a las comadronas de los cuatro siglos pasados, se le deniegan al agricultor su experiencia y conocimiento. Se ignoran la historia y los valores anteriores. La creación de la limitación se fija para excluir los miles de años de selección de semillas realizada por los agricultores, así como su conocimiento de los fertilizantes naturales, técnicas tradicionales de irrigación, los beneficios de la diversidad y las cualidades nutritivas de sus cosechas. Las semillas autorregeneradoras se consideran *primitivas* y plasma

germinal *en bruto* con las que conseguir un producto mejor y terminado. Lo integral, el ciclo natural de fertilidad, pasa a convertirse en algo parcial, mientras que lo parcial, la semilla *mejorada*, se considera lo integral. Pero la semilla *mejorada* no es integral: necesita la adición de fertilizantes químicos y pesticidas para continuar produciendo y reproduciéndose. Para proteger la vida, debemos mantener viva dentro de nosotros mismos la capacidad de realizar elecciones acerca de lo que es auténticamente valioso y de someter los medios tecnológicos a juicios acerca de objetivos éticos. Si no conseguimos realizar esto, habremos cerrado por anticipado nuestras opciones para celebrar la vida en su espontaneidad, diversidad y capacidad renovadora (SHIVA, 2016). Con sus propias palabras:

Central to the patriarchal assumption of men's superiority over women is the social construct of passivity/materiality as female and animal, and activity/spirituality as male and distinctly human. This is reflected in dualisms like mind/body, with the mind being nonmaterial, male, and active, and the body physical, female, and passive. It is also reflected in the dualism of culture/nature, with the assumption that men alone have access to culture while women are bound up with the earth that bears all things. What these artificial dichotomies obscure is that activity, non passivity, is nature's forte.

The new biotechnologies reproduce the old patriarchal divisions of activity/passivity, culture/mature. These dichotomies are then used as instruments of capitalist patriarchy to decolonizing regeneration can the activity and creativity of women and nature in nonpatriarchal mold be reclaimed (2015: cap. 8)¹¹.

Vinculado con el modelo de la maternidad existe en nuestra época, como en todas, un modelo de crianza, que también es una construcción cultural e histórica. Hemos pasado de considerar a las criaturas como seres demoníacos a pensar la infancia como un período de vida esencial y valioso en donde la opinión de los expertos es fundamental para garantizar el correcto desarrollo infantil. Hoy por hoy coexisten fundamentalmente dos modelos sobre la crianza: uno, el adultocéntrico, donde el bebé se ha de acoplar al ritmo de padre, madre o cuidador/a. Otro, el de crianza con apego, que surge como alternativa y busca respetar los tiempos que marcan los bebés, ya que está centrado en sus necesidades. Ambos modelos cuentan con expertos que dicen a las madres y padres

11 Disponible en *The Vandana Shiva Reader*, <<https://bit.ly/3bu6hid>> (consulta: 21-1-2018).

qué es lo que tienen que hacer y cómo, con la correspondiente culpabilización de quien no sigue estos consejos. A pesar de que nuestra realidad es adultocéntrica, el modelo de crianza con apego al menos en lo ideológico está en auge.

Este modelo también es tendencia en Estados Unidos. Ya en 1996 la feminista Sharon HAYS (1998) estudió los discursos presentes en los manuales estadounidenses de crianza infantil. Concluyó que el discurso que presentan estos manuales, definido como crianza con apego, natural o respetuosa, se caracteriza por situar las necesidades de las criaturas en primer lugar. También por considerar a las madres como las principales responsables de la crianza y a los padres como ayudantes adicionales. En tercer lugar, hay que destacar el profundo compromiso emocional por parte de la madre bajo el supuesto de que esta dedicará su tiempo y energía a atender las necesidades y deseos de sus criaturas en cada estadio del desarrollo, lo cual fomentará su autoestima y seguridad emocional. Por último, recomendar métodos educativos basados en la autodisciplina y el razonamiento, ya que parten del supuesto de que los niños son inocentes y puros. Esta autora realizó también entrevistas a madres y observó que, a pesar de las diferencias entre ellas, en general las mujeres compartían un conjunto de ideas sobre la buena crianza de hijos, especialmente la importancia de cubrir primero sus necesidades, que corresponde con el discurso presentado en los manuales de crianza. También destacó que las madres se enfrentan con dos imágenes e ideales culturales opuestos, por un lado, el de la maternidad intensiva, y, por otro, el de la lógica del mercado en donde ni la crianza ni los cuidados se tienen en cuenta ya que lo importante es la eficiencia, las ganancias y el capital.

También Elizabeth BADINTER (2011) en su último libro habla sobre este conflicto. Para la autora, el retorno a la naturaleza mezclado con el discurso científico que caracteriza el ideal de la maternidad actual plantea una vuelta atrás en los logros de liberación de las mujeres. La autora explica que este ideal exige una maternidad a tiempo completo. Al mismo tiempo nuestras sociedades nos motivan a la realización personal, a satisfacer nuestros deseos, cuestión que se contradice con lo que socialmente se exige a una madre y con la diversidad de aspiraciones que tenemos las mujeres. Estas contradicciones son resueltas por muchas mujeres de muchas formas. Una de ellas es no tener hijos, mujeres que se definen como *child-free*, que asocian la maternidad con la pérdida de libertad, de placer, intimidad e incluso de identidad, por tanto, deciden no tener hijos. Este

descenso en la natalidad se debe, según BADINTER (*ibid.*), por un lado, al ideal de maternidad intensiva, y, por otro, a la falta de políticas públicas orientadas a considerar y atender todos los deseos de las mujeres.

La autora opina que la maternidad es una nueva forma de esclavitud, el resultado de la terrible crisis económica que atraviesa el viejo continente. Muchas mujeres se están cuestionando si asumir una doble jornada de trabajo, cobrando menos que sus compañeros, es lo que realmente las hace felices, y, como consecuencia, sitúan la maternidad en el centro de sus vidas. Pero la crisis no es únicamente económica, es también ideológica. Se cuestiona si, en un proceso de búsqueda de la felicidad a través del consumo, no nos hemos olvidado de escuchar a la naturaleza. Por eso, adquiere ahora especial valor y se impone la tendencia a pensar que todo lo natural es bueno. El parto natural con dolor, la lactancia materna o el uso de pañales reutilizables forman parte de una ofensiva naturalista que encuentra entre sus víctimas a mujeres profesionales que rondan los 30 años y que, presionadas por la edad, abandonan temporalmente su trabajo para vivir la maternidad. Afecta igualmente a las mujeres menos favorecidas, que buscan refugio en las ayudas sociales de los Estados para dedicar más tiempo a la crianza de sus hijos. Es, además, este mismo modelo naturalista ecológico el que pone en riesgo el reparto de responsabilidades en el hogar.

Inconclusión: rebeliones

Los datos estadísticos parecen confirmar el profundo descenso de natalidad. Según datos del CSIC, la elección de no tener hijos es cada vez más frecuente, aunque todavía minoritaria, entre las parejas españolas. Entre el 13% y el 14% de las mujeres nacidas en 1965 no tiene hijos, mientras que, en la generación anterior, la de 1955, el porcentaje estaba en torno al 10%. Otra solución es posponer la maternidad hasta los 35 por lo menos y/o teniendo pocos. Veamos algunas evidencias. Los dos mapas siguientes, procedentes de la oficina comunitaria de estadística, Eurostat, muestran el producto interior bruto (PIB) y las tasas de natalidad.

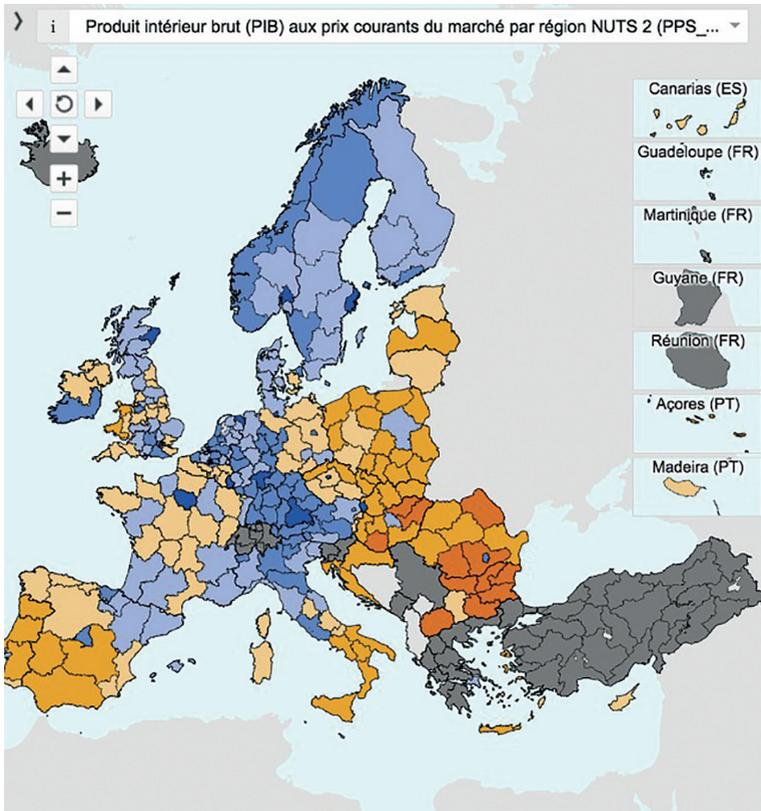


Figura 24. Producto interior bruto (fuente: Eurostat).

Las diferencias entre países europeos son sustanciales si se mide el producto interior bruto (PIB) por habitante, un indicador de actividad económica. Los valores alcanzados por los distintos países de Europa fluctúan entre el 45% por debajo de la media comunitaria que se registra en Bulgaria y el 263% por encima de la media de la UE, PIB per cápita que corresponde a Luxemburgo —el país con menos habitantes de la Unión, solo por detrás de Malta—. Once países de la UE tuvieron en 2016 un PIB por habitante superior a la media: Luxemburgo (263%), Irlanda (132%), Holanda (130%), Austria (128%), Alemania, Suecia y Dinamarca (124% cada uno), Bélgica (119%), Finlandia (110%), el Reino Unido

(108%) y Francia (107%). España se sitúa en el 93%, algo por debajo de la media europea, aunque, como el mapa indica, Cataluña se sitúa al nivel de zonas de Gran Bretaña, Francia, Alemania, norte de Italia, Noruega o Finlandia.

Comparemos ahora los resultados del PIB con las tasas de natalidad:

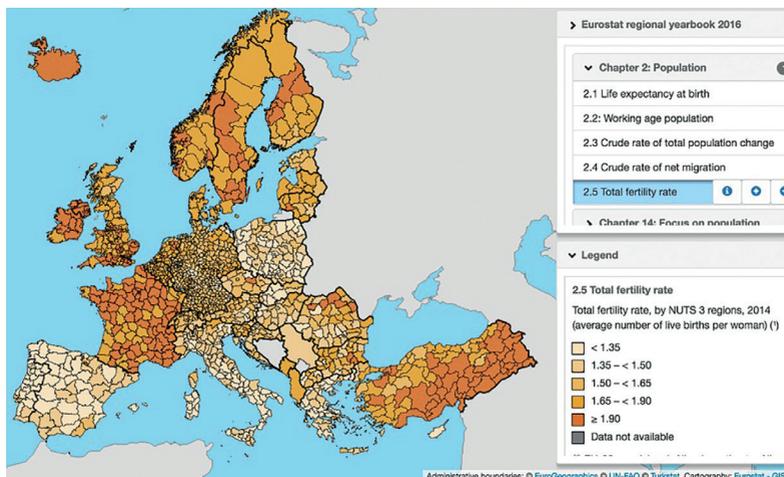


Figura 25. Tasas de natalidad (fuente: Eurostat).

Cataluña se encuentra en la franja 1,35-<1,50, paralelamente a Polonia, zonas de los Balcanes, Grecia, Italia y Portugal, muy alejada de las zonas equivalentes en PIB. La nula correspondencia entre el nivel medio-elevado de producto interior bruto catalán y la baja tasa de natalidad indica que las causas de tal desequilibrio no responden a los datos macroeconómicos. Se han de buscar otro tipo de explicaciones.

En primer lugar, quisiera considerar el descenso de la tasa de natalidad en Cataluña refiriéndome a la escala mundial. El fenómeno afecta a casi todo el mundo, y países muy diferentes como Brasil, Tailandia, Irán y los del Magreb han pasado de un promedio de 5-6 niños a 2-3 en pocas décadas. Por supuesto que han influido el desarrollo científico-tecnológico, el bienestar económico, la elevación de la educación y el trabajo extradoméstico de las mujeres, pero mucho más un acontecimiento histórico que hemos llamado la revolución femenina y el fin del patriarcado, un acontecimiento simbólico registrado no solo en Occidente, sino también,

de otras maneras, en sociedades y culturas diferentes a la modernidad occidental, porque las ideas que están en el corazón de las mujeres, como el cuidado de la vida y la convivencia, la subjetividad como cuerpo pensante, el carácter culturalmente inaceptable del control sobre el fecundo cuerpo femenino, han circulado en muchas partes del mundo, como lo demostraron hace diez años el Foro Mundial de Pekín y en el de Huairou.

Escuchando a las mujeres, podemos comprender que, con un mínimo de autonomía, desean un/a hijo/a

[...] non in maniera astratta e assoluta, ma come parte di un progetto di vita, in combinazione con altri impegni e amori, nel contesto in cui ci troviamo a vivere, con quello che offre, con quello che nega. E così ci regoliamo rispetto al diventare o non diventare madri (MURARO, 2003).

Porque, para una mujer, la crianza de los hijos es una experiencia global y persistente, que la redefine en profundidad en el cuerpo, en gestos, emociones, fantasías, pensamientos, relaciones, y la coloca en un orden de responsabilidad dentro del cual el bien propio, el bien de los hijos y el de la convivencia colectiva tienden a ser vividos como solidaridad y en un proyecto de vida fuertemente sostenido por una atención relacional y en el que, por tanto, poco se experimenta. Esto es lo que Carmine VENTIMIGLIA (1996) ha denominado *trasversalità dell'interesse materno*, esa circularidad/mental-afectiva-conductual-significante, entre diferentes contextos de la vida cotidiana y trayectorias, que representa el modo femenino de ser en la maternidad, las relaciones y las cosas del mundo, muy diferente de las prácticas paternas disociativas y de las estrategias rectilíneas y secuenciales del trabajo masculino.

A mi entender, existen factores objetivos y estructurales que obstaculizan la formación de un deseo de maternidad o la transición del deseo a la realidad de convertirse en madre, factores que, sin embargo, están relacionados con las formas de organización social predominantemente masculinas, formas esculpidas en el adulto varón libre de las tareas de cuidado y en el ideal individualista de autonomía entendido como autosuficiencia. El difícil acceso a los recursos económicos, la escasez de servicios, la inseguridad y la *dureza* del trabajo (que se ha vuelto altamente competitivo, omnidominante, caracterizado por continuas transformaciones), que requiere tiempo, recursos cognitivos y altas energías psíquicas, son ciertamente elementos estructurales que considerar, junto con la organización de los tiempos y la vida social cotidiana, que agravan el cansancio y la

soledad de quienes son padres, especialmente en las grandes ciudades. Y las jóvenes, un gran número de las cuales desearían tener hijos, aunque no en una etapa temprana, no consiguen hacerlo, presas entre la necesidad-deseo de educación y trabajo, inseguridad laboral, pobre apoyo social, dificultades de pareja, etc. Y silencian, de manera diferente y personal, el deseo de la maternidad, no permitiéndole salir a la luz (dar a luz).

Por todo lo dicho, es importante destacar la capacidad de elección y la pluralidad de decisiones e intereses entre las mujeres. Por tanto, respeto las diversas opciones, entre ellas las que eligen el modelo de crianza con apego... Sin embargo, precisamente por ello, me parece fundamental que lo cuestionemos y reflexionemos de forma crítica, ya que desde mi opinión algunos aspectos son problemáticos. Por ejemplo, considero sospechoso el estatus de madre como única responsable del bienestar material y emocional del bebé. ¿No será este un nuevo/viejo mandato para las mujeres? Creo que es un lugar muy cómodo para ellos, los padres, si es que están. ¿Dónde quedan ellos en este modelo? Se supone que los padres que eligen este modo de crianza tienen la misión principal, durante el primer año, de sostener y cuidar la diada madre/bebé, pero conozco a muy pocos que lo hacen y —no por casualidad— sus parejas son mujeres feministas. Pero en caso de que los padres tengan un empleo, ¿quién hace estas tareas para que la madre pueda estar 100% con la criatura? ¿Cuál es el rol de otras personas cuidadoras? ¿Cuáles son los roles que se supone que debe desempeñar una pareja homosexual en este modelo de crianza? En consecuencia, deviene fundamental poder reflexionar si las prácticas de crianza natural, además de ser dicotómicas y binarias, son compatibles con la autonomía de las mujeres y con la corresponsabilidad por parte de las parejas.

Por otra parte, ante la contradicción cultural entre este modelo de maternidad intensiva de la crianza con apego y las demandas del mercado laboral, muchas mujeres optan por dedicarse en exclusiva a la crianza. Carolina DEL OLMO (2013), en su libro *Dónde está mi tribu*, explica que este fenómeno coincide en el tiempo con la difusión del modelo de crianza natural. Me pregunto: ¿no será también que interesa que las mujeres vuelvan al hogar? Otra lectura señalada por la autora es que este fenómeno también podría interpretarse como una crítica a las condiciones que exige el mercado laboral, como he señalado antes. DEL OLMO es muy crítica con los preconizadores de la crianza con apego:

Casi siempre están dirigidos a mujeres de clase media, burguesa. Carlos González, que dentro de la corriente de apego me parece el más sensato, dice que lo que necesitan nuestros hijos es tiempo: dadles tiempo, como si dependiera de nuestra elección el tener tiempo, como si no tuviéramos que trabajar las horas que nos marcan y nos obligan. Quizás está dirigiéndose a ese sector minoritario que podría tener un horario de trabajo de ocho horas y elige uno de doce para trepar, digamos, en un bufete de abogados hipercompetitivo; personas con las que yo, al menos ideológicamente, no comparto nada. Pero no lo dice. No dice «eh, *yuppies* del mundo, esto va para vosotros». Él se dirige a la sociedad en general. En cambio, el tema del dinero y el trabajo es absolutamente central y no aparece, no está por ningún lado. Y si sale, siempre es para decirte que no te importe. Que si tienes que volver al trabajo después de 16 semanas y trabajar un montón, bueno, pues que no te agobies: sacaleches, teta a demanda por la noche, colecho (que el niño duerma en la cama de los padres) y mucho cariño mientras estás en casa. Lo siento, al menos hay que ofrecer una herramienta que te invite a pensar que es intolerable que tengas que volver al trabajo después de 16 semanas y que tengas que vivir atada a un sacaleches. No se comprende cómo un experto que te da consejos obvia estos detalles, porque de alguna forma deberían quedar reflejados¹².

La crítica al capitalismo y sus efectos está muy presente también en las teorías transfeministas, que destacan la heteronormatividad y el binarismo sexual como elementos fundamentales del capitalismo. Para enfrentar esta violencia se propone visibilizar la multiplicidad identitaria, es decir, las múltiples y diversas personas que también se ven afectadas por esta lógica de dominación. En este sentido, se destaca la capacidad de agencia de las personas y la importancia del placer. Por último, estas propuestas feministas resaltan la importancia de los cuidados y la sostenibilidad de la vida, nociones que son incompatibles con la lógica capitalista actual. Claro que muchas de estas propuestas no son del todo nuevas. Postular el deseo y la conciencia de la maternidad es una propuesta del pensamiento de la diferencia sexual, como se ha visto antes. Ello no obstante, desde los transfeminismos se pretende reformular el placer de la maternidad y desligarlo del cuerpo biológico de las mujeres para reflexionar sobre la función social de la maternidad, que puede desempeñar cualquier persona independientemente de su sexo.

12 <http://www.eldiario.es/sociedad/conciliacion-tomadura-pelo_0_183031958.html> (consulta: 21-1-2018).

Los testimonios de la experiencia de Thomas BEATIE, de Oregón (2008), ejemplifican lo que digo. Para él, el deseo de tener un bebé no fue una necesidad únicamente femenina, sino que consideraba que parte del ser humano. Por ello decidió junto con su pareja pasar por un proceso de reproducción asistida desde donde vivieron experiencias de discriminación tales como el rechazo de algunos profesionales de dirigirse a él como un varón. Thomas se preguntó si la sociedad estaba preparada para aceptar un marido embarazado y esperaba que su situación hiciera preguntarse a la gente qué era para ella lo normal. En este sentido, son espeluznantes las cifras sobre los requerimientos obligatorios de esterilización a personas transexuales en países europeos publicados por Transgender Europe. De 50 países europeos, 34 permiten a las personas trans cambiar legalmente su nombre y sexo, sin embargo, 21 de ellos exigen la esterilización obligatoria de quienes accedan a este cambio. Obviamente este es un problema de derechos humanos que incluso puede interpretarse como un delito de lesa humanidad. Pero, además, resalta la importancia social de la reproducción y la maternidad, así como la discriminación de esta experiencia en según qué cuerpos.

Por tanto, las maternidades trans son subversivas. El estudio de la maternidad trans, *queer* y homosexual ha generado un campo de estudio feminista bastante productivo, especialmente en Estados Unidos y en Canadá. Una de sus representantes, Rachel EPSTEIN (2002), estudia estas familias y concluye que las negociaciones que se realizan en el terreno de la maternidad contribuyen a la deconstrucción del dualismo masculino/femenino para ampliar el rango tanto de las identidades como de la maternidad. La autora indica que mucha de la investigación sobre las madres lesbianas tenía como objetivo demostrar que son tan buenas como las heterosexuales. Sin embargo, el foco ha cambiado y los estudios actuales sobre el tema pretenden considerar la diversidad y la potencialidad transgresora de la maternidad lesbiana y trans en la desnaturalización y transformación de los discursos sobre lo maternal y lo identitario.

La maternidad empoderada es cualquier práctica maternal que busca desafiar y modificar aspectos de la maternidad como institución patriarcal opresiva. Para ello es fundamental recuperar la maternidad como experiencia, como propuso Adrienne RICH (1976). En la actualidad existen multitud de experiencias que postulan la maternidad como práctica subversiva y, por tanto, destacan la capacidad de agencia, el empoderamiento y el placer que esta implica. Por nombrar algún ejemplo, la activista

transfeminista María LLOPIS¹³, en su proyecto de libro y documental sobre la maternidad subversiva, define la maternidad como una experiencia sexual, vital y emocional con alto potencial subversivo, destacando que esta experiencia no está vinculada a ser biomujer.

Para acabar, voy a retornar a la encuesta del inicio. Los resultados obtenidos indican una respuesta masiva de mujeres, desde los 19 a los 75 años, con mayoría en la franja de edad de 26 a 44, procedentes casi la totalidad de las áreas urbanas y metropolitanas de Tarragona y Barcelona. Más de la mitad ya tienen hijos/as o quieren tener, gozan de formación elevada, y se dedican profesionalmente sobre todo a las áreas administrativas, de educación y salud. En relación con los aspectos que giran alrededor del embarazo, parto y crianza, muchas de ellas saben qué es una doula y el plan de parto; se muestran críticas con la medicalización de este; declaran estar a favor del parto en casa; la crianza con apego, y la lactancia natural y a demanda. Dudan ya más respecto al colecho o la crianza compartida. Respecto a dejar de trabajar para dedicarse al 100% a los hijos, las opiniones continúan estando divididas. Defienden mayoritariamente la adopción en caso de no poder tener descendencia, están muy a favor de la inseminación artificial, pero mucho menos de la fertilización *in vitro* y las madres de alquiler. Gran parte de ellas simpatiza con el feminismo, aunque, paradójicamente, desconocen qué opina de la maternidad.

Corolarios que me han instado a escribir estas reflexiones¹⁴, desde feminismos de la igualdad, de los años cincuenta del siglo pasado, recorriendo otros planteamientos teóricos de los setenta y ochenta, de la segunda ola, y en especial del pensamiento de la diferencia sexual y el ecofeminismo, para acabar con las propuestas más recientes, fruto de los feminismos *queer*. Es decir, he trazado un recorrido a través de una perspectiva triple: el trabajo de campo *online*, la de las teorías feministas y la de la historia de las mujeres. Sin duda alguna este trayecto demuestra la riqueza de las reflexiones feministas sobre las maternidades. Porque es obvio que no existe un único feminismo, como tampoco un único modelo maternal. Esta diversidad de enfoques, ideas, opiniones, no indica ni confrontación ni busca imponer una teoría sobre otra, al contrario, es marca de dinamismo de los feminismos y resalta la imposibilidad de repensar lo

13 <<http://mariallopid desnuda.com/category/maternidades-subversivas/>> (consulta: 21-1-2018).

14 La tasca civilitzadora de les dones: les absències històriques? (CUADRADA, 2009b: 24-65).

maternal desde el mito, la naturaleza y la ahistoricidad. Como indica Patrice DI QUINZIO (1999), la teoría feminista debería abandonar el objetivo de imponer una descripción unitaria de la maternidad.

Acostumbrémonos, pues, a los plurales, a la pluralidad, signo de vitalidad.

Bibliografía

- BADINTER, Elizabeth (1991). *¿Existe el instinto maternal? Historia del amor maternal siglos XVII al XX*. Barcelona: Paidós.
- (2011). *La mujer y la madre. Un libro polémico sobre la maternidad como nueva forma de esclavitud*. Madrid: La esfera de los libros.
- BEAUVOIR, Simone de (2009-2010 [1949]). *Le deuxième sexe*. Paris: Gallimard.
- BOCCHETTI, Alessandra (1996). *Lo que quiere una mujer. Historia, política, teoría. Escritos, 1981-1995*. Madrid: Cátedra.
- DEL OLMO, Carolina (2013). *¿Dónde está mi tribu?* Madrid: Clave Intelectual.
- CUADRADA, Coral (2009a). «La maternidad: del deseo privado a la esfera pública». En *Congreso Internacional Las mujeres en la esfera pública: filosofía e historia contemporánea* (pp. 267-287), 11-13 junio 2008. Madrid: Universidad Carlos III.
- (2009b). «La tasca civilitzadora de les dones: les absències històriques?». *En Memòries de dones* (pp. 24-65). Tarragona: Arola eds.
- (2015). «El ejemplo del centro de planning de Tarragona (ayer) vs. Facebook (hoy)». En MAÑAS VIEJO, Carmen; ESQUEMBRE CERDÁ, Mar; MORENO SECO, Mónica y MONTESINOS SÁNCHEZ, Nieves (eds.), *I Coloquio Internacional Haciendo Historia: Género y Transición Política «Transiciones en Marcha»* (pp. 112-126). Alicante: Universidad de Alicante.
- CUADRADA, Coral; LASHERAS, Ada; MARSAL, Roser y ROYO, Carlota (poner año). *Oikonomía, cuidados, reproducción, producción*. Tarragona: Publicacions Universitat Rovira i Virgili. Disponible en: <<http://llibres.urv.cat/index.php/purv/catalog/book/156>> (consulta: 21-1-2018).
- DI QUINZIO, Patrice (1999). *The impossibility of motherhood: feminism, individualism, and the problem of mothering*. New York: Routledge.

- EPSTEIN, Rachel (2002). «Butches with babies». *Journal of Lesbian Studies*, 6(2), 41-57.
- ESTADÍSTICA SOCIAL (2007). *Comptes satèl·lit de producció domèstica 2001*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Disponible en: <<https://www.idescat.cat/cat/idescat/publicacions/catalog/pdfdocs/cspd01.pdf>> (consulta: 20-1-2018).
- FEDERICI, Silvia (2004). *Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria*. Madrid: Traficantes de Sueños.
- (2013). *Revolución en punto cero. Trabajo doméstico, reproducción y luchas feministas*. Madrid: Traficantes de Sueños.
- HAYS, Sharon (1998). *Las contradicciones culturales de la maternidad*. Barcelona: Paidós.
- IRIGARAY, Luce (1982). *Loublí de l'air*. Paris: Editions de Minuit.
- (1992). *Yo, tú, nosotras*. Madrid: Cátedra.
- MIES, María y SHIVA, Vandana (1997). *Ecofeminismo. Teoría, crítica y perspectivas*. Barcelona: Icaria.
- MURARO, Luisa (1994). *El orden simbólico de la madre*. Madrid: Horas y Horas.
- (2003). «I bambini li fanno le donne». *L'Unità*, 8-2-2003.
- (2016). *L'anima del corpo. Contro l'utero in affitto*. Brescia: La Scuola.
- REID, Margaret (1934). *Falta el título*. Disponible en: <<https://archive.org/details/economicsofhouse00reid>> (consulta: 21-1-2018).
- RICH, Adrienne (1976). *Nacida de mujer. La crisis de la maternidad como institución y como experiencia*. Barcelona: Noguer.
- SAU, Victoria (1995). *El vacío de la maternidad. Madre no hay más que ninguna*. Barcelona: Icaria.
- SHIVA, Vandana (2015). *The Vandana Shiva Reader*. Lexington: University Press of Kentucky.
- TRANSGENDER EUROPE (falta el año). *Trans Rights Europe Map & Index 2014*. Disponible en: <http://www.tgeu.org/trans_rights_europe_map> (consulta: 22-1-2018).
- TUBERT, Silvia (ed.) (1996). *Figuras de la madre*. Madrid: Cátedra.
- VENTIMIGLIA, Carmine (1996). *Paternità in controllo*. Milano: Franco Angeli.

II.II
MATERNIDAD SUBROGADA:
DINÁMICAS DE PODER Y LEGALIDAD

Marta Busquets Gallego
Ph. D Student. Universitat Rovira i Virgili

Resumen. Este artículo explora la maternidad subrogada desde una perspectiva feminista. Analiza los discursos de poder que tienen lugar dentro de esta, así como las interacciones entre economía, producción, capital y derecho, que, junto con concepciones mecanicistas y neoliberales del cuerpo, hacen posible esta realidad reproductiva.

Palabras clave: maternidad subrogada, feminismo, género, maternidad, derecho.

Abstract. This article explores surrogate maternity from a feminist perspective. It analyses the power discourses that take place within it, the interactions between the economy, production, capital and law, which together with mechanistic and neoliberal concepts of the body, make this form of reproduction a possibility.

Keywords: surrogate motherhood, feminism, gender, maternity, law

Introducción

El debate sobre la gestación subrogada está de actualidad. Permitida en algunos países, prohibida¹ en otros, lo cierto es que sucede y cada vez más. En 2017 se dieron a conocer por primera vez datos oficiales acerca de las personas nacidas por gestación subrogada en España basados en las inscripciones registrales entre los años 2010 y 2016, alcanzando casi el millar (GUTTON, 2017).

Las cifras oficiales son menores a las facilitadas por las agencias, siendo una de las razones que en el momento del registro haya inscripciones que se tramitaran como adopciones (GUTTON, 2017). En el año 2015 las agencias intermediarias hablaban de unas 1.400 personas nacidas en distintos lugares del mundo mediante la firma de este contrato por parte de ciudadanas/os españolas/es, mientras que en Estados Unidos nacieron unas 2.000, tres veces más que hace una década (LEÓN, 2015).

Metodología y posicionamiento

El presente artículo se nutre de las críticas a las concepciones que entienden la ciencia y/o academia como neutrales y objetivas. Los esquemas de conocimiento tradicionales ocultan actitudes de poder a pesar de presentarse como búsqueda de verdad, practicando un conocimiento reduccionista, androcéntrico y patriarcal (TACORONTE DOMÍNGUEZ, 2011; PRECIADO, 2005; HARAWAY, 1992).

Se opta por seguir metodologías feministas, aceptando que en toda investigación existe un interés de tipo político o ideológico (BARTRA, 1998), asumiendo un posicionamiento² concreto y abierto y practicando una objetividad subalterna³ (PRECIADO, 2005).

Incorpora el género como categoría de análisis, explorando cómo esta legitima a la par que construye y modifica las relaciones sociales (SCOTT,

1 Pero a menudo indirecta o directamente tolerada en otros.

2 Concepto definido desde las epistemologías feministas como conocimientos situados.

3 La objetividad subalterna implica romper la desigualdad de qué sujetos pueden conocer y cuáles no, dando acceso a colectivos subalternos a las tecnologías de producción de saber, lo cual genera una ruptura epistemológica (PRECIADO, 2005).

1986), buscando formular nuevas preguntas y propuestas cuestionando las dinámicas androcéntricas (TACORONTE DOMÍNGUEZ, 2011; BARTRA 1998).

Incluye el análisis del lenguaje como instrumento de poder, de acuerdo con el cual las prácticas discursivas son un ejercicio por parte de quien emite un discurso que busca la persuasión de las personas receptoras, vinculando dichas prácticas a creencias, actitudes, valores, saberes y elementos culturales, contribuyendo de este modo a las relaciones de poder en una sociedad (ROJAS BERMÚDEZ y SUÁREZ GONZÁLEZ, 2008).

¿Qué es la gestación subrogada?

«Es cuando una mujer está embarazada y posteriormente va a dar a luz, no obstante el bebé pertenece⁴ tanto genéticamente como de forma legal a otros padres» (AGENCIA ESPAÑOLA DE GESTACIÓN SUBROGADA, 2017).

El uso de las palabras no es inocente y debe establecerse una relación entre cognición, sociedad y discurso para entender cómo estas están cargadas de ideologías, intenciones, valores y actitudes, que, mediante la interacción y reproducción sociales, inciden en los comportamientos individuales y grupales (ROJAS BERMÚDEZ y SUÁREZ GONZÁLEZ, 2008).

Las agencias intermediarias inciden explícitamente en esto:

La gestación subrogada o gestación por sustitución, mal llamada maternidad subrogada, maternidad suplente, vientre de alquiler o vientre sustituto, es una técnica de reproducción asistida por la que una mujer accede a gestar el hijo de otra persona.

A la mujer que dona su capacidad de gestar se le llama gestante o gestante subrogada, aunque también encontraremos literatura donde se emplean conceptos erróneos⁵ como madre sustituta, madre subrogada, madre de alquiler o madre suplente (BABYGEST, 2017).

Siempre se habla del proceso como de una «técnica de reproducción asistida», evitando términos mercantiles, así como el uso de la palabra *madre* respecto de la gestante. Afirmar que la mujer «dona» su capacidad de gestar invisibiliza los intercambios económicos que se producen, especialmente en el contexto de las agencias intermediarias.

⁴Nótese el uso del verbo pertenecer respecto del bebé.

⁵Nótese el uso de erróneos respecto de los términos para referirse a la mujer que gesta al bebé.

También es muy habitual excluir del debate y los discursos en torno a la gestación subrogada a la *persona* objeto del contrato. Utilizo expresamente el término persona porque la palabra *bebé* se reviste de connotaciones adultocéntricas⁶ y objetificadoras.

¿Regulación o despenalización?

Lo anterior cobra especial relevancia porque, a pesar de que en el debate público español se habla de la necesidad de regular la gestación subrogada, esta ya se encuentra regulada en sus vertientes civil y penal.

Noelia IGAREDA (2015) se refiere a la Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre Técnicas de reproducción humana asistida, que en su artículo 10 declara nulos los contratos de gestación por sustitución⁷, y a la regulación del Código Civil español, según el cual este tipo de contratos son nulos por objeto y por causa. Se entiende por objeto aquel bien externo al sujeto sobre el cual puede recaer el poder de voluntad y en un sentido amplio se llama bienes a todos aquellos posibles objetos del derecho subjetivo, e incluso más allá de él, a los atributos y conductas personales. En cuanto a la causa, es la razón objetiva e inmediata de la obligación. Hay cosas que, por ley, costumbre o principios generales, quedan excluidas de ser objeto o causa en el ámbito contractual: el cuerpo de las personas, así como sus capacidades, entre otras, por considerarse indisponibles, intransferibles o personalísimas (LACRUZ BERDEJO *et alii*, 2005).

Es importante tener en cuenta el artículo 221 del Código Penal español, de acuerdo con el cual:

1. Los que, mediando compensación económica, entreguen a otra persona un hijo, descendiente o cualquier menor aunque no concurren relación de filiación o parentesco, eludiendo los procedimientos legales de la guarda, acogimiento o adopción, con la finalidad de establecer una relación análoga a la de filiación, serán castigados con las penas de prisión de uno a cinco años y de inhabilitación especial para el ejercicio del derecho de la patria potestad, tutela, curatela o guarda por tiempo de cuatro a diez años.

6 Adultocentrismo implica la tendencia por parte de la población adulta a contemplar a la infancia desde una perspectiva de privilegio (GOODE, 1986). PETR (1992) exponía que las manifestaciones de adultocentrismo son a menudo nebulosas y elusivas.

7 Gestación por sustitución es el término empleado por la propia ley.

2. Con la misma pena serán castigados la persona que lo reciba y el intermediario, aunque la entrega del menor se hubiese efectuado en país extranjero.

Además, el derecho penal se rige por el principio jurídico de *ultima ratio*: solo asume las conductas más lesivas y ofensivas a nivel jurídico y social (MORENO TORRES HERRERA *et alii*, 2016).

Por lo tanto, la gestación subrogada no solo ha sido regulada en distintos momentos históricos, sino que se encuentra penada⁸ de la forma jurídicamente más gravosa posible. Hablar desde los partidos políticos o el activismo de la necesidad de «regular» la gestación subrogada invisibiliza todo lo anterior y presenta la cuestión desde una óptica que no se corresponde con la realidad jurídica.

El objeto en el contrato de gestación subrogada

Alegan algunos sectores, desde argumentos a mi parecer adultocéntricos, que el contrato de gestación subrogada recae sobre el cuerpo de la mujer gestante y, por lo tanto, vinculan su validez al hecho de que la mujer, en cuanto persona adulta, es libre para contratar⁹ su capacidad de gestar y parir. Al margen de que estos argumentos responden a concepciones neoliberales de la libertad, donde las decisiones de las personas se consideran libres sin ser contextualizadas según condicionantes sociales, económicos, de clase, raciales, etc., a continuación, propondré por qué considero este argumento inválido a nivel jurídico.

En el libro IV, título I, del Código Civil español, se regulan las obligaciones y los contratos. A través del contrato de la gestación subrogada se generan una serie de derechos y obligaciones respecto de ambas partes contratantes. Dice el artículo 1088 de dicho Código Civil que «toda obligación consiste en dar, hacer o no hacer una cosa».

La prestación es el comportamiento obligatorio, que, después de firmar el contrato creando vínculos jurídicos, deja de ser libre e indiferente pasando a ser ordenada y polarizada en un determinado sentido. Puede ser positiva (dar o hacer) o negativa (no hacer). También distinguimos entre prestaciones de actividad y de resultado. Las de hacer (de actividad)

⁸La ley de técnicas de reproducción asistida, 14/2006, y el Código Civil (1889) se promulgan con casi un siglo de diferencia.

⁹Y en la mayoría de los casos, recibir dinero a cambio.

se agotan con el comportamiento determinado de la persona obligada y las de resultado, además, llevan incorporada la obtención/entrega del objeto del contrato, representando una opción intermedia entre tres posibles: prestación de hacer o no hacer limitada a la actividad, prestación de hacer o no hacer actividad, incluyendo la obtención de un objeto que es producto precisamente de la actividad, y prestación de dar pura, en la que el objeto ya existía antes de firmarse el contrato al margen de la actividad de la persona obligada (LACRUZ BERDEJO *et alii*, 2007).

Si en el contrato de gestación subrogada solo se contratara la capacidad de gestar y parir de la mujer, este se entendería cumplido realizando exclusivamente dichos comportamientos. Pero la obligación incluye la entrega de un bebé concreto con unas características determinadas¹⁰, por lo que el objeto principal del contrato conlleva la entrega de una persona que ha sido gestada y alumbrada y que, a consecuencia de este último acontecimiento, ha adquirido personalidad y subjetividad jurídica, por lo que quedaría excluida la posibilidad de contratar sobre ella.

Derecho, poder, feminismo, subrogación

Las teorías jurídicas feministas oscilan entre concepciones liberales que consideran el derecho neutral y aceptan la universalidad del sujeto, contemplándolo como un buen instrumento para la causa feminista, hasta concepciones posteriores de tipo radical¹¹ que defienden que el Estado y las leyes están impregnados de ideología, y al servicio del poder, siendo el sujeto de derecho androcéntrico (MACKINNON, 1995; BODELÓN y BERGALLI, 1992).

Entre estas dos posiciones también han surgido teorías reformistas de tipo intermedio que aceptan, por un lado, la posibilidad de lograr a través de cambios en el derecho una sociedad más justa que promueva los intereses de grupos débiles, asumiendo de todos modos su operatividad como elemento opresor (FACCHI, 2005; BODELÓN, 2010).

Michel FOUCAULT (2012) llevó a cabo un análisis de las técnicas jurídicas en relación con el poder y la dominación, que, aun centradas en el ámbito penal, pueden y deben incorporarse a la reflexión a nivel jurídico

10 Por ejemplo, de vinculación genética.

11 Sobre todo, a raíz del marxismo.

y social, en la línea de las propuestas feministas antes abordadas. Él habla del control de los cuerpos a través de nuevas políticas que se traducen en cambios legislativos, que no tienen que ver con nuevas sensibilidades¹², sino con nuevas concepciones del poder, así como con necesidades de estímulo económico.

En concreto, documentó cómo en el momento del advenimiento del capitalismo disminuían los crímenes de sangre a la par que aumentaba la delincuencia de tipo fraudulento, generando una justicia de clase donde el ilegalismo de los derechos (reservado ahora a la burguesía) se oponía al de los bienes (clases populares), siendo los crímenes más perseguidos en la práctica aquellos contra la propiedad comercial e industrial. Lo anterior tenía lugar en un momento en que se intensificaban el control, sometimiento y disciplinamiento de los cuerpos mediante el control de las ideas.

Estas nuevas estrategias jurídicas buscaban constituir un nuevo sistema económico ligado a renovadas tecnologías del poder de castigar, que, a su vez, se vinculaban a nuevas concepciones de la teoría general del contrato.

Todas estas transformaciones jurídicas tenían que ver con las necesidades económicas y sociales de la burguesía, que, por su parte, tenía la posibilidad de eludir sus propios reglamentos y leyes asegurando un inmenso sector de circulación económica, desplegando su actividad en los márgenes de la legislación, previstos por sus silencios o liberados por la tolerancia de los hechos.

En la misma línea se expresaban BERGALLI y BODELÓN (1992) cuando afirmaban que históricamente el sistema jurídico penal ha reforzado intereses sociales de clase, expresados en diversas necesidades de control social.

Ideologías vs. cuerpos

Desde los feminismos se ha manifestado en múltiples ocasiones la necesidad de asumir que en toda investigación, ya sea académica o científica, existen intereses políticos e ideológicos, aún cuando tradicionalmente estas instituciones se presenten como neutrales y objetivas (BARTRA, 1998).

12 A pesar de que se promuevan como tales.

A continuación, trataré de resumir algunos saltos ideológicos que nos han conducido en el mundo occidental hacia una concepción del cuerpo en relación con la reproducción donde la esterilidad y los laboratorios cobran cada vez más protagonismo.

De acuerdo con FEDERICI (2010), uno de los cambios ideológicos y económicos más relevantes en el mundo occidental se produce en el siglo XVII, donde se establece el conflicto entre la razón y el cuerpo, un enfrentamiento entre «lo mejor» y lo «más bajo». Los esfuerzos van entonces dirigidos a crear un nuevo tipo de individuo, el cual, liberado de las barreras de la naturaleza, entiende su cuerpo como un capital que debe ser entregado al mejor postor mientras que las condiciones impuestas por el modo de producción imperante¹³ se presentan irónicamente como inmutables e incuestionables leyes de la naturaleza.

El cuerpo pasa al primer plano de las políticas sociales, pues deja de ser una bestia inerte frente a los estímulos del trabajo para convertirse en recipiente de fuerza de trabajo, en definitiva, un medio de producción. Es también en ese momento cuando la nueva filosofía mecánica acuña la mecánica del cuerpo, en el que este es separado y clasificado en todos sus componentes y posibilidades (*ibid.*).

A pesar de que esta filosofía de carácter burgués degrada de una vez por todas el cuerpo, se dedica a estudiar las capacidades humanas en relación con su potencial para trabajar, producir, así como maximizar su utilidad social, conceptualizándolo de modo que todas sus operaciones sean inteligibles y controlables. El cuerpo debe ser poder abierto a la manipulación infinita de sus poderes y posibilidades, incrementando el control de la clase dominante sobre el mundo natural (*ibid.*).

La conclusión de lo anterior es que con el advenimiento del capitalismo, y posteriormente el neoliberalismo, el cuerpo pasa a ser concebido en términos mecanicistas, productivos y extractivos. Además, recordemos que, en la nueva jerarquía de binomios, mientras que la ciencia, la tecnología o la razón pasan a ser buena consideración y quedan asignadas como características masculinas, la naturaleza, el cuerpo o los afectos se configuran como categorías degradadas y eminentemente femeninas.

En relación con las técnicas de reproducción asistida, Rosi BRAIDOTTI (2000) alertaba de que, siguiendo una perspectiva feminista, es especial-

13 Antes capitalista, ahora neoliberalista.

mente problemático que la apropiación biotecnológica de lo maternal se esté dando precisamente en el momento histórico en el que las mujeres hemos exigido explícitamente el control político sobre nuestros cuerpos y capacidad reproductora. Sigue la autora diciendo que la lógica del biopoder apartará a las mujeres de formas tradicionales de maternidad basadas en la familia patriarcal heterosexual para imponer una reproducción altamente tecnificada, igualmente masculina.

María MIES y Vandana SHIVA (2014) afirman que las tecnologías de reproducción no promueven la felicidad humana y no responden a necesidades de las mujeres, sino del capital, pues se llevan a cabo en un contexto donde se invisibilizan relaciones sociales explotadoras y subordinadas. Mientras se esgrimen justificaciones humanitarias¹⁴, en realidad se busca el control total de una reproducción basada, sobre todo, en la selección y dominación naturales.

Así, a las personas blancas se las incentiva y ayuda a reproducirse literalmente a cualquier precio, a la par que a mujeres del Tercer Mundo o racializadas se les impide tomar decisiones reproductivas, incluso son sometidas a esterilizaciones forzadas. Contradictoriamente, las mujeres del Tercer Mundo, racializadas o pobres sí parecen poder elegir libremente gestar para otras mujeres del Primer Mundo, blancas o ricas.

Todo ello se impregna, además, de una ideología de acuerdo con la cual la reproducción, hasta ahora un proceso creativo, pasa a ser un proceso industrial, donde se excluye la simbiosis entre mujer y bebé, convirtiendo a ambos en antagonistas, pasando en especial la mujer a ser objeto pasivo. Además, también con frecuencia se defiende la inferioridad de la reproducción «natural» frente a las posibilidades tecnológicas.

Documentan también las autoras el cambio de lenguaje que se produce a partir del congreso de Bonn. En sus orígenes, las nuevas tecnologías de reproducción hablaban de ayudar a personas estériles, más adelante se habla de ayudar a superar el problema de crecimiento demográfico del capitalismo industrial. Complementariamente, se articula todo un discurso basado en la autonomía reproductiva y el cuerpo humano como propiedad susceptible de ser comercializada por partes. MIES y SHIVA (*ibid.*) se lamentan de que estos discursos no tengan en cuenta las imposiciones económicas, políticas y culturales del capitalismo internacional.

14 Ayudar a parejas estériles u homosexuales.

En el caso de la gestación subrogada, existe libertad, por ejemplo, para acceder a gestar, pero esta libertad no incluye la de desistir del contrato. A menudo las mujeres gestantes tampoco pueden ejercer su libertad para decidir qué dieta van a seguir, ni siquiera tienen permitido vivir con su familia y son trasladadas a pisos controlados por las agencias. Con frecuencia tampoco deciden sobre su parto y suele suceder que, por comodidad de la familia intencional, se les practica una cesárea, facilitando también la desvinculación afectiva de este modo (BARBERO, 2013).

También habla de ello Patricia MERINO (2017) cuando relata que la diada madre-criatura ha sido la base empírica y lugar de crianza para los humanos hasta la llegada de las sociedades posindustriales y mercantiles, en las cuales se relativizan y banalizan nuestras necesidades bioecológicas y se niega trascendencia a todo aquello que es naturaleza en nosotros, en consecuencia, interviniendo de forma patriarcal pero sumamente sofisticada en los procesos de maternidad para ponerlos al servicio de intereses ajenos, sirviéndose de la fragmentación y la racionalización para dominar la naturaleza y lo relativo a la maternidad.

Según MERINO, una forma de alienación patriarcal clásica fue separar gestación, parto y crianza de los derechos jurídicos de propiedad sobre las criaturas, asignándolos siempre al varón, existiendo hoy una escisión aún más radical: «[...] separar la producción del bebé (gestación y parto) de su crianza y hasta de su ascendencia genética» (2017: 21).

Para la autora no es casualidad que las líneas ideológicas interesadas en minimizar la importancia de la maternidad biológica igualando el rol de hombres y mujeres en la producción de la descendencia se den en una época en la que la producción de bebés ha devenido una actividad mercantil.

¿Madre es la que cría?

Patricia MERINO (2017) también documenta que, mientras siempre ha existido un incontestable nexo entre la maternidad biológica y práctica, de la paternidad biológica nunca se ha instituido de forma automática la paternidad cultural.

Con las técnicas de reproducción asistida aparecen nuevos desafíos a estas tensiones, que trata de resolver la ya mencionada Ley 14/2006, de

técnicas de reproducción asistida, en sus artículos 7¹⁵ y 8. En cuanto a este último artículo, tal y como expone Pilar FUENTES TOMÁS (2012), en caso de que la reproducción asistida se haya llevado a efecto con intervención de donante, se atribuye la paternidad y maternidad a las personas usuarias de la técnica a pesar de no existir lazo biológico externo de ADN, y se les priva, especialmente a los cónyuges casados, de la posibilidad de impugnar la filiación. Ello se hace por razones de seguridad jurídica.

En cuanto a la gestación subrogada, nos recuerda la autora que se sigue el mismo criterio: el legislador elige entre la maternidad genética y la de gestación, dando prevalencia a esta última, debido a la relación psicofísica que se ha generado durante los meses del embarazo.

La legislación española da, como vemos, más importancia llegado el momento a los lazos afectivos que al vínculo genético, rompiendo en cierto sentido con modelos familiares de tipo más tradicional basados en la línea de sangre o genética, que generalmente garantizaba la línea paterna. La oferta de servicios de técnicas de reproducción asistida es amplia y variada. Gran parte de esta se centra en conseguir un embarazo a cualquier precio. Además, se establecen jerarquías: en primer lugar, lo ideal sería que existiera vinculación genética si esta fuera posible, por ejemplo, usando óvulos propios y esperma del cónyuge¹⁶, y, en su defecto, usando material genético donado pero gestando la mujer interesada a su propia descendencia.

Existen múltiples anuncios, ya sea en televisión u otros medios, donde se resalta la importancia de lograr un embarazo incluso en condiciones adversas, tales como mensajes que animan a congelar óvulos para retrasar la maternidad en pro de una carrera laboral.

En todos estos casos se asocia la experiencia de la maternidad al hecho de lograr un embarazo, circunstancia fisiológica que no se presenta como banal sino como el objetivo principal. Las clínicas de fertilidad literalmente ofrecen sus tasas de logro de embarazos como referencias. A modo ilustrativo, la Clínica Eugén (2017), en la información que ofrece sobre ovodonación, utiliza las palabras «tasas de éxito certificadas».

15 Remitiendo a las reglas de filiación del Código Civil español (1889).

16 Cuando la esterilidad es masculina, con frecuencia se somete a las mujeres a ciclos hormonales y tratamientos agresivos, así como a técnicas invasivas, para lograr un embarazo con el esperma conyugal, tratando de preservar el derecho de descendencia genética patriarcal.

En cambio, este discurso que encumbra el embarazo y el parto como experiencias centrales y baremo de éxito de la consecución de la maternidad desaparece del todo cuando pasamos a hablar de gestación subrogada, apareciendo otras contradicciones.

En este caso, las personas que acuden a la gestación subrogada suelen hacerlo ante la imposibilidad de lograr embarazo, ya sea por tratarse de una pareja de biohombres, o, en el caso de parejas heterosexuales, muy a menudo por motivos médicos. En definitiva: incapacidad de concebir por ausencia de útero sano disponible.

Las parejas heterosexuales muy a menudo hubieran deseado tener la experiencia de embarazo y parto, pero, ante la imposibilidad, recurren a la gestación subrogada. RODRIGO (2015) hace referencia en un artículo para *Babygest* también a aquellas mujeres que rechazan la idea de estar embarazadas, que quieren «poder tener a su bebé sin sufrir los muchas veces engorrosos nueve meses de gestación».

Como vemos, a pesar de que en un primer momento se nos presenta el embarazo como un éxito que nos lleva a la maternidad, incluso cuando el material genético no es nuestro, en los discursos en torno a la maternidad subrogada las posiciones son opuestas y se presenta el embarazo ya no solo como algo que se había deseado pero por distintos motivos no puede lograrse, sino como un período prescindible, incluso engorroso y de sufrimiento.

Es entonces cuando, siguiendo a MERINO (2017) o a MIES y SHIVA (2014), se presentan la gestación y el parto como un mero trámite reproductivo, un período desligado de los cuidados, de la afectividad o de la experiencia de la maternidad, y, además, pasa a resaltarse la existencia o no de vínculo genético.

Frente a la adopción, a menudo se esgrime que este proceso es largo y tiene dificultades, además de que no todos los países permiten adopciones a personas solteras u homosexuales. Nótese que la maternidad subrogada tampoco está exenta de dificultades y vacíos legales y que, del mismo modo, hay países que excluyen a personas solteras y homosexuales de ser candidatas para este contrato. En cualquier caso, sí parece pesar la genética: «Son sangre de mi sangre. Tienen mis genes», afirma Dionisio en un artículo de Teresa PÉREZ (2016): «Carmen es casi, casi una fotocopia mía. La forma de la cara y el cráneo son similares y tiene un carácter más parecido a mí que su hermana Ximena».

También se esgrime que las adopciones son económicamente costosas, lo cual resulta llamativo cuando examinamos las horquillas de precios de la gestación subrogada allí donde está disponible. Alquilar un vientre es económicamente más costoso que una adopción internacional.

En cualquier caso, la adopción permite un enfoque no adultocéntrico, basado en el derecho de las criaturas a tener una familia, enfoque incompatible con la gestación subrogada, donde la creación de personas mediante un contrato y procedimientos médicos obedece únicamente a intereses adultos.

Cuando la desvinculación genética asegura la propiedad

A la par que se afirma la irrelevancia de la gestación y el parto respecto de los afectos y sentimientos maternos, se despliegan por parte de la industria de la gestación subrogada toda una serie de dispositivos para asegurar que este vínculo, en teoría no existente e irrelevante, no se produzca y se minimicen las posibilidades de que existan contingencias jurídicas o burocráticas respecto de la propiedad de la futura persona.

Desde *Babygest*, Sandra FERNÁNDEZ (2017) explica que es imprescindible que las gestantes se sometan a rigurosos estudios psicológicos previos al embarazo y controles, así como sesiones periódicas con psicólogos especialistas durante este, para confirmar su correcta actitud, «que tenga conciencia total de que gestará un bebé que no es suyo»¹⁷. Y prosigue: «De esta manera, reduciremos el apego afectivo durante el embarazo y se facilitará la posterior entrega del recién nacido».

Lo anterior resulta especialmente significativo si tenemos en cuenta la evolución de la gestación subrogada como «técnica». En las primeras experiencias de gestación subrogada, normalmente la gestante era impregnada con el esperma del padre intencional, es decir, aportaba también el óvulo.

En el año 1986 se produjo un caso judicialmente famoso conocido como Baby M, en el que la gestante se negó a entregar el bebé a la pareja intencional. Finalmente, el tribunal denegó las peticiones de la madre gestante, alegando el interés superior de la menor (HABERMAN, 2014).

17 Nótese el uso del pronombre posesivo suyo.

Para evitar este tipo de situaciones en el futuro y asegurar la propiedad indiscutida del bebé, desde entonces el embrión se crea en un laboratorio y entonces se transfiere a la gestante (LEWIN, 2014).

Recordemos que este embrión puede o no tener vínculos genéticos con la madre o padre intencionales, por lo que podemos encontrarnos con un bebé que por contrato pertenece a dos personas con las que no está vinculado genéticamente, pero se excluye cualquier vínculo con la mujer que le ha gestado durante nueve meses para posteriormente dar a luz.

En cualquier caso, al ser más técnicamente complicado implantar un embrión totalmente ajeno a una mujer que inseminarla, se requiere de mayor intervencionismo e implica un mayor riesgo para la salud de la gestante. Se ha priorizado, pues, la titularidad jurídica incontestable de quien encarga el futuro bebé a la mayor no solo practicidad técnica, también seguridad y salud de la mujer gestante.

El interés superior del menor, turismo reproductivo y tolerancia social

En el caso Baby M, se otorgó la propiedad de la bebé a la familia intencional a pesar del vínculo genético con la madre gestante. En España, también se inscriben estos nacimientos a favor de las familias intencionales, a pesar de su prohibición y penalización¹⁸ expresas. Jurídicamente se han encontrado fórmulas para acomodar estas nuevas realidades económicas y científicas, así como necesidades adultas.

En concreto, a partir de la Instrucción de la Dirección General de Registros y Notariado publicada en el *Boletín Oficial del Estado* de 7 de octubre de 2010, se estableció que podían inscribirse los nacidos mediante maternidad subrogada habiendo resolución judicial (se entiende que extranjera) que declarara dicha filiación.

El 26 de junio de 2014, el Tribunal Europeo de los Derechos Humanos dictó sentencia en los asuntos 65192/11 (*Mennesson contra Francia*) y 65941/11 (*Labasse contra Francia*) declarando que no reconocer la relación de filiación a los menores nacidos por esta técnica viola el artículo 8 del Convenio Europeo de los Derechos Humanos.

¹⁸ Recordemos que el Código Penal prevé la gestación subrogada como delito aun cuando se haya producido la entrega en país extranjero.

En todos estos casos se apela al interés superior del menor y al estado de indefensión que supone para este la falta de reconocimiento de la filiación con la familia intencional. Desde los sectores y partidos políticos que abogan por la despenalización de la maternidad subrogada se dice que el actual vacío legal deja en estado de incertidumbre a las familias.

Este argumento ostenta tintes adultocentristas en tanto que contiene contradicciones e invisibilizaciones: las personas de nacionalidad española que firman un contrato por el que encargan un bebé conocen perfectamente el panorama legal¹⁹ y prohibiciones a las que deben atenerse, tomando aun así la decisión de llevar a cabo la transacción. En consecuencia, en cuanto decisión libre, son las familias intencionales las que sitúan al menor en una futura potencial indefensión.

Argumenta la Dirección General de Registros y Notariado²⁰ que el hecho de acudir al turismo reproductivo no se trata de *ibor shopping*²¹, pues se ciñe al derecho procesal en vez de al contractual, defendiendo la idea de que cada ordenamiento jurídico refleja una idea particular de justicia tan legítima como otra.

Sorprende dicho relativismo jurídico y cultural, cuando, por ejemplo, se impediría el registro de matrimonios infantiles válidos en otros países, o se persigue a las personas que, sirviéndose de las diferencias en tipos impositivos fiscales dependiendo del país, mediante estructuras legales, logran pagar menos impuestos de los que les tocarían de seguir la legislación del país al que están realmente vinculadas.

En este caso, la DGRN justifica lo anterior argumentando que, incluso si los particulares hubieran situado de forma artificiosa la cuestión jurídica de la filiación de los menores, debe primar «el interés superior» de estos, lo cual «exige la continuidad espacial de la filiación y la coherencia internacional de la misma, así como un respeto ineludible del derecho a la identidad única de los menores».

Este discurso, de nuevo, contiene contradicciones e invisibilizaciones, pues implica una naturalización y sacralización de lo que en realidad es

19 En la mayoría de casos reciben asesoramiento jurídico específico y especializado por parte de agencias intermediarias.

20 RDGRN, de 18 febrero de 2009.

21 Existe *forum shopping* fraudulento cuando los particulares sitúan la resolución de un caso ante los tribunales o autoridades de un Estado que no presenta una relación sustancial con el caso en cuestión buscando jurisdicciones más favorables.

una opción ideológica y legislativa, como es el decantarse por que la identidad responda únicamente a la transacción contractual (al margen de que haya vinculación genética o no) y no a la experiencia de la gestación, como si conocer y reconocer a la mujer que te ha gestado no estuviera incluido en la identidad de una persona.

En este sentido, recordemos que, contradictoriamente, mientras el interés del menor en el caso de personas adoptadas incluye el derecho a conocer los propios orígenes²², dicha posibilidad está excluida de momento para las personas nacidas por técnicas de reproducción asistida, inclusive en la gestación subrogada (MACPHERSON, 2015).

Se apunta desde distintas instancias que este anonimato responde a los intereses y miedos de las personas adultas que recurren a estas técnicas para tener hijos y que la presuposición de que a las personas nacidas a través de ellas no tienen interés legítimo alguno en conocer sus orígenes es paternalismo (*ibid.*)²³.

En cuanto al argumento de que a nivel internacional la gestación subrogada es una realidad y que en tanto que está sucediendo debería ser regulada, en teoría con el objetivo de ofrecer garantías a todas las partes, es uno que se cita frecuentemente en el debate actual. Por ejemplo, Noelia IGAREDA (2015) habla de una equiparación a la donación de sangre, gametos u órganos.

Lo anterior podría extrapolarse a otras situaciones que también se están dando en el mundo, y no por ello gozan de reconocimiento ni tolerancia social, ni provocan activismo para su regularización, más bien al contrario. Una muestra es la compraventa de órganos. Siendo el cuerpo una potencial fuente de ingresos, hay sectores que proponen abrir el mercado a las transacciones, por ejemplo, respecto de nuestros riñones. Sabemos que en el mundo existe un amplio mercado de órganos y que los trasplantes se están produciendo.

Dado que la práctica tiene lugar de todos modos, se sugiere su regulación para que estas transacciones se realicen con las máximas garantías. Es más, las posiciones favorables a la legalización de la compraventa de órganos se refieren expresamente a la maternidad subrogada (SATEL, 2009).

22 Después de décadas de reivindicaciones de las personas adoptadas.

23 También se basa en la idea tradicional de familia donde madre solo puede haber una, de acuerdo con la cual debe borrarse a la madre gestante, como hasta hace poco también se hacía con las madres biológicas en los casos de adopción.

En el caso de la compraventa de órganos, parece que la posición dominante es claramente contraria, usando con frecuencia términos tales como «tráfico» o «crueldad», así como relacionando la venta de órganos con la precariedad económica y vinculándola a países de alta vulnerabilidad social. Dice Carlos ROMEO-CASABONA en este sentido: «Una población sin recursos es débil. Pueden estar tentados y pensar que vender uno de sus riñones les solventará la vida», en una entrevista para Raúl REJÓN (2015).

El entrevistado Carlos ROMEO-CASABONA hace referencia explícita a ideas mercantilistas del cuerpo: «Aunque los Estados tienen libertad para regularse, sí que se considera algo insolidario. Existe una visión ultraliberal en este campo que considera que la venta de órganos legal es positiva e incentiva el número de trasplantes» (*ibid.*).

Difícilmente podría tener lugar en España una feria multitudinaria destinada a explicar a potenciales compradores de órganos los destinos donde esta transacción es legal, así como ponerles en contacto con posibles intermediarios para llevar a cabo la operación. Las autoridades lo impedirían y la sociedad se pondría en contra.

Un órgano es una parte inanimada del cuerpo y aun así las transacciones mercantiles sobre estos generan rechazo. En el caso de la gestación subrogada el objeto de la transacción es una persona, existiendo también unos potenciales riesgos presentes y futuros para la salud de la gestante, pero en este caso la tolerancia social y la legal son amplias.

Dimensiones económicas y políticas

Tanto la ley de técnicas de reproducción asistida, 14/2006, como sus predecesoras²⁴ se centran en la gratuidad y el altruismo de este tipo de contratos. Excluyen expresamente su carácter lucrativo o comercial, aunque permiten la compensación económica resarcitoria respecto de las molestias físicas y gastos de desplazamiento, así como laborales, que puedan darse, sin que esto jamás pueda suponer un incentivo económico.

Uno de los bastiones argumentales del activismo a favor de la despenalización de la gestación subrogada en España (así como en otros países)

24 Ley 35/1988, de 22 de noviembre, sobre técnicas de reproducción asistida, y Ley 42/1988, de 18 de diciembre, de donación y utilización de embriones y fetos humanos o de sus células, tejidos u órganos.

gira en torno a la posibilidad de establecer el requisito de altruismo respecto de esta, lo cual, a su vez, se contradice con los discursos, actitudes y prácticas generalizadas del sector.

En primer lugar, la cuestión económica resulta determinante a la hora de elegir un país. En la web de *Babygest*, Andrea RODRIGO (2017) explica en relación con Canadá, que es un destino donde las restricciones hacen que no sea muy común, ya que al exigirse finalidad altruista «la gestante subrogada no puede recibir una compensación económica por el hecho de gestar, aunque los futuros padres de intención han de pagar todos los gastos que puedan derivarse del embarazo».

Es más, Sandra FERNÁNDEZ (2017) escribe para la propia *Babygest*: «En la mayoría de casos, la gestante recibe una compensación económica»²⁵, y a continuación realiza una comparativa de estos pagos dependiendo del país.

En el informe del Comité de Bioética Español (2017) se hace referencia a cómo, con base en la experiencia hasta el momento, sabemos que los países en los que más se ha desarrollado la maternidad subrogada con carácter comercial son precisamente los pobres. Incluso en el caso de Estados Unidos nos recuerdan que no deben olvidarse las amplias diferencias sociales entre su ciudadanía. Debemos también tener en cuenta que el hecho de que haya personas que, sin ser necesariamente pobres, se dediquen a la venta de su capacidad reproductiva como modo de ganarse la vida no es tampoco altruismo.

Tenemos constancia de que la mayoría de mujeres que se someten a este proceso lo hacen para satisfacer las necesidades de sus familias, aunque estas sean temporales. Lo anterior ha llevado a que países como India, Tailandia o Camboya impulsen reformas legislativas para prohibir el turismo reproductivo internacional respecto de la maternidad subrogada.

Además, la mayoría de transacciones tiene lugar vía agencias y representantes, así como intermediarios, que con frecuencia reciben honorarios superiores a los que recibe la mujer que gesta. Estas agencias utilizan estrategias publicitarias y comerciales agresivas, que, como ya hemos visto al principio de este apartado, en teoría, están prohibidas por la ley de técnicas de reproducción asistida.

25 Esto es, al margen de los gastos médicos que siempre deberán cubrirse.

En el año 2017 tuvo lugar en Madrid la feria Surrofair, en la que participaban agencias intermediarias, clínicas y asesorías, así como también se ofrecían ponencias, todas ellas a cargo de las anteriores. En la feria Surrofair se regalaban teléfonos móviles de última generación al contratar este servicio (WIENER, 2017).

En la misma línea comercial, las agencias ofrecen distintos «paquetes», desde estándares o básicos hasta *vip*, garantizando estos últimos una experiencia lujosa: traslados en coches de alta gama, estancias en caros apartamentos u hoteles... La agencia Go4baby, en su paquete *vip*, incluso ofrece poder seleccionar el sexo del bebé (GO4BABY, 2017). En un entorno global donde se produce turismo reproductivo para lograr transacciones prohibidas en algunas jurisdicciones, es llamativo que, mientras en países en vías de desarrollo se limita la posibilidad de gestaciones subrogadas internacionales debido a las experiencias de abuso y precariedad, en Grecia, por ejemplo, haya sido justo después de su caída económica cuando se haya abierto la puerta a que las mujeres gesten bebés con destino internacional a cambio de un precio.

En la actualidad española el partido que encabeza el activismo por la regulación de la gestación subrogada es Ciudadanos (ESTEBAN, 2017). Llama la atención su insistencia en la regulación²⁶ en este ámbito, dado que es un partido que ideológicamente se posiciona a favor de la desregulación de los mercados económicos, así como de las relaciones laborales.

Ciudadanos habla de no impedir la libertad de las mujeres de decidir sobre sus propios cuerpos, a la par que en el año 2014 se abstenía de rechazar la reforma de la ley del aborto propuesta por Gallardón, que cercenaba muy severamente el derecho de las susodichas a elegir no seguir adelante con un embarazo no deseado (CROS, 2014; GIL, 2015).

Del mismo modo, habla de que el estado legislativo actual respecto de la cuestión precariza y sitúa en posición de indefensión a las familias y a la infancia, lo cual es llamativo en tanto que su actividad política está fuertemente marcada por la defensa de recortes legislativos en políticas sociales, laborales y sanitarias, cuyo resultado es precisamente la precariedad y la indefensión de familias e infancia.

Por último, el discurso a favor de la regulación, según Ciudadanos, está centrado alrededor del concepto de altruismo, a pesar de que el par-

26 Recordemos que, en realidad, se trata de despenalización.

tido mantiene un posicionamiento basado en postulados neoliberales que defienden el libre mercado y las interacciones humanas guiadas por criterios económicos.

Cuanto menos invita a una profunda reflexión que sea un partido como Ciudadanos el que encabece la lucha por la «regulación altruista» de la gestación subrogada.

Conclusiones

Hablar de alegalidad o de limbo legal respecto de la situación de la maternidad subrogada en España esconde el hecho de que esta llamada técnica reproductiva ya ha sido regulada en distintos momentos históricos, inclusive prohibida expresamente por la ley de técnicas de reproducción asistida. Este tipo de contratos están regulados, prohibidos y penados.

En cuanto al contrato de la gestación subrogada, va más allá de los debates en torno al cuerpo de la mujer y sus derechos sobre este, ya que el objeto es la entrega de una persona recién nacida con unas características determinadas.

A menudo los cambios legislativos tienen más que ver con nuevas necesidades económicas que con cambios en las sensibilidades. Las nuevas tecnologías reproductivas tienen un importante y creciente peso económico, además de ser utilizadas mayoritariamente por grupos de poder, lo cual poco a poco se va reflejando en la actividad legislativa.

De todos modos, como sabemos, la legalidad nunca ha sido obstáculo para que las personas privilegiadas ejerzan como tales y vayan en busca de otras jurisdicciones en las que satisfacer sus deseos y necesidades.

La maternidad subrogada se nutre de ideologías mecanicistas sobre el cuerpo, que lo fragmentan según funciones corporales. En este enfoque filosófico occidental la naturaleza y los afectos se subordinan a la ciencia, la tecnología y la productividad.

La maternidad subrogada requiere de discursos en los cuales la gestación y el parto se presentan como meros trámites sin trascendencia humana ni afectiva, a la par que se ensalzan los vínculos contractuales y patrimoniales.

A lo largo de las últimas décadas los procesos médicos también se han adaptado a los mandatos del capital, optando por técnicas reproductivas

más agresivas y peligrosas para la salud de la madre gestante pero menos conflictivas a nivel jurídico para las familias intencionales.

El interés del menor, a pesar de presentarse como un concepto superior y abstracto ajeno a ideologías, en realidad se ha interpretado de acuerdo con todos los criterios anteriores. Así, el interés del menor siempre incluye su vinculación a la familia intencional originada en un contrato, incluso cuando no exista vinculación genética alguna, y excluye su vinculación a la mujer que le ha gestado y parido.

En relación con la maternidad subrogada, a nivel jurídico impera un relativismo que bien sería aplicable pero está definitivamente ausente en otros ámbitos, como, por ejemplo, en la compraventa de órganos o los matrimonios infantiles.

Finalmente, a pesar de los discursos centrados en el altruismo, la mayor parte de la gestación subrogada se produce en el tráfico económico y se beneficia de los flujos de precariedad globales.

Bibliografía

- AGENCIA ESPAÑOLA DE GESTACIÓN SUBROGADA (2017). «¿Qué es la maternidad subrogada?». Disponible en: <<http://aeges.es/maternidad-subrogada/>> (consulta: 10-9-2017).
- BABYGEST (2017). «¿Qué es la gestación subrogada?». Disponible en: <<https://www.babygest.es/gestacion-subrogada/>> (consulta: 10-9-2017).
- BARBERO, Igor G. (2013). «El útero de alquiler del mundo». *El Mundo*. Disponible en: <<http://www.elmundo.es/cronica/2013/11/17/528660b00ab74029508b4577.html>> (consulta: 20-9-2017).
- BARTRA, Eli (1998). «Reflexiones metodológicas. Debates en torno a una metodología feminista». *Programa Universitario de Estudios de Género-UNAM*, México, 141-158.
- BODELÓN, Encarna (2010). «Derecho y justicia no androcéntricos». *Quaderns de psicologia*.
- BODELÓN, Encarna y BERGALLI, Roberto (1992). «La cuestión de las mujeres y el derecho penal simbólico». *Anuario de Filosofía del Derecho*, 9, 43-74.
- COMITÉ BIOÉTICA DE ESPAÑA (2017). «Informe sobre los aspectos éticos y jurídicos de la maternidad subrogada». Disponible en: <<http://assets>.

- comitedebioetica.es/files/documentacion/es/informe_comite_bioetica_aspectos_eticos_juridicos_maternidad_subrogada.pdf> (consulta: 20-9-2017).
- CROS, Benoit (2014). «El Parlamento catalán pide retirar la reforma de la ley del aborto con CiU dividida». *El Diario*. Disponible en: <http://www.eldiario.es/catalunya/Parlamento-retirar-reforma-CiU-dividida_0_228527894.html> (consulta: 25-9-2017).
- ESTEBAN, Paloma (2017). «Las claves de la primera ley de gestación subrogada que se debatirá en España». *El Confidencial*. Disponible en: <https://www.elconfidencial.com/espana/2017-06-27/claves-ley-gestacion-subrogada-ciudadanos-congreso-vientres-alquiler_1405822/> (consulta: 25-9-2017).
- FACCHI, Alessandra (2005). «Pensamiento feminista sobre el derecho». *Academia: Revista sobre enseñanza del Derecho de Buenos Aires*.
- CLÍNICA EUGIN (2017). «La ovodonación». Disponible en: <https://www.eugin.es/fecundacion-in-vitro/ovodonacion/> (consulta: 15-9-2017).
- FEDERICI, Silvia (2010). *Calibán y la bruja*. Madrid: Traficantes de sueños.
- FERNÁNDEZ, Sandra (2017a). «Ser gestante subrogada: aspectos psicológicos, riesgos y beneficios». *Babygest*. Disponible en: <<https://www.babygest.es/consecuencias-de-la-maternidad-subrogada-en-la-gestante/>> (consulta: 19-9-2017).
- (2017b). «Precios en la gestación subrogada: Desgloses según países y opciones». *Babygest*. Disponible en: <<https://www.babygest.es/precio/>>(consulta: 19-9-2017).
- FOUCAULT, Michel (2012). *Vigilar y castigar*. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.
- GIL, Andrés (2015). «Así vota Ciudadanos cuando tiene que tomar decisiones». *El Diario*. Disponible en: <http://www.eldiario.es/politica/Ciudadanos-vota-tomar-decisiones_0_450755080.html> (consulta: 21-9-2017).
- GOODE, D. (1986). «Kids, cultures, and innocents». *Human Studies*, 9, 85-106.
- GUTTON, Isabelle (2017). «¿Cuántos bebés españoles han nacido ya por gestación subrogada?». *Babygest*. Disponible en: <<https://www.babygest.es/espanoles-nacidos-gestacion-subrogada/>> (consulta: 17-1-2018).
- FUENTES TOMÁS, Pilar (2012). «La familia in vitro: filiación en la Ley sobre técnicas de reproducción humana asistida (Ley 14/2006, de 26 mayo)».

- Lefebvre *El Derecho*. Disponible en: <http://www.elderecho.com/civil/filiacion-Ley-tecnicas-reproduccion-asistida_11_373180001.html> (consulta: 15-9-2017).
- GO4BABY (2017). «Programas de gestación subrogada en Ucrania». Disponible en: <<https://www.go4baby.com/programas-en-ucrania/>> (consulta: 20-9-2017).
- HABERMAN, Clyde (2014). «Baby M and the Question of Surrogate Motherhood». *The New York Times*. Disponible en: <<https://www.nytimes.com/2014/03/24/us/baby-m-and-the-question-of-surrogate-motherhood.html>> (consulta: 18-9-2017).
- HARAWAY, Donna (1991). «Conocimientos situados: la cuestión científica en el feminismo y el privilegio de la perspectiva parcial». En *Ciencia iberos mujeres. La reinención de la naturaleza*.
- IGAREDA GONZÁLEZ, Noelia (2015). «La inmutabilidad del principio “mater semper certa est” y los debates actuales sobre gestación por sustitución en España». *Universitas. Revista de Filosofía, Derecho y Política*, 21.
- LACRUZ BERDEJO *et alii* (2004). *Elementos de Derecho Civil. Parte general I. Volumen segundo, Personas*. Madrid: Dykinson.
- LACRUZ BERDEJO *et alii* (2005). *Elementos de Derecho Civil. Parte general I. Volumen tercero, Derecho subjetivo, negocio jurídico*. Madrid: Dykinson.
- LACRUZ BERDEJO *et alii* (2007). *Elementos de Derecho Civil. Derecho de Obligaciones II. Volumen Primero. Parte general. Teoría general del contrato*. Madrid: Dykinson.
- LEÓN, Pablo (2015). «Papá, mamá y la tía Samantha». *El País*. Disponible en: <https://politica.elpais.com/politica/2015/01/24/actualidad/1422116335_391939.html> (consulta: 18-9-2017).
- LEWIN, Tamar (2014). «Coming to the US for baby and womb to carry it». *The New York Times*. Disponible en: <<https://www.nytimes.com/2014/07/06/us/foreign-couples-heading-to-america-for-surrogate-pregnancies.html?mcubz=0>> (consulta: 18-9-2017).
- MACKINNON, Catherine (1995). «Hacia una teoría feminista del Estado». Universidad de Valencia.
- MACPHERSON, Ana (2015). «El derecho a conocer tus orígenes». *La Vanguardia*. Disponible en: <<http://www.lavanguardia.com/vida/20151120/30274090193/derecho-conocer-origenes.html>> (consulta: 22-9-2017).

- PETR, Christopher G. (1992). «Adultcentrism in practice with children». *Families in society: the journal of contemporary human services*.
- MERINO, Patricia (2017). *Maternidad, igualdad y fraternidad*. Madrid: Clave Intelectual.
- MIES, María y SHIVA, Vandana (2014). *Ecofeminismo*. Barcelona: Icaria editorial.
- MORENO TORRES HERRERA, María Rosa et alii (2016). *Lecciones de Derecho Penal. Parte General*. Valencia: Tirant lo Blanch.
- PÉREZ, Teresa (2016). «Dionisio Xabier Formosa: “Son sangre de mi Sangre”». *El Periódico*. Disponible en: <<http://www.elperiodico.com/es/sociedad/20170131/son-sangre-de-mi-sangre-5778254>> (consulta: 22-9-2017).
- PRECIADO, Paul B. (2005). «SAVOIRS_VAMPIRES@WAR». *Multitudes*, 20, 147-158.
- REJÓN, Raúl (2015). «El tráfico internacional de órganos humanos es una realidad palpable, no se trata de rumores». *El Diario*. Disponible en: <http://www.eldiario.es/sociedad/trafico-organos-negocio-organizado-internacional_0_369913821.html>(consulta: 27-9-2017).
- RODRIGO, Andrea (2015). «Razones de la maternidad subrogada». *Babygest*. Disponible en: <<https://www.babygest.es/razones-de-la-maternidad-subrogada/>> (consulta: 15-9-2017).
- RODRIGO, Andrea (2017). «Gestación subrogada en Canadá: legislación y precio». *Babygest*. Disponible en: <<https://www.babygest.es/canada/>> (consulta: 20-9-2017).
- ROJAS BERMÚDEZ, Lisbeth Carolina y SUÁREZ GONZÁLEZ, María Teresa (2008). «El lenguaje como instrumento de poder». *Cuadernos de lingüística hispánica*, 11.
- SATEL, Sally (2009). «A ‘Gift of Life’ with money attached». *The New York Times*. Disponible en: <<http://www.nytimes.com/2009/12/22/health/22essa.html?mcubz=0>>(consulta: 17-9-2017).
- SCOTT, Joan (1986). «Gender: A useful category of historical analysis». *American Historical Review*.
- TACORONTE DOMÍNGUEZ, María José (2011). «Un nuevo tipo de ciencia. Consideraciones prácticas desde el campo feminista». *Daimon: Revista de Filosofía*, extra, 4, 213-221.
- WIENER, Gabriela (2017). «Una feria donde se ofrecen vientres de alquiler con teléfonos de regalo». *The New York Times*. Disponible en: <<https://www.nytimes.com/es/2017/05/25/una-feria-donde-se-ofrecen-vientres-de-alquiler-con-telefonos-de-regalo/?mcubz=0>> (consulta: 20-9-2017).

III. EL PARTO EN CASA

III.I.
ATENCIÓN Y CONTINUIDAD EN EL PARTO DOMICILIARIO:
LA NARRACIÓN DE UNA EXPERIENCIA¹

Lucia Alcaraz Vidal
Néixer a Casa

Resumen. Néixer a Casa nació de la demanda creciente de las mujeres de ser atendidas en casa de una forma diferente durante el embarazo, parto y posparto. Y de la necesidad de unas comadronas de trabajar con un modelo de atención más libre e independiente donde poder desarrollar todas nuestras competencias.

Organizar un equipo de comadronas que diera asistencia las 24 horas todos los días del año no fue fácil. Durante el camino dejamos de ser un grupo para convertirnos en un equipo, crecimos profesional y personalmente y tuvimos la oportunidad de acompañar a maravillosas familias que depositaron su confianza en nosotros.

Estas líneas que os acompañarán durante un rato pretenden compartir la vivencia de una de las comadronas del equipo desde la fundación de nuestra empresa, en 2012, hasta la decisión de un cambio de rumbo profesional, en 2018.

Néixer a Casa sigue viva en manos de una gran comadrona y amiga, Inma Marcos. Roser, Raquel y yo misma hemos continuado nuestras carreras por otros caminos, pero siempre compartiendo la manera de acompañar a las mujeres y las familias como si fuera en casa.

Palabras clave: parto en casa, comadrona, continuidad asistencial.

¹ Traducción al castellano: Roser García Morales.

Abstract. Néixer a Casa (Home Birthing) was born out of the growing demand among women to be cared for at home and differently during pregnancy, birth and the postnatal period, and from the need for us as midwives to work according to a freer and independent care model in which we can develop all of our skills.

Organising a team of midwives to provide care 24 hours a day every day of the year was not easy. On the way we stopped being a group and became a team, we grew professionally and personally and we had the chance to accompany some marvellous families who placed their trust in us.

The following lines aims to share the experience of one of the midwives in the team, from the creation of our business in 2012 to the decision to take a professional change of course in 2018.

Néixer a Casa continues to operate in the hands of a great midwife and friend, Inma Marcos. Roser, Raquel and I have continued our careers down different paths, but we still share the same way of caring for women and their families as if they were in their own homes.

Keywords: home birth, midwife, continuity of care

Este proyecto es una autoetnografía que empecé a escribir en 2014 y acabé en 2018. Actualmente *Néixer a Casa SL* está liderado por Inma Marcos, con el apoyo puntual de algunas de las matronas del equipo.

Introducción

No ha sido fácil sentarse delante del ordenador y empezar a escribir. Reflexionar sobre mi profesión y sobre la práctica profesional del día a día es algo que hago habitualmente. Con las compañeras o mi pareja, con amigos y amigas, y con las mujeres a quienes acompaño comentamos reflexionamos, debatimos y cambiamos nuestra práctica en función de estas reflexiones y de nuevos aprendizajes. Sin embargo, lo que no hacemos es escribir. Hace un tiempo contaba a Ramón Escuriet, amigo y compañero que se dedica a la gestión, cuál era mi trabajo desde hacía seis años y cuánto estaba aprendiendo sobre el acompañamiento a las mujeres y los nacimientos. Me dijo que toda esta práctica y este saber lo teníamos que compartir, literalmente me dijo que si no lo hacíamos estábamos «secuestrando el conocimiento».

La práctica de la profesión de comadrona² es bastante desconocida. A las comadronas se nos sitúa en entornos hospitalarios y en centros de atención primaria, siempre dentro de equipos multidisciplinares y a menudo bajo las órdenes de una ginecóloga o ginecólogo. Poca gente nos conoce en la vertiente más autónoma de la profesión y que se ejerce fuera de los hospitales y de los centros públicos o clínicas privadas.

Las comadronas independientes trabajamos solas o en equipo y hemos logrado hacerlo porque el ejercicio de nuestras competencias así lo permite y por la convicción absoluta de que el entorno hospitalario no es el entorno más saludable para nacer ni para dar a luz. Tampoco lo es para que las comadronas desarrollemos todas nuestras capacidades con libertad y autonomía.

Con esta etnografía quiero explicar quiénes somos, cómo trabajamos y de dónde venimos, y no será la última vez que escriba sobre mi profesión. Escribir las palabras que vienen a continuación me ha servido para darme cuenta de que no he tenido suficiente. Quiero explicar más en profundidad cómo el modelo de atención que estamos ofreciendo mejora la salud de las mujeres, de sus bebés y de la comunidad, así como también el conocimiento que genera esta labor.

Contexto y un poco de historia

En 1985 se hizo la Declaración de Fortaleza, Brasil, y se propuso la humanización del nacimiento como concepto central para el desarrollo de las sociedades sostenibles del siglo XXI. La Organización Mundial de la Salud (OMS) editó este documento, fruto del consenso entre usuarias, profesionales y proveedores de servicios de salud (WHO, 1985).

En 1988 se fundó la asociación Nacer en Casa. Esta asociación nació con el objetivo de aglutinar profesionales y usuarias del parto en casa y contó con equipos como el grupo Génesis en Madrid y la cooperativa Titania-Tascó en Barcelona y profesionales independientes como Adela Vidal Puértolas, entre otros. Nacer en Casa surgió también como respuesta a la excesiva tecnificación del parto en los hospitales y por la demanda creciente de las mujeres para humanizar el parto.

² Los términos comadrona y matrona tienen el mismo significado y son usados indistintamente en este documento.

En 1984 el Colegio de Matronas se fusionó con el Colegio de Enfermeras y en 1985 nació la Asociación Catalana de Comadronas. Paralelamente, dejó de existir la formación de matronas en España. Es un triste hecho que acompaña a nuestra profesión y que se prolongó hasta 1990. Los cambios políticos y la presión de la comunidad europea de la mano de algunas matronas comprometidas como Glòria Seguranyes hicieron que en 1992 se iniciara de nuevo la formación de comadronas por el sistema EIR (enfermera interna residente). En 1994 salió la primera promoción de matronas con la formación EIR (OMS, 1985).

A partir del año 2000, profesionales de Nacer en Casa son invitados como docentes a la Unidad docente de Matronas de Cataluña y dan a conocer su trabajo a las residentes. También en el año 2000 se hace el primer Congreso Internacional de Parto en Casa, en Jerez de la Frontera. En el año 2010, la Associació Catalana de Llevadores (Asociación Catalana de Matronas) organiza la primera Jornada de Parto en Casa de Cataluña, con tal éxito que se hubo de repetir al mes siguiente para dar cabida a todas las comadronas que no se pudieron inscribir en la primera.

Durante estos años se publican estudios que apoyan dicha práctica, desmienten la poca seguridad del parto en casa y remarcan la importancia de que la mujer pueda parir allí donde se sienta más segura. La medicina basada en la evidencia empieza a cuestionar la seguridad del parto en el hospital y muchas de las prácticas rutinarias que se practican a las mujeres y a sus bebés.

A raíz de la demanda creciente de las mujeres de ser asistidas en casa y de comadronas que las quieren asistir, en el año 2011 la Associació Catalana de Llevadores organiza el primer curso de formación del parto en casa para comadronas, abierto a profesionales de todo el Estado. Este curso, impensable diez años atrás, dio cabida a que profesionales que asistían partos en casa compartieran sus experiencias y se empezaran a crear foros de debate y sinergias entre matronas de diferentes ámbitos. Debates y sinergias que están contribuyendo a hacer crecer la profesión y que dan visibilidad a las mujeres que eligen parir en casa y a las profesionales que las asistimos.

En 2015 se crea la Asociación de Matronas del Parto en Casa de Cataluña, ALPACC (Associació de Llevadores del Part a Casa de Catalunya).

Ser comadrona

Ser comadrona no es solo un título, es un estado del espíritu, es un conocimiento intuitivo, un don, una apertura a los demás, una capacidad de responder a la energía indispensable para un nacimiento.

VIDAL PUÉRTOLAS, 2005.

Citar a Adela es un honor para mí. Fue una de mis profesoras de la asignatura de Enfermería materno-infantil en mi época de estudiante de la diplomatura y la reencontré durante los estudios de la especialidad de comadrona. Adela fue una profesional admirada por muchas comadronas y juzgada por otras muchas. Para mí, un modelo que seguir, una visionaria de la profesión que trabajó siempre en armonía con las mujeres y una comadrona comprometida con el feminismo y con la femineidad.



Imagen 1. Adela Vidal Puértolas. Foto del álbum personal. Cedida por su familia.

A pesar de que su discurso profundo y transgresor incomodaba a algunas compañeras, luchó por la autonomía de las comadronas y de las mujeres y por que el parto en casa fuera una alternativa dentro del sistema público de salud. En muchas de sus alumnas, entre las que me incluyo, plantó esta semilla de lucha por la profesión y encomendó las ganas de trabajar con y para las mujeres.

Ser comadrona va más allá de una forma de ganarse la vida. Ser comadrona significa implicarse en la vida de cada mujer a la que acompañamos. A menudo será una relación que durará poco en el tiempo: mujeres que quieren consejo para evitar un embarazo, otras que necesitan ser acompañadas en un proceso de interrupción de embarazo y aquellas que quieren información y asesoramiento en temas de salud sexual y procreativa. Sin embargo, la relación que establecemos con las mujeres a las que acompañamos en su proceso de gestación, parto y posparto va más allá de este proceso vital. Las matronas acabamos formando parte de sus vidas y de sus familias, de sus historias, al fin y al cabo.

Definición de comadrona

Definición internacional de comadrona de la ICM (International Confederation of Midwives):

Una matrona es una persona que ha completado con éxito un programa educativo en partería que está debidamente reconocido en el país donde se encuentra y que está basado en las «Competencias Esenciales de la ICM para la Práctica de la Partería Básica» y en el marco de las «Normas Globales de la ICM para la Educación de Matronas», que ha adquirido las calificaciones necesarias para ser legalmente registrada y/o autorizada para la práctica de la partería y utilizar el título de «matrona», y que demuestra competencia en la práctica de la partería.

Ámbito de la Práctica. La matrona está reconocida como un profesional responsable y que rinde cuentas y que trabaja en asociación con las mujeres para proporcionar el necesario apoyo, cuidados y consejo durante el embarazo, parto y el puerperio, dirigir los nacimientos en la propia responsabilidad de la matrona y proporcionar cuidados al neonato y al lactante. Este cuidado incluye las medidas preventivas, la promoción de nacimiento normal, la detección de complicaciones en la madre y el niño, el acceso a cuidado médico u otra asistencia adecuada y la ejecución de medidas de emergencia. La matrona tiene una tarea importante en el asesoramiento y la educación para la salud, no solo para la mujer, sino también en el seno de sus familias y de

la comunidad. Este trabajo debe incluir la educación prenatal y preparación para la maternidad y puede extenderse a la salud de mujeres, la salud sexual o reproductiva, y el cuidado de los niños. Una matrona puede ejercer en cualquier emplazamiento, incluyendo la casa, la comunidad, los hospitales, las clínicas o las unidades de salud³ (revisada el 15 de junio de 2003 en la Reunión del Consejo en Durban).

La comadrona independiente

Ser comadrona independiente en nuestro país implica un alto grado de osadía. El trabajo autónomo de la comadrona es una opción minoritaria con un alto riesgo de incertidumbre y, a menudo, mal visto por el propio colectivo y por otros profesionales.

Las comadronas de parto domiciliario trabajamos solas o formando equipos. Algunas comparten el ejercicio libre con la asistencia en un centro público o privado y otras nos dedicamos únicamente al ejercicio libre.

Una característica presente en el ejercicio libre profesional es la alta responsabilidad que implica la autonomía: la responsabilidad con los usuarios, con las mujeres que reciben el servicio, con la familia y con las compañeras de equipo y las colegas. La responsabilidad también implica tomar decisiones en soledad.

En cualquier caso, la comadrona que ejerce por su cuenta asume toda la responsabilidad sobre las actividades que desarrolla, incluyendo las tareas de gestión y organización del trabajo, y esto implica una alta dedicación y una gran disponibilidad. En contrapartida, el trabajo hecho repercute directamente sobre una misma y la satisfacción de las personas a las que acompaña también.

Según un estudio sociológico realizado por el Colegio de Enfermeras y Enfermeros de Barcelona, se identifican una serie de características en las enfermeras y, por extensión, en las comadronas que ejercemos de forma autónoma y todas ellas son actitudes relacionadas con los valores (ALCÓN DOMÍNGUEZ y RAMÍO JOFRE, 2010):

- *Libertad*. Entendida como trabajo independiente, como una forma de construir un espacio propio donde poder tomar decisiones. Libertad entendida, también, como autonomía personal

³ Traducido por la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME).

y profesional para organizar el propio trabajo, para ejercer con rigor y eficacia, desplegando todas las competencias. Libertad que implica autodisciplina y escucha, hacia una misma y hacia los demás, y un compromiso constante para superarse y mejorar.

- *Valores estéticos.* La motivación para emprender, la creatividad y la innovación son valores que acompañan el ejercicio autónomo de la partería. La capacidad de adaptación, flexibilidad y el dinamismo son imprescindibles cuando una comadrona se plantea vivir fuera del paraguas institucional. A medida que ejerces la profesión te haces consciente de la necesidad de hacer nuevos aprendizajes y de buscar nuevos recursos, fuera de los aprendidos durante la formación o trabajando en las instituciones. Todo ello te lleva a desarrollar nuevas habilidades y a convertirte en polivalente (tareas de contabilidad, derecho administrativo y conocimiento empresarial, entre otras).
- *Altruismo.* Entendido como compromiso con las personas, disponibilidad, motivación y habilidades interpersonales. Altruismo que también implica aprender a canalizar la hostilidad, fruto del desconocimiento sobre nuestro trabajo.
- *Verdad y responsabilidad.* Tomar decisiones implica asumir riesgos y mostrar coraje. Es esencial ser transparente, honesta y asumir las propias responsabilidades, especialmente cuando no se cumplen las expectativas de las personas a las que acompañamos o tenemos resultados adversos.

Personalmente llegué al ejercicio libre después de sufrir situaciones duras en el hospital en las que ni la mujer ni yo teníamos voz ni voto. En muchos casos tuve que actuar en contra de mis valores y de la ética profesional. Estas situaciones se fueron dando durante unos años en los que aprendí mucho, sobre todo, de todo lo que no quería hacer como comadrona. Así descubrí que el único lugar donde la comadrona puede ejercer libre y autónomamente, con y para las mujeres, es en casa, y me convertí en comadrona independiente.

Hace unos años, las comadronas que asistían en casa en Cataluña formaban parte de un grupo no estructurado que se mantenía en contacto mediante un grupo virtual. En 2015, a partir de este grupo primario, fundamos la primera asociación de matronas del parto en casa: la Asociación de Comadronas del Parto en Casa de Cataluña (ALPACC).

Pertenecer a ALPACC es para mí un privilegio. Es enriquecedor compartir nuestro trabajo con las compañeras en todas las vertientes. La asociación da fuerza y apoyo a todas las que formamos parte. A través de ALPACC, se ha dotado el colectivo de una formación continuada de calidad y trabajamos temas controvertidos, como los límites de la profesión y la relación con las instituciones, todo con una poderosa visión ética y de compromiso con la profesión y con las mujeres y las criaturas.

ALPACC aglutina a más 60 comadronas, vinculadas de una forma u otra al parto domiciliario, y contiene en sus estatutos la obligatoriedad de registrar los partos atendidos por las comadronas asociadas. En 2016 se inició el registro en una base de datos común. Durante 2016 y 2017 hemos acompañado 767 mujeres y familias. Nuestra base de datos nos muestra que estas mujeres tienen una edad entre los 30 y los 40 años y un nivel de estudios medio/alto, y algo menos de la mitad elige tener su primer hijo en casa. Gracias a las comadronas de ALPACC, en los próximos años tendremos datos más cercanos a la realidad del parto en casa en Cataluña.

La formación

Llegué a la profesión por casualidad. Había terminado Enfermería en 1990. Era 1999, llevaba siete años trabajando como enfermera quirúrgica en Sant Pau y no me veía muchos años más en ese trabajo. Como enfermera solo tenía dos salidas si quería continuar formándome en formación reglada: enfermera especialista en salud mental o en obstétrica ginecológica (comadrona). Decidí probar con la especialidad de matrona, la salud mental me parecía bastante más complicada y dura. En cualquier caso, tenía que hacer el examen de acceso a la especialidad. Este examen se hace una vez al año y es de ámbito nacional.

Y he aquí que, después de unos meses preparando el examen entre turnos de noche y primera crianza de mi hijo, ¡aprobé el examen a la primera!

A finales 1999, Francesc, mi compañero de vida, me acompañó a Madrid a elegir mi plaza en formación. Y así fue como empezó la aventura de ser comadrona.

Recuerdo el primer día de la formación como si fuera ahora. Y recuerdo haber sentido una especie de clarividencia y lucidez. ¡Era eso! Yo no lo

sabía hasta ese preciso momento. Yo tenía que estar allí, aprendiendo esta profesión y sintiendo todas aquellas emociones. Yo tenía que ser comadrona, pero no lo sabía. Sí, sentí, como pocas veces en la vida, que estaba predestinada a ser comadrona. Cuando lo recuerdo todavía me lleno de aquella primera emoción.

La formación fue una experiencia intensa, enriquecedora y aleccionadora. Conocí excelentes comadronas y compañeras. Recuerdo el primer año de formación en la Maternidad Provincial de Barcelona y cómo disfruté de la asistencia a los partos. Era un hospital donde las comadronas trabajaban de forma bastante autónoma y allí me iniciaron en los primeros pasos de la profesión. Cada una con su estilo y siempre con un exquisito respeto por las mujeres y los bebés. En aquellos tiempos aprendí que los partos debían ceñirse a unos tiempos establecidos, que el rasurado de pubis, el enema y la epidural eran la norma y todas las mujeres necesitaban una episiotomía para dar a luz. También que a las criaturas se les cortaba muy rápido el cordón porque era peligroso mantenerlo intacto y que había que pesarlas, ponerles la pomada antibiótica en los ojos e inyectarles la vitamina k antes de ponerlas en brazos de su madre. De hecho, así había parido yo a mi hijo Eric no hacía todavía tres años. En aquel momento, no tenía ni idea de que años después cuestionaría todos y cada uno de esos aprendizajes.

El segundo año de formación fue bastante más duro. La *Máter* dejó de ser un hospital pequeño donde las matronas llevaban la sala de partos para ser «fagocitada» por el Hospital Clínico y Provincial de Barcelona. Las residentes de matrona asumimos la unión de los dos hospitales aprendiendo nuevos protocolos y nuevas formas, más agresivas, de asistencia al parto.

Las prácticas en los centros de atención primaria, los antiguos PAD (programa de atención a la mujer), fueron una experiencia fantástica, el primer contacto con la autonomía de la comadrona. Disfruté y aprendí con aquellas matronas que trabajaban con pasión y sentí cómo era de importante la relación mujer/comadrona. Guardo un especial recuerdo de las visitas de puerperio domiciliario. Ir a las casas de las mujeres me conectó con otra forma de acompañar. La comadrona entra en la casa y la mujer comparte con ella su entorno más íntimo, su familia, su comida. Y la comadrona también adopta un papel profesional diferente: sin batas blancas, sin una mesa y un ordenador de por medio, y compartiendo algún alimento que varía según la cultura de la mujer.

Desde que acabé la residencia, la formación ha ido cambiando y actualizándose. Y aunque las matronas tenemos unas competencias claras y una profesión independiente, la responsabilidad de la formación recae en las unidades multidisciplinarias que están ubicadas en los hospitales y dirigidas por médicos (ginecólogos y ginecólogas) en la mayoría de los casos. El aprendizaje de la partería se da en el marco de un sistema jerárquico liderado por el estamento médico tanto en la dirección como en la asistencia. Nuestro modelo forma comadronas con una fuerte base hospitalaria y sometidas a un modelo de atención al parto fuertemente jerarquizado y protocolizado. Este modelo hegemónico desprecia otros modelos de asistencia liderados por comadronas, pese a la evidencia de sus beneficios, no solo en términos de salud y satisfacción de las mujeres y sus familias, sino también en términos de coste-efectividad.

Otros países

Estos últimos años, dada la dificultad de conseguir una plaza en formación en Cataluña, muchas enfermeras han optado por ir a formarse fuera del país. Gracias a muchas de ellas la atención a la mujer y al nacimiento está cambiando en nuestro país. Aparte de la cobertura de los partos en casa y la promoción o no de esta opción en los diferentes países europeos, lo que también varía es la formación de las matronas. En la mayoría de países la formación es universitaria e independiente de la carrera de Enfermería.

En el Reino Unido conviven las dos vías, las de la especialización desde el Grado de Enfermería y el Grado de Partería, y la comadrona está considerada un profesional sanitario independiente de otros profesionales y que trabaja en equipos multidisciplinarios con competencias independientes de los médicos. Es decir, el modelo inglés considera a las matronas las profesionales idóneas para acompañar a las mujeres durante toda su vida en los procesos de salud reproductiva y estas no entran en competencia con ningún otro profesional ni están bajo la tutela médica.

Las estudiantes de comadronas se forman con matronas dentro y fuera de los hospitales. Su formación incluye el trabajo con equipos que combinan el trabajo a domicilio con el trabajo en el hospital, se forman en las casas de partos (*birth center*) y en las unidades de bajo riesgo lideradas por matronas (*midwifery led birth unit*).

Ya hace unos años que las comadronas de parto en casa de Cataluña nos reflejamos en países como Holanda, el Reino Unido o Canadá. En todos estos países el parto en casa es una opción más dentro del sistema público de salud. En Holanda el 16% de los partos son domiciliarios, aunque este porcentaje ha ido disminuyendo en los últimos años a favor de los partos en las unidades de bajo riesgo y las casas de partos (DE JONGE *et alii*, 2013). En todos estos países se han publicado estudios sobre la elección del lugar de nacimiento y, a raíz de los resultados obtenidos y de los movimientos de mujeres y profesionales, en todos ellos existen políticas activas de apoyo al parto en casa. En el Reino Unido las mujeres pueden elegir dar a luz en una unidad obstétrica (sala de partos convencional) asistida por obstetras, una unidad de bajo riesgo en el hospital asistidas por comadronas (*alongside midwifery led birth unit*), en una casa de partos fuera hospital asistida por comadronas (*freestanding midwifery led birth unit*) o en casa (ESCURIET, 2014). Todas estas opciones forman parte del sistema público. Sin embargo, también pueden escoger parir en casa de forma privada con matronas independientes. A pesar de formar parte del sistema público de salud, solo paren en casa entre el 2 y el 3% de las mujeres y existe una gran variabilidad entre condados (SANDALL, 2015). En 2011 se publicó el *Birth Place Study* (HOLLOWELL *et alii*, 2015), y con base en los resultados de este estudio se hicieron las actuales recomendaciones sobre el lugar donde dar a luz de la *Guía NICE de asistencia al parto* (NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE, 2014). De forma muy resumida, las conclusiones a las que llegan estos estudios es que dar a luz en casa es seguro para todas las mujeres de bajo riesgo y especialmente recomendable para las mujeres que ya han parido su primer hijo vaginalmente, siempre y cuando el parto sea asistido por comadronas y cuenten con un circuito consensuado de traslado y en coordinación con los hospitales de referencia.

En Italia, hay diferencias entre las distintas regiones. Algunas ofrecen el reembolso parcial o total del parto en casa. En Francia, Alemania, Noruega y Austria el parto en casa está dentro de la cartera de servicios (EURO-PERISTA PROJECT WITH SCPE AND EUROCAT, 2013; SANDALL, 2015).

Néixer a Casa SL



Figura 2. Logo de Néixer a Casa.

Durante la formación de matrona vi que había algo más allá de la Unidad Docente de Comadronas y que me atraía poderosamente y, como yo, otras compañeras también se sentían así. Puedo decir que cuando sales de la formación sabes mucho de la parte más técnica de la profesión, pero poco de los aspectos más sutiles y delicados del acompañamiento. Con los años vas aprendiendo y vas viendo lo importantes que son las emociones en el acompañamiento de un nacimiento: las de las mujeres y sus familias, y las de las comadronas. En la mochila del aprendizaje formal llevas muchos conocimientos, pero también muchos miedos. El sistema en el que nos formamos tiene la visión del parto desde el riesgo: todo parto es susceptible de complicarse y es un peligro en potencia. Hasta que no empiezas a acompañar a mujeres fuera del hospital no ves lo que es realmente un parto normal y poco a poco, casi sin darte cuenta, un día ya tienes decidido que quieres parir así.

Mi hija Blanca nació en casa en 2004 en un parto intenso de cuatro horas. Tras vivir la experiencia no había marcha atrás, decidí acompañar a las mujeres en el hospital como si parieran en casa. Desgraciadamente, el hospital no está organizado para que las mujeres decidan sobre su parto ni para que las matronas ejerzamos de manera autónoma. Así pues, un buen día te toca decir basta en el hospital y buscar otras alternativas profesionales.

Néixer a Casa nació tras el encuentro casual con Roser en un evento en el Banco de Leche de Cataluña en octubre de 2011. Inma hacía años que se dedicaba exclusivamente al parto en casa y Roser, que trabajaba en el hospital, empezó a acompañarla en algunos partos complicados. Tenían una demanda creciente que no podían asumir. Raquel, formada en el Reino Unido, era compañera de Roser y acababa de debutar con una úlcera de estómago por el estrés que pasaba en el hospital, y yo, aunque era feliz en el

ASSIR, sentía que no era ahí donde quería estar. Este encuentro fue providencial. Casi sin darnos cuenta se puso en marcha una energía imparable construida con las ilusiones de todas, las ganas de autonomía, y no pocos miedos, que se convirtió en nuestra empresa: Néixer a Casa SL.

Nuestro proyecto comenzó a tomar forma gracias a la ayuda de Santi, que nos dio el apoyo administrativo y contable y aportó el pragmatismo necesario para llevar un negocio. Nuestras parejas y familias se implicaron en el proyecto desde el primer momento. Sin su apoyo y amor incondicional este proyecto no hubiera salido adelante.

Las mujeres iban llegando y el boca a boca hizo crecer la demanda de nuestros servicios. Poco a poco, fuimos dejando nuestros trabajos estables dentro del sistema público para dedicarnos exclusivamente a la asistencia al parto en casa.

El equipo NAC

El modelo de atención de Néixer a Casa está basado en una atención prenatal sin prisas que permite debatir y explorar temas diversos para tomar decisiones verdaderamente informadas y asumir las responsabilidades que de ellas se derivan. Este proceso de toma de decisiones permite a la mujer ganar confianza en su capacidad para dar a luz y convertirse en madre de manera positiva y efectiva. La escucha y el acompañamiento de las mujeres y las familias antes, durante y después del parto son una parte crucial e integral de nuestro trabajo. Acompañamos a las mujeres en su parto con base en la relación de confianza que se ha desarrollado a lo largo del embarazo. Durante el parto la mujer es acompañada por dos comadronas, aunque puede comenzar la asistencia una de ellas y añadirse la segunda comadrona cuando llega la fase más avanzada del parto. Las matronas permanecen con la mujer y la criatura durante las primeras horas posparto, y no se van hasta estar seguras de que la mujer se encuentra bien y la criatura se ha adaptado correctamente a la vida fuera del útero y ha mamado. En la medida en que cada mujer y sus necesidades son únicas, este modelo se adapta a cada mujer en particular.

Podemos decir que en los inicios funcionábamos como un grupo de comadronas y con el tiempo nos convertimos en un equipo. Empezamos de cero. Nuestro modelo de empresa no existía entre matronas y eso quiere decir que tuvimos que poner mucho amor y mucha creatividad.



Imagen 2. Equipo fundador de NAC, 2012.

En 2018 *Néixer a Casa* cumplió seis años. En estos años hemos reído y hemos llorado, hemos vivido partos y nacimientos, hemos discutido y hemos consensuado. Cada una de nosotras ha aportado algo diferente al equipo y todas juntas hemos contribuido a la difusión y normalización del parto en casa. Durante estos seis años hemos crecido como equipo y como personas. Por *Néixer a Casa* han pasado comadronas que han dejado huella. Cada una ha contribuido a hacer de *Néixer a Casa* lo que es ahora. Se han ido creando sinergias y encuentros con profesionales de otras disciplinas. En 2014 se creó *Espai NaC* para dar cabida a todas las personas que nos acompañan en nuestro proyecto con las mujeres y sus familias.

*Qué ofrece un equipo de matronas. El modelo de continuidad asistencial por matronas (Caseload)*⁴

En los años noventa, en el Reino Unido, se inició un estudio con base en las recomendaciones gubernamentales sobre un modelo de asistencia al parto centrado en la mujer (MCINTYRE, 2012).

En este estudio se ofreció a las mujeres la posibilidad de ser asistidas por un equipo de comadronas, fuera de las instituciones y gestionado por las mismas matronas. Esta asistencia incluía la atención a domicilio. Esto es lo que se llama modelo *caseload*: un número determinado de gestantes, de diferente nivel de riesgo, es acompañado durante el embarazo, parto y posparto por un equipo de comadronas. El equipo de comadronas cuenta con el apoyo de un equipo de obstetras. La muestra utilizada en el estudio era de 40 mujeres atendidas por un equipo de 6-8 comadronas. Como resultados interesantes y con implicaciones para la práctica, se observó que las mujeres atendidas por el *caseload* tuvieron menor tasa de intervenciones (epidural, partos instrumentados, episiotomías) sin aumento de la morbilidad neonatal. Por otra parte, las mujeres asistidas por el *caseload* expresaron una mayor sensación de control en el parto, mayor satisfacción con la experiencia (independientemente de cómo había terminado el nacimiento) y mayor satisfacción con la relación establecida con el equipo de comadronas. Desde entonces se han publicado otros estudios con muestras mucho más grandes con resultados congruentes con este primer estudio. Por consiguiente, el servicio público de salud del Reino Unido tiene incluido el modelo *caseload* de atención al embarazo, parto y posparto en la cartera de servicios dentro de algunos hospitales (MCCOURT, 2014; TRACY *et alii*, 2013).

En Cataluña los equipos de matronas siguen este modelo de atención, aunque de forma privada y sin apoyo institucional ni la coordinación con los obstetras y los hospitales. La inexistencia de esta relación complica la comunicación en caso de traslado y rompe con la continuidad asistencial.

⁴ *Caseload* se ha traducido, a nivel conceptual, como modelo de continuidad asistencial por matronas.

Nuestras estadísticas

Es difícil conocer las estadísticas de los partos planificados en casa en España. Y menos aún los resultados de estos partos en términos de morbi-mortalidad materna y neonatal. Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), los partos asistidos en casa por personal sanitario representan un 3‰ del total de los partos (no sabemos cuántos de ellos son planificados en casa ni cuántos partos planificados en casa terminan en el hospital) (ORTEGA BARREDA, 2017). Este porcentaje se mantiene estable desde 2009 con un ligero repunte en Cataluña (INE, 2017). En números absolutos, en 2017 fueron 1,066 los partos domiciliarios atendidos por personal sanitario, y de estos, 412 fueron en Cataluña, es decir, un 38,6% del total de partos (*ibid.*).

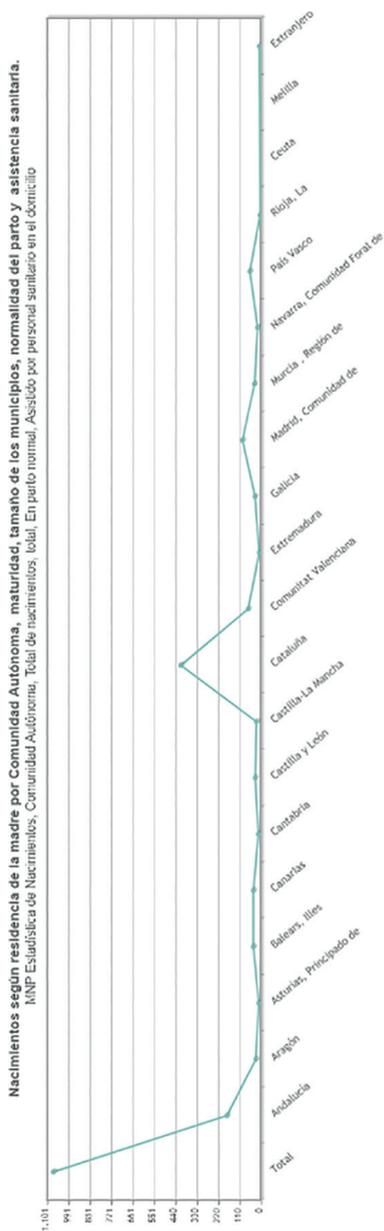


Figura 3. Gráfico de parto en casa. INE, 2017.

Néixer a Casa comenzó y sigue con el espíritu de aportar conocimiento y transparencia a la práctica del parto domiciliario.

En el período de 2012 a 2017 acompañamos a 502 mujeres en sus procesos de embarazo, parto y posparto, el 30,4% de las cuales esperaban su primer hijo y el 22,7% tenían una cesárea previa. La tasa de partos eutócicos fue del 89,6%. El 40,4% de los partos en casa fueron en el agua.

Un 15,7% de las mujeres tuvieron que ser trasladadas al hospital, la mayoría a petición de la mujer y por necesidad de analgesia farmacológica. De las mujeres que fueron trasladadas, el 58,2% eran primíparas y el 35% tenían una cesárea anterior. La ratio de cesáreas fue del 5,5% y la de parto instrumentado, un 4,9%.

El porcentaje de episiotomía fue del 0% y el de desgarros de 3.º y 4.º, del 2%.

Estos datos son congruentes con los resultados publicados en estudios con grandes muestras de mujeres, como el publicado en 2016 para la Midwife Alliance of North America (MANA), con una muestra de más de 16.000 mujeres de diferentes niveles de riesgo (CHEYNEY *et alii*, 2016) o el *Canadian Birth Place Study* (VEDAM y STOLL, 2014).

Qué implica asistir partos en casa

Trabajar de forma independiente tiene un coste emocional y social, especialmente cuando las comadronas trabajan solas. Trabajar sola permite crear fuertes vínculos con las mujeres y establecer una relación de confianza, sin embargo, implica estar de guardia permanentemente. Estar de guardia significa estar disponible en todo momento por si se produce el parto, lo que se traduce, en la práctica, en tener que ajustar tu tiempo «libre» en función de los partos. Significa que actividades como ir a un espectáculo, salir a tomar una copa, improvisar una actividad o un viaje son una auténtica proeza. La cobertura del móvil y la duración de la batería se convierten en prioritarios en tu vida (he llegado a llevar dos teléfonos encima con dos compañías diferentes).

Esto implica que la agenda personal está directamente vinculada a la agenda profesional. Hay que estar muy bien organizada y decidir cuántas mujeres se pueden asumir según las fechas probables de parto y planificar las vacaciones con muchos meses de antelación. Para poder hacer frente a esta alta disponibilidad, debe haber mucha implicación personal y familiar.

También hay que contar con alguna compañera que pueda apoyar en caso de necesidad e informar a las mujeres de la posibilidad de tener que ser asistidas por una comadrona que no conocen (por ejemplo, si enfermas o se ponen de parto dos mujeres a la vez).

Trabajar en equipo te permite tener tiempo libre, a la vez que garantizar el acompañamiento a la mujer. En contrapartida, la mujer debe conocer y coger confianza con todas las comadronas del equipo.

El coste profesional lo vivimos, por ejemplo, cuando hay un traslado al hospital. En nuestro país hay una gran ignorancia sobre el trabajo de la comadrona y sobre el parto en casa y a menudo mujeres y matronas somos juzgadas duramente cuando se precisa de asistencia médica en el nacimiento. Afortunadamente, cada vez hay más matronas que se han formado en países donde el parto en casa es una opción más o en los cursos de atención al parto en casa que se imparten en nuestro país. Cuando las comadronas nos encontramos con estos profesionales en un traslado sabemos que seremos escuchadas y las mujeres se sentirán respetadas.

El día a día del equipo

Durante estos años hemos trabajado con el modelo de comadrona referente: cada mujer tiene dos comadronas de referencia y al menos una de las dos asistirá su parto. Las matronas estamos de guardia las 24 horas del día y hemos llegado a asistir hasta doce partos al mes. Teniendo en cuenta que vamos dos comadronas a los nacimientos, esto quiere decir que cada una asiste entre cuatro y seis partos al mes. Además de los partos y las visitas a los domicilios, acompañamos a un grupo de madres y parejas que se preparan para el nacimiento y a un grupo de posparto y lactancia abierto a todo el que quiera asistir.

Los últimos viernes de cada mes hacemos un encuentro de familias y comadronas que tiene el objetivo de compartir experiencias y normalizar el parto en casa. Cada mujer y pareja explican su vivencia y los asistentes a la reunión tienen la oportunidad de preguntar e informarse sobre el parto en casa y sobre nuestro equipo.

La agenda se va rellenando de una semana para otra y se va ajustando según los nacimientos y las visitas urgentes. En la semana 37 del embarazo se hace la primera visita al domicilio. En función de las necesidades de cada mujer, se van programando las siguientes visitas en el domicilio

hasta el momento del parto. Una vez ha nacido la criatura, las comadronas vamos a las casas una media de siete veces durante el primer mes. Por lo tanto, nuestra agenda es muy variable. Los partos y pospartos marcan nuestro día a día. Cuatro de estas visitas se hacen en la primera semana después del parto.

Semanalmente hacemos reuniones de equipo y trimestralmente nos reunimos los miembros de ALPACC. Las reuniones de comadronas son muy enriquecedoras. Son el lugar ideal donde explicar, compartir y debatir nuestras experiencias. No nos sentimos juzgadas ni cuestionadas. Preparamos talleres de reciclaje y compartimos todo lo que vamos aprendiendo. A pesar de que en ocasiones hay debates intensos y apasionados (sobre todo cuando hablamos de la acogida en los hospitales o los límites de la asistencia en casa), siempre salimos fortalecidas y empoderadas.

Las mujeres y las familias



Figura 4. Habitada, de Agnès Mateu, para *Néixer en Casa*.

Cada vez son más las mujeres que desean que sus hijos nazcan en casa en vez de en un entorno hospitalario protocolizado. La mayoría de las mujeres que planifican parir en casa tienen en un alto valor la salud y el respeto por la fisiología del parto y el nacimiento (COXON *et alii*, 2017). Algunas mujeres llegan a esta decisión porque quieren un parto normal y poder escoger la comadrona que las acompañará. Actualmente esta opción no es fácil de encontrar en un entorno sanitario, ni tampoco la garantía de que las decisiones que toma la mujer sean respetadas en un centro hospitalario.

Otras mujeres toman la decisión de parir en casa después de haber sufrido experiencias traumáticas previas en entornos hospitalarios. En estos casos, muchas mujeres expresan que recuerdan como elemento muy doloroso la pérdida del poder de decidir sobre su cuerpo, sobre su bebé y sobre el entorno. Algunas incluso son incapaces de recordar la experiencia, solo recuerdan las sensaciones, las voces y los olores (*ibid.*).

El perfil de la mujer que pare en casa en nuestro entorno (Cataluña) es el de una mujer muy informada y de un nivel cultural alto. Son mujeres dispuestas a tomar decisiones, que no responden a los cánones de «normalidad» en relación con su salud y la de sus hijos e hijas, y a asumir la responsabilidad que implican sus decisiones.

Otros motivos que expresan las mujeres para parir en casa son la necesidad de intimidad, la libertad de movimientos, el deseo de estar acompañadas por quien ellas decidan y no separarse de sus otros hijos.

Cris, embarazada de su tercer hijo, a la pregunta de por qué quiere parir en casa, contesta:

Por comodidad, por intimidad, por amor, por confort, por el respeto que me otorgan, por la compañía, por el ambiente, porque es la única manera de garantizarme atención 100% personalizada, porque quiero dormir en casa, porque quiero que mis hijos vivan el nacimiento de su hermano, porque quiero disfrutar de mi parto, *porque quiero poder gritar*, porque anhelo la libertad.

Y cuando le preguntas sobre las diferencias entre un parto 100% respetado en un hospital de Cataluña o un parto en casa, nos dice:

Es imposible compararlo. El ambiente hospitalario, el olor a esterilidad..., las continuas interrupciones, personas desconocidas... En el hospital te pueden respetar poniendo como referencia sus normas y protocolos. En casa las normas las dicto yo. En este caso no quiero que me respeten, no quiero luchar por mis derechos de mujer, simplemente quiero parir..., no tengo ganas de

dar explicaciones a cada persona que irrumpa en la sala, ni de dictar un plan de parto..., simplemente quiero PARIR. ¡Quiero parir!

Las casas y las familias

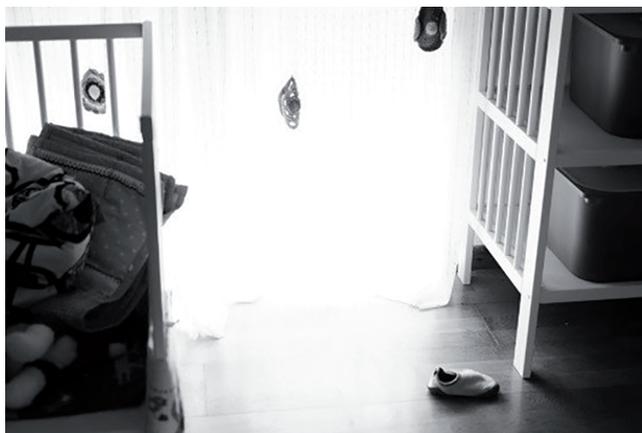


Imagen 3. *Les cases*. Lucia Alcaraz, 2013.

Todavía hoy tengo muy presente a Tracy. Tracy fue la primera mujer que me pidió que le acompañara en su parto en casa. Era en 2002, apenas había estrenado el título de comadrona. ¡Dios mío! Qué alegría y qué responsabilidad. La verdad es que ella lo tenía clarísimo: quería parir en casa y quería que yo estuviera. Así que busqué una compañera que ya asistía en casa, Inma, y juntas la acompañamos. Recuerdo la acogida el primer día en casa de Tracy, antes del parto. Fue una experiencia mágica. Aprendí del poder de las mujeres, del saber innato, de cómo se detiene el tiempo y de la alegría de compartirlo con una compañera.

Entrar en casa de las mujeres es una oportunidad de saber más de ellas y de sus vidas. En la primera visita nos enseñan la casa: las habitaciones, el baño, la cocina, paseamos por cada estancia y observamos los muebles, los cuadros, las fotos y los objetos que la adornan. Ellas nos hablan de algunos de estos objetos y comparten recuerdos y trocitos de sus vidas con nosotras. En estas visitas nos cuentan cuál es su rincón favorito e imaginamos en qué lugar de la casa se sentirán más cómodas para parir, donde montaremos la piscina de partos y el rinconcito para las comadronas. Todo esto

lo hacemos mientras tomamos un té tranquilamente que a menudo va acompañado de algún pastelito o unas galletas.

A las comadronas nos encantan las cocinas. Es uno de los lugares donde a menudo pasamos parte del acompañamiento durante el parto. Hacemos infusiones de canela con limón, que dan energía. Preparamos la decocción de tomillo y cola de caballo, que tiene propiedades antisépticas y antiinflamatorias, para lavar el periné después del parto. Toda esta actividad culinaria impregna la casa de olores diversos que a las comadronas nos evocan a los partos en casa. Casas ordenadas o desordenadas nos pueden dar una idea de cómo es esa mujer y cómo será el parto. Hay un dicho entre las comadronas de parto en casa: cuanto más desordenada está la casa, más fácil será el parto.



Imagen 4. Júlia. Marga Martí, 2017.

En las casas también nos encontramos con las parejas, hijos o hijas y otras personas que estarán presentes el día del nacimiento. Los niños suelen ser muy buenos acompañantes. Nos examinan atentamente y a medida que cogen confianza nos hacen preguntas y a menudo acabamos leyendo cuentos o formando parte de sus juegos. Les explicamos quiénes somos las comadronas y qué hacemos, les enseñamos imágenes de nacimientos y

con las madres dramatizamos el parto. De este modo el día del parto nos reciben con confianza. Cabe mencionar el acompañamiento de las hijas cuando tienen 6 años o más y madres y padres han hablado con ellas y han visto algún nacimiento. Algunas deciden que no quieren estar en el parto, otras tienen muy claro que sí. En estos casos es interesante constatar cómo acompañan y cuidan a sus madres, en silencio y con una empatía impresionante.

Los padres y parejas



Imagen 5. Ali y Xivi. Lucia Alcaraz, 2014.

Durante las últimas décadas los padres han sido incorporados al parto. Cuando las mujeres plantean que quieren parir en casa, los hombres suelen estar sorprendidos y asustados. A menudo las mujeres tienen muy clara la decisión de parir en casa, pero sus parejas no tanto. Según mi experiencia, las parejas hombres necesitan escuchar a las mujeres, buscar información, reflexionar, valorar, analizar, sopesar y, finalmente, llegar a una conclusión razonada. En las visitas previas al parto nos vamos conociendo y tienen la oportunidad de preguntar y compartir dudas y miedos. Las matronas les informamos y les animamos a vivir el parto como un evento trascendental pero también festivo.



Imagen 6. Ekiñe y David. Raquel Banchio, 2013.

El parto en casa facilita que las parejas puedan asumir el protagonismo tanto como padres/madres y acompañantes de sus mujeres, como en la propia vivencia emocional de compartir la experiencia del parto y nacimiento de los hijos. En casa, cada pareja puede expresar sus expectativas y articular el rol que quiera desarrollar durante el trabajo de parto.

Cuando iniciamos las visitas domiciliarias, las parejas ya se encuentran muy cómodas con las comadronas y participan activamente en la preparación de la logística del nacimiento y en el plan de traslado. Una de las cuestiones que se plantean es si sabrán qué hacer y estarán a la altura de las circunstancias, y aquí nos toca contarles que para ellos es muy fácil acompañar, que conocen a sus mujeres mejor que nadie y que nosotras somos unas invitadas especiales que animamos y acompañamos también a la pareja. También les ayuda hablar con otros hombres y mujeres que ya han vivido la experiencia, y tienen la oportunidad de hacerlo en los encuentros de parejas que organizamos regularmente.

Las abuelas



Imagen 7. *Les àvies*. Cris Moe. Lou Carreras, 2016.

Las madres de las mujeres también suelen estar presentes en el acompañamiento durante todo el proceso. La relación de las mujeres con sus madres es uno de los temas que exploramos durante los encuentros de seguimiento del embarazo. El embarazo es un momento de apertura emocional y las mujeres expresan sentimientos y emociones hacia sus madres y hacia la maternidad. La presencia de las abuelas puede darse de diferentes formas según la relación con la hija. Hay madres que superan miedos y preocupaciones de las propias experiencias y respetan la decisión de su hija de parir en casa y de contar con su presencia o no el día del nacimiento. Estas mujeres hacen un soporte fundamental en el posparto de apoyo emocional y logístico a las hijas y parejas.

Otras mujeres expresan una relación difícil con la madre que la decisión de parir en casa acaba de agravar. Algunas mujeres optan por no compartir esta decisión con sus madres. En algunos casos, pocos, están presentes como elementos distorsionadores de la hija y lo pueden ser en el parto. En los pocos casos que nos hemos encontrado, hemos animado a la madre a cambiar de actitud o incluso la hemos invitado a salir de la casa. Cuando sucede esto intentamos hablarlo durante el posparto y aclarar nuestra decisión. Para las comadronas es un papel incómodo que intentamos prever antes del parto.

Otros acompañantes ocasionales son las mascotas: gatos y perros también pueden estar presentes el día del parto. En las casas nos reciben, nos huelen, se acercan o se esconden según el carácter y nos acaban conociendo como alguien más de la familia.

El parto

¡Dios mío! Chute de adrenalina. Son las 3 am y suena el móvil en mi mesita de noche.

«Hola, Albert, ¿qué hay? ¿Mercè tiene contracciones desde las 23:00? Ahá..., gime y respira fuerte en cada contracción..., las tiene muy seguidas..., cada dos o tres minutos... ¿Ella quiere que vayamos? De acuerdo, llamo a Roser y voy para allá».

Todo preparado en el recibidor para cambiarme sin hacer ruido y no despertar a la familia. Francesc, mi compañero de vida, se despierta lo justo para preguntarme quién está de parto (se las conoce a todas) y desearme que todo vaya bien: «Sobre todo envíame un *whatsapp* cuando haya nacido, ¿eh?». Besos.

Y yo siento una mezcla de envidia hacia él, que se queda acurrucado en las sábanas, y de excitación ante la expectativa de un nuevo parto y un nuevo nacimiento.

Cargo maletín, mochila de reanimación y silla de partos, y hacia el aparcamiento. Albert y Mercè viven en Argentona, esperan su segundo hijo. El primero, Pol, nació en el hospital después de una cesárea.

Llamo a mi compañera Roser, sonrío pensando que ella debe de estar sintiendo lo mismo que yo cuando sonó mi teléfono.

Vuelvo la mirada atrás, cuando Mercè y Albert nos contactaron hace cuatro meses. Ellos son amigos de Miriam y Juan, a quienes asistimos el nacimiento de su segunda hija, Berta. Así es como llegan a nosotras muchas de las parejas a las que acompañamos, por el boca a boca.

Mercè, Albert y su hijo Pol vinieron a una cita informativa a nuestro espacio. Llegaron ilusionados, a la vez que llenos de dudas y miedos. Los acogimos con cordialidad y ternura.

Sabemos cómo se sienten las parejas que se plantean el parto en casa y conocemos el proceso por el que están pasando, porque también nosotras lo hemos vivido. Somos mujeres que en un momento de nuestras vidas optamos por parir en casa, dejando de lado los prejuicios y los miedos, y

confiando en la vida. Y somos comadronas que optamos por acompañar a las mujeres y sus familias durante su proceso de embarazo, parto, nacimiento y posparto en casa, transgrediendo todo lo que nos habían enseñado y poniendo en práctica todo aquello en lo que creíamos.

Después de aquella primera cita, Mercè y Albert decidieron parir en casa. A partir de ese momento comenzamos a conocernos y se fue creando un vínculo basado en la confianza y la honestidad.

Es agradable ir tejiendo la relación con la mujer, su pareja y sus hijos. En cada visita van surgiendo nuevas dudas, nuevos sueños, nuevas anécdotas. Hablamos, mientras tomamos un té, relajadamente. Los otros hijos están por allí, entre las piernas, jugando y riendo. Nos miran con curiosidad, la madre ya les ha explicado que vendrán las comadronas y por qué estamos allí. A menudo ellos también nos hacen preguntas y nos quieren ayudar.

Las visitas en casa previas al parto nos han servido para organizar los temas logísticos y hacer un repaso a la lista de material que les entregamos en la primera visita. Hemos estado en la casa en diferentes ocasiones y la hemos hecho un poco nuestra (la cocina, el lavabo y la habitación para que las matronas dejen sus cosas y descansen si el parto es largo, etc.) y hemos preparado el plan de traslado.

Cargo el coche —¡caramba, cómo pesa todo a estas horas!— y pongo la radio y el GPS (¿cómo lo hacíamos antes sin móvil ni GPS?), y hacia Argentona. El trayecto lo he hecho un par de veces para ver a Mercè y para preparar el parto. Apenas hace dos semanas que fuimos Roser y yo por primera vez. Roser y yo somos las comadronas de Mercè.

Aparcamos el coche delante de la puerta y enviamos un mensaje a Albert para que nos abra la puerta, intentando perturbar lo menos posible. Mercè está en el piso de arriba. Descargamos los maletines y la piscina en medio del comedor y subimos la escalera sin hacer ruido. Está en el baño, de rodillas, apoyada en la taza del váter. Sonríe cuando se gira y nos ve en la puerta. Le viene una contracción. Respira hondo y suelta el aire en un fuerte y mantenido suspiro. Escuchamos el corazón de Anna. Late con fuerza. Las contracciones van viniendo. Por la forma en que vemos a Mercè sabemos que el parto está en una fase muy activa.

Roser y Albert bajan a montar la piscina en el comedor. Yo me quedo con Mercè, necesita presencia y alguien que le haga masaje y le ponga calor en la zona lumbar. Vamos escuchando el corazón de Anna, que late firme y rápido.

Cuando la piscina ya está a punto, bajamos al comedor, poquito a poco, entre contracción y contracción.

Cuando se mete en el agua caliente suelta un suspiro de placer y todos sonreímos y nos relajamos con ella. Las contracciones se espacian y le permiten descansar. Hay pocas palabras, no se necesitan. La luz es tenue y la casa está bien caldeada, es el ambiente ideal para recibir a un bebé. Pol duerme en la habitación de sus padres.

Dejamos solos a Mercè y Albert y nos vamos a la cocina a tomar un café. La casa huele a tomillo y cola de caballo. Roser ha hecho una buena olla de esta mezcla, que utilizaremos durante el posparto para lavar el periné. En estos momentos de calma antes del nacimiento las comadronas aprovechamos para relajarnos, comentar el parto, arreglar la agenda del día siguiente y escribir todo lo que está pasando en la historia clínica.



Imagen 8. Luci, escribiendo. Raquel Banchio, 2013.

La historia clínica también es la historia del parto; en ella escribimos nuestras impresiones, qué hace y qué dice la mujer, y se convierte en un documento precioso que recoge la vivencia, desde la mirada de las comadronas, de aquellas horas que vamos compartiendo.

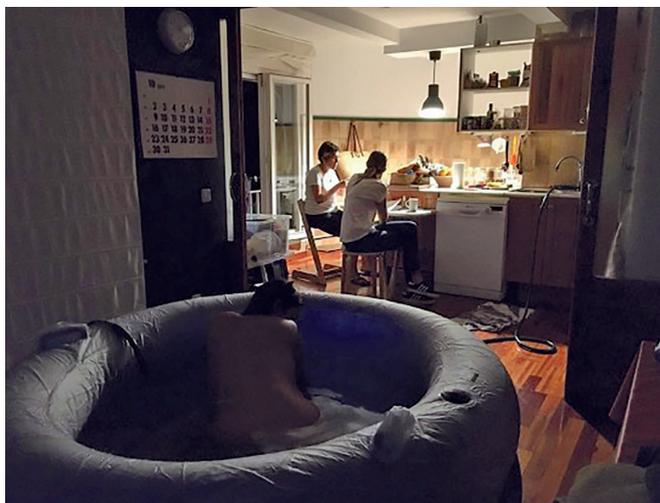


Imagen 9. Marina. Bernat, 2017.

Desde la cocina escuchamos a Mercè y sabemos, sin estar allí, como son las contracciones y cómo se va activando la fase final del parto. En medio del silencio, gime, se mueve, respira, suspira... Vamos de puntillas y nos acomodamos en un rincón del comedor. Estamos alerta con los cinco sentidos. Sentimos el olor del parto, un olor dulce y especial, y sentimos los sonidos del parto, guturales e íntimos, y al final de una contracción, el primer sonido de pujo. Mercè casi no ha sido consciente. Roser y yo nos miramos, es uno de los sonidos que más nos alegran. Quiere decir que ya se acerca el final. Albert nos mira interrogante, le hacemos un gesto, todo va bien. Él se sienta en el borde de la piscina, ella le coge la mano y le aprieta con la contracción. Él le habla suave, le da un beso, ella sonríe y abre los ojos. Su mirada es profunda, está más allá del aquí y del ahora, entre el sueño y la realidad de cada contracción, entre el dolor y el placer. Nosotros nos convertimos en espectadores de excepción de esta vivencia única e irreplicable.

De repente el suspiro se vuelve grito, un grito que sale de las entrañas, sordo y gutural, y empieza a empujar con fuerza, dentro del agua, de rodillas. Roser coge el espejo y la linterna para ver el periné de Mercè. La vulva se está abriendo, suavemente, y al fondo vemos un trocito de la cabecita de Anna. Mercè tiene perfecta conciencia de dónde está Anna, de

sus movimientos, de su bienestar, y sabe, instintivamente, qué tiene que hacer, toca la cabeza de la niña y se protege su periné mientras empuja cada vez con más fuerza. Anna corona en la vulva de su madre. Dulce la salida de la niña, salvajes las contracciones y animal el grito que acompaña el nacimiento.

8:00, la cabecita ya está fuera, azul, lleva el cordón alrededor del cuello, vemos cómo late. La madre toca la cabeza de su hija aún dentro del agua. Esperamos la siguiente contracción y finalmente nace Anna.



Imagen 10. Noe y Jordi. Mireia Navarro, 2016.

Es difícil describir estos momentos. Desde nuestra mirada, es como si se hubiera formado una burbuja entre madre, padre e hija donde mirarse, tocarse y decirse las primeras palabras que acompañan la primera respiración y el primer llanto. La madre la mira incrédula y admirada. La niña mira a la madre directa a los ojos, atravesándola. La mirada de un bebé nos conmueve siempre. El padre abraza a la madre y llora de emoción y de alivio.



Imagen 11. Cris Moe y Joan. Lou Carreras, 2016.

En estos momentos las comadronas desaparecemos discretamente. Nos abrazamos y compartimos la alegría del nacimiento. No queremos perturbar estos momentos tan trascendentales en la vida del que nace y de la mujer que se convierte en madre. Escuchamos la voz de Mercè hablando suavemente a la niña y observamos la escena desde la puerta, vigilantes y respetuosas. El color rosado de la niña, la forma de su cuerpo en brazos de la madre y su mirada nos indican que se está adaptando bien. La respiración pulmonar se instaura mientras la niña todavía recibe oxígeno a través del cordón umbilical y la placenta. Cuando la respiración está bien establecida, el cordón deja de latir y se colapsa espontáneamente. Ahora es un buen momento para cortar el cordón, Albert lo corta y este gesto se convierte en el gesto simbólico de separación de Anna de su vida intrauterina.



Imagen 12. Laia y Bru. Lucia Alcaraz, 2016.

El posparto inmediato. El alumbramiento

Al cabo de un rato, Anna empieza a sacar la lengua, hace movimientos con la cabecita y reptar hacia el pecho de Mercè, lo encuentra y se amorra, como si le fuera la vida en ello. La succión de Anna provoca nuevas contracciones y Mercè vuelve a sentir ganas de empujar. Ella misma tira levemente del cordón y sale la placenta. Mercè suspira y comparte el descanso del parto acabado y del alumbramiento. Quiere salir de la piscina.



Imagen 13. Revisando la placenta. Raquel Banchio, 2013.

Le hemos preparado unas toallas calientes y un lugar limpio y seco en el sofá. Se acomoda con la niña sobre el pecho, ambas felices y tranquilas. Le aplicamos en el periné compresas frías empapadas en la solución de tomillo y cola de caballo que hemos preparado antes. Albert le lleva un zumo y un bocadillo de jamón y se queda al lado de Mercè y Anna. Las comadronas animamos a Albert a comer algo. Dice que no tiene hambre. Ya sabemos cómo se siente y decidimos prepararle un pequeño desayuno que, a pesar de los nervios, se acaba comiendo con fruición.

Nosotras vamos a la cocina a comer algo y acabamos de rellenar la documentación del parto. Tenemos una sonrisa perpetua, característica de un ambiente rico en oxitocina. Cuando Mercè acaba de comer, le proponemos revisar el periné. Bajo la luz de un frontal y con una sartén bajo las

nalgas, montamos un campo estéril, ponemos anestesia local y suturamos un pequeño desgarro. Pesamos a Anna, tomamos las constantes de madre e hija y valoramos el sangrado y la involución uterina.

En estos momentos escuchamos una vocecita. Es Pol, se acaba de despertar y llama a su padre. Es un hecho que se repite en muchos partos. A pesar del ruido en la casa y los gritos de la madre, los hijos mayores no se despiertan hasta que todo ha pasado. Pol entra en el comedor en brazos de Albert. Ambos se agachan junto a Mercè y Anna. Mercè recibe a Pol con palabras dulces y amorosas, le acaricia la cara y las manitas y le presenta a Anna. Pol toca suavemente a su hermana, sorprendido de la suavidad de su piel.



Imagen 14. Sonia, Guille y las niñas. Marga Martí, 2017.

Aún tardaremos tres o cuatro horas en marcharnos. Revisamos la placenta. Vaciamos, limpiamos y recogemos la piscina. Lavamos y ordenamos nuestro material. En varias ocasiones volvemos a revisar las pérdidas de sangre y la involución uterina. No nos vamos hasta que Mercè se levanta de la cama, camina y hace pipí.

En las horas inmediatas al parto, todos los presentes compartimos la euforia del nacimiento. Nosotras también compartimos fotos y mensajes con las otras compañeras del equipo y Albert llama a la familia para dar la noticia.

Anna ha nacido a las 8:00. A las 11:30 cargamos el coche y nos vamos.

Durante un mes después del nacimiento haremos diversas visitas para valorar el estado de madre e hija y ayudar en la instauración de la lactancia materna y de un vínculo familiar saludable.

El primer mes

En 1997 nació mi primer hijo, Eric, mi gran maestro. En aquella época aún no era comadrona ni tenía pensado serlo. El parto fue rápido y con todas las rutinas de la época en Sant Pau (Hamilton, inmovilización, ayuno, vía, oxitocina, enema, rasurado, Kristeller, peridural y pH). Recuerdo la adaptación del posparto como una especie de prueba de fuego. Recuerdo la dificultad para recomponerme y el descubrimiento de mí misma. Y también las emociones a flor de piel, el miedo, la tristeza y el desconocimiento. Me costó asumir la maternidad y disfrutar. Y no sabía muy bien por qué. Hasta que fui comadrona y empecé a acompañar los pospartos de otras mujeres.

En 2012 tuve la oportunidad de participar y guiar el grupo de posparto del ASSIR de Manso. Allí empecé a aprender cómo se nos remueven las entrañas a las mujeres durante el puerperio y lo importante que resulta la experiencia del parto para vivir un posparto saludable. En aquel grupo conocí a muchas mujeres rotas con lactancias muy difíciles y auténticas depresiones posparto. También fue precioso ver el apoyo madre a madre, la tribu. El grupo de posparto es en sí mismo terapéutico. Por otra parte, cuando desarrollas esta atención, te das cuenta de la importancia del apoyo emocional y profesional de la comadrona en esta etapa de la vida de las mujeres. La atención al puerperio es uno de los pilares de la profesión de comadrona.

Cuando creamos *Néixer a Casa*, las cuatro socias teníamos muy clara esta prioridad y por eso diseñamos un programa de atención al puerperio domiciliario durante el primer mes de vida. Este programa de acompañamiento al puerperio en casa es muy valorado por las mujeres y sus parejas. Se caracteriza por la disponibilidad de las matronas, especialmente en la primera semana tras el parto, la individualización de la atención y la relación con las matronas más allá del mes, ya sea en el grupo posparto o en forma de atención individual en consulta.



Imagen 15. Natalia. Pere Martí, 2017.

Las visitas de las comadronas en casa duran aproximadamente noventa minutos. Aparte de los cuidados a madre y bebé, el tiempo de la visita se dedica al apoyo a la lactancia y al espacio para reflexionar, para expresar emociones y compartir los recuerdos del parto y el nacimiento. Las parejas aprenden a cuidar a las madres y a sus bebés y las comadronas los acompañamos en el proceso de convertirse en madres y padres.

La última visita

Las comadronas damos el alta una vez madre y bebé se encuentran bien, la lactancia está instaurada, se han superado las primeras dificultades y la mujer se siente segura y autosuficiente, o casi. Con Mercè, la última visita

a casa fue a los veinte días del parto, y, como es habitual en muchas mujeres, la vivió con cierta tristeza.

La última visita es una ocasión especial que marca el final de una etapa. Nos gusta revivir el parto y repasar algunos momentos. Las mujeres y las parejas tienen la oportunidad de expresar todo lo bueno que vivieron y todo lo que cambiarían. Para las comadronas es importante esta retroalimentación: nos enseña, nos refuerza y nos ayuda a mejorar. En esta visita damos los últimos consejos sobre lactancia, sueño, comportamiento del bebé y planificación familiar.

A pesar de que damos por terminada la asistencia, nunca se pierde el contacto con las mujeres a las que atendemos. Siempre queda un vínculo que se refuerza en cada nuevo embarazo y parto y que se mantiene durante toda la vida.



Figura 19. Sonia, Guille, las niñas y las comadronas. Marga Martí, 2017.

El traslado

A pesar de que el parto esté planificado en casa y durante el embarazo hayamos trabajado todos aquellos aspectos físicos, psicoemocionales y logísticos que pueden influir, algunas de las mujeres a las que acompañamos necesitan de un entorno médico para dar a luz. Entre un 15 y un 20% de

las mujeres que planifican su parto en casa necesitarán asistencia médica para dar a luz (BLIX *et alii*, 2014). Los motivos más frecuentes de traslado del parto en casa al hospital son el cansancio materno y el dolor y la no progresión del parto por un estancamiento de la dilatación o del descenso del bebé. Una de las partes más difíciles de nuestro trabajo es el acompañamiento cuando no se cumplen las expectativas. Haber consensuado con la mujer y la pareja un buen plan de traslado durante el embarazo es fundamental en estos momentos.

En nuestro país no existe, en el momento que redacto estas líneas, ningún circuito consensuado con los diferentes niveles asistenciales que facilite la transferencia de casa al hospital. Por lo tanto, cada equipo o profesional se organiza según las preferencias de la mujer/pareja en cuanto a la planificación del sistema de transporte y el centro hospitalario o clínica donde se hará el traslado en caso de necesidad. En la mayoría de casos el sistema de transporte es el coche particular o el de la comadrona y el hospital escogido es el hospital de referencia.

Recuerdo mi primer traslado al hospital donde me formé. Recuerdo la cara de miedo de Elena cuando le dije que teníamos que marchar. Los primeros traslados vividos durante los primeros tiempos de Néixer a Casa los vivía casi como un fracaso personal. De hecho, este sentimiento es compartido con muchas de las compañeras que asisten en casa. Ha sido todo un trabajo personal asumir que los nacimientos no dependen de las comadronas. Las matronas de parto en casa ofrecemos atención individualizada con una visión salutogénica del embarazo y del parto, un acompañamiento atento, empático y vigilante, y unas herramientas y entrenamiento para hacer todo esto de la forma más segura e individualizada posible. Las comadronas de parto domiciliario no «vendemos partos en casa».

La muerte

Tres años después de escribir la etnografía que empecé en 2014, me pongo con el último capítulo. Entonces todavía no me había enfrentado a una de las experiencias más impactantes que he vivido como comadrona y el acompañamiento al duelo más intenso, amoroso e inspirador.

No puedo empezar de otra manera que no sea hablando de Marc. Este pequeño ángel que nació sin vida un día de diciembre, muy cerca de las fiestas de Navidad.

Conocí a los padres de Marc, Jordi y Maria, y me enamoré. Creo que el enamoramiento fue mutuo. No había conocido nunca una pareja donde el amor rezumara de cada gesto, de cada palabra, de cada mirada, de cada sonrisa. Era como un aura que los rodeaba e incluía a todos aquellos que nos acercábamos.

El embarazo transcurrió plácidamente. Las visitas a nuestro espacio, siempre esperadas, siempre aleccionadoras y siempre comenzadas y terminadas con esos abrazos compartidos, hechos desde el corazón. Aquellos abrazos que tanto me gustan, que te cargan de energía para el resto del día, y que recordaré siempre.

Recuerdo las visitas a casa, Maria ya con una buena barriga. Marc, un torbellino, feliz y latiendo fuerte. Recuerdo la conexión de los tres. Hijo deseado, hijo disfrutado y amado ya desde la concepción. Hablamos de todo en aquellas visitas y nos reímos mucho. Poco a poco, padres y comadronas haciéndonos cómplices de aquella aventura que sería el parto de Maria y el nacimiento de Marc.

Maria se puso de parto un domingo. Yo tenía mi fin de semana libre. Y no sé si el recuerdo ahora le da otro significado o si realmente lo que sentí era premonitorio. Siento la desazón de no querer ir a aquel nacimiento como si fuera ahora. De buscar excusas y rezar para que Marc naciera antes de la noche, con mis compañeras, que ya estaban con ellos. Pero no fue así, Marc me eligió, como me habían elegido sus padres.

Llegué a la casa sobre las 23:00. El ambiente caldeado, oscuridad, intimidad, silencio y sonrisas. Maria estaba en la piscina de partos. Estaba tan hermosa... Gemía de vez en cuando, con la contracción, y respiraba suave y tranquila cuando la contracción se iba. Jordi, a su lado, atento y presente: ahora una toalla fresca en la frente, ahora un masaje en la espalda, ahora un poco de agua. No hacían falta palabras para esa conexión tan perfecta. Las comadronas, a veces, junto a Maria, ofreciendo una mano o una caricia o una palabra, y a veces, dejando espacio e intimidad, encerradas en la cocina, susurrando, tomando un café, comiendo y escribiendo la historia de aquel nacimiento. Escuchábamos el corazón de Marc, latía a ritmo rápido, acelerando cuando la madre tenía una contracción y cuando se movía dentro de su vientre.

Por la noche las comadronas y Jordi fuimos haciendo turnos de descanso. El parto transcurrió a su ritmo, apacible a veces, e intenso cuando ya se acercaba el final de la dilatación. Por la mañana, Maria estaba muy cansada y dudaba acerca de si continuar en casa, pero hubo un cambio de ritmo, la bolsa de las aguas se rompió. Aguas claras y abundantes. Hicimos un tacto vaginal. Estaba toda la dilatación hecha y ya entraba en la fase final del parto. Recuerdo la alegría compartida de los padres y las comadronas.

Maria comenzó a empujar y poco a poco la cabecita de Marc fue bajando hasta coronar. El latido de Marc fuerte después de cada pujo. Maria sentía cómo Marc se movía, siendo parte activa de su nacimiento.

Salió la cabecita. Y en la siguiente contracción, todo el cuerpecito. El abrazo de Maria a su hijo, las lágrimas de alegría de Jordi, las matronas observando emocionadas..., todas son escenas de esta película que me viene a la cabeza, ahora lejana pero todavía viva.

Y en menos de un minuto, entrar en alerta. Mirar a mi compañera. Voy escribiendo mientras recuerdo, en una especie de catarsis. Casi sin pensar. Pero el cuerpo tiene memoria, y el corazón se acelera sintiendo todavía la adrenalina de aquellos momentos.

«Maria, estírate en la cama, agarra fuerte a Marc». «Roser, el cordón está blanco, no late». «Jordi, Maria, llama a Marc, acariciadlo, frotadlo». Nosotras, incrédulas. Estimulando, rezando. Marc no respiraba. No fue casual que ese día fuéramos tres comadronas. Marieta había venido a hacer una formación con nosotras. «Marieta! Ambú! Fonendo! Marc no tiene latido y su cordón, el gran reanimador, tampoco. ¡Llama al 112!». Empezamos la reanimación activa. Cinco insuflaciones. No respiraba. Masaje cardíaco 3 a 1. «Llama al 112». Y entramos en una especie de tránsito de estimulación, masaje cardíaco e insuflaciones pulmonares. Una mecánica muchas veces practicada pero nunca utilizada hasta la fecha. Los padres nos miraban, aterrados e interrogantes. Yo ya no podía mirarles. Solo tenía en las manos el cuerpecito de Marc. Mis manos rodeando su tórax y mis pulgares en su pecho, comprimiendo. Roser, ventilando. Nos íbamos mirando y entramos en aquella irrealidad, en aquella pesadilla, pensando que pronto despertaríamos.

El cuerpo tiene memoria. Aún siento ese pequeño cuerpo sin vida entre mis manos. Tan blanco. Tan azul. A medida que escribo, me van cayendo las lágrimas densas y saladas. Lloro, no con el llanto de los primeros tiempos, sino con aquel que te sale de algún lugar profundo de la memoria y del alma.

Y en un momento, cuando llega la primera ambulancia, te das cuenta de que aquello es real. Y entras en modo profesional, fría y competente. Hasta la tercera ambulancia no llega la neonatóloga con el equipo. No sé cuánto tiempo llevaba intentando que aquel pequeño corazón latiese, pero cuando lo dejé de hacer y se lo pasé a la doctora las manos me dolían.

Marc no respiró nunca y su corazón nunca latió.

Miré a Maria a los ojos. «Venga, Maria, tienes que parir la placenta, yo te ayudo». En un momento la placenta estaba fuera, el sangrado era profuso. Administré una dosis de oxitocina intramuscular. El sangrado paró. «Maria, vamos al baño». Ella se levantó de la cama, diciendo el nombre de Marc. Jordi se quedó con su hijo. Lo miré a los ojos y vi el dolor más inmenso que había visto nunca. Acompañé a Maria, se duchó. «Maria, debemos revisar el periné, quizá hay suturar». Fuimos al comedor, se estiró en el sofá. La casa era una algarabía de gente, pero nosotros habíamos construido una burbuja que nos aislaba, y, no sé cómo, conseguí suturar esa herida física del nacimiento.

Jordi y la neonatóloga salieron de la habitación. Jordi tenía a Marc en brazos. Lloraba. Entonces sí, todos lloramos. Maria, ya vestida y sentada, tomó a su hijo y lo meció, lo acarició, le habló, le lloró. Roser hizo fotos como pudo, en medio de las lágrimas. Todos los presentes, en el silencio más absoluto.

Roser acompañó a Maria al hospital. Jordi, Marieta y yo nos quedamos en la casa. Marc, abrigadito, en la cama de sus padres. Entonces va llegando gente a la casa. Primero, los Mossos d'Esquadra, después, el juez, la secretaria judicial y el médico forense. Y yo volví a entrar en modo profesional, frío y competente. Explicué todo lo que había pasado a cada uno de los personajes con palabras técnicas, frías, sin alma. Lenguaje que todos ellos podían entender y que me ayudaba a no desfallecer, a no entrar en el miedo ni en la culpa.

Con Jordi íbamos hablando, recordando, digiriendo. Marieta hacía café. Aquellas horas se hacían eternas.

Recuerdo las palabras de la neonatóloga y el forense. Marc hubiera muerto igual en el hospital. No éramos conscientes en aquellos momentos de la importancia de aquellas palabras, que nos ayudaron a vivir el duelo.

Agradezco a nuestras compañeras del equipo el acompañamiento que nos hicieron desde el primer minuto. Nunca nos sentimos juzgadas ni cuestionadas. Y nunca me he sentido tan unida a todas ellas como aquel día. Gracias, Raquel, Laia, Inma y Maria. Gracias de nuevo.

Los días siguientes, los vivimos intensamente, acompañando a Maria y Jordi. Llorando juntos, abrazándonos. Haciéndonos preguntas que no tenían respuesta.

Nunca se supo el motivo de la muerte de Marc. Simplemente vivió su vida en aquellos meses en su madre y luego se marchó.

Como comadrona, a menudo había pensado que no sabría qué hacer si algún día llegaba el momento de enfrentarme a la reanimación activa de un bebé y nunca se me pasó por la cabeza que un bebé podría morir en mis manos. Los bebés son fuertes y tienen un gran instinto de supervivencia. Sin embargo, la muerte es inherente a la vida.

Soy capaz de reaccionar eficazmente ante una emergencia, y pese a que pensamos que sabemos mucho, no podemos controlarlo todo. La muerte también está presente en el nacimiento. Estos fueron mis grandes aprendizajes.

Gracias, Roser, compañera, por tu fortaleza, amor y apoyo. Gracias, Marieta, por tu entrega y estimación, fue providencial que nos acompañaras ese día.

Gracias, Francesc, compañero de vida, por ayudarme, escucharme, consolarme, contenerme, abrazarme tantos y tantos días después. Y por acompañarme en aquel viaje a África, con gente desconocida, a la aventura de reencontrarme conmigo misma.

Gracias a mis hijos, Blanca y Eric, por dejarme sentir y expresar, y por escucharme con tanta aceptación.

Y gracias, Maria, Jordi y Marc, por todo el amor.

Epílogo

La comadrona toma parte de la biología, de la medicina y de la psicología. Pero no es la suma, es algo más. Es el arte de saber dónde radica el equilibrio entre lo que necesitan las mujeres, sus medios y las posibilidades terapéuticas. La relación de la comadrona con las mujeres es mucho más amplia que la de ofrecer consejos específicos y directos que sean útiles. Es una relación que se establece también para confirmar a la otra mujer en todas sus potencialidades y con el fin de que pueda manifestarse y afianzarse en sus recursos latentes. Un trato que obliga a las comadronas a percibir la relación desde el compromiso. Es un nexo con la otra mujer, que supone también ayudarse una misma.

Las mujeres son mediadoras entre sí; las matronas, mediadoras de las mujeres con ellas mismas.

Vidal PUÉRTOLAS, 2005.

El final de mi/nuestra historia con Néixer a Casa, lo resume muy bien mi querida Roser:

Seis años de aprendizaje comprimidos. Y sí, aprendimos sobre partos y criaturas, sobre la UNICIDAD y la MAGIA de cada proceso y sobre relaciones interpersonales. Relaciones entre cliente y profesional, que a menudo se han transformado en amistad, relaciones entre profesionales con discrepancias y malentendidos, compartiendo muchas risas y algunas lágrimas. Aprendimos sobre la complejidad de la autogestión empresarial, impuestos, nóminas, contrataciones, riesgos laborales, compras, y sobre la gestión de las compañeras que contratábamos. ¡Eh! Parada obligatoria: gracias a cada una de las comadronas que ha formado parte de Néixer a Casa en algún momento durante estos seis años: Ana Olmeda, Laia Casadevall, María Huerta, María Segura, Chiara Capece, Gaia Capece y Dafne Secall.

La evolución de una pequeña empresa no se puede separar de cada una de sus socias. La vida es cambiante y nos ha ido llevando por diferentes caminos. Raquel entró en su maternidad, Luci luchó mucho para la conciliación familiar y la defensa de la empresa hasta que se saturó por falta de tiempo para ella misma. Inma continúa volcada en cuerpo y alma en su trabajo. No hay nadie tan entregado como ella. Roser sufrió una crisis personal que la obligó a priorizar el cuidado de sí misma y de los suyos por encima de la satisfacción laboral. Hoy solo nos queda enorgullecernos por estos seis años durante los cuales «vivimos peligrosamente». Sentimos la vida latir bien fuerte y bien cerca. Todo ello nos ha transformado y nos hemos convertido en mejores personas y mejores comadronas. Gracias a cada una de las personas que os habéis acercado a Néixer a Casa. Cada mirada, cada palabra, cada sonrisa y también cada lágrima perdurarán para siempre. Porque es auténtico y sincero.

Entre todas y todos hicimos que fuera valioso. Y ahora, escribiendo estas líneas, evoco aquella sensación de llegar a una casa y llamar el timbre, y esperar a que te abran, con TODO lo que hay detrás de aquella puerta (ROSER GARCÍA MORALES, diciembre de 2018).

Ningún aprendizaje es comparable con el aprendizaje que me han supuesto estos seis años de *Néixer a Casa*. Estoy inmensamente agradecida a mis compañeras y a cada una de las mujeres, niños y hombres a los que he acompañado en este camino hacia la maternidad y la paternidad. Con ellos he crecido como persona y como profesional. Ahora toca acoger otros proyectos y nuevos retos profesionales.

Soy comadrona. Me apasiona mi trabajo. A menudo mi ocio se llena con eventos relacionados con las mujeres y los nacimientos. Y tengo la suerte de hacerlo de diferentes formas y en diferentes entornos y de compartir la pasión con mis compañeras.

El reto ahora es poner en marcha una estructura dentro del sistema público de salud que proporcione un modelo de atención centrado en la mujer y donde esta pueda decidir dónde y con quién dar a luz, ya sea en un hospital, en una casa de partos o en casa. El otro gran reto es la mejora de la formación de las comadronas que debería incluir la atención al parto en entornos no hospitalarios y buscar estrategias para potenciar a las comadronas como las agentes de salud por excelencia de las mujeres y de sus bebés.

Bibliografía

- ALCÓN DOMÍNGUEZ, Carmen y RAMIÓ JOFRE, A. (2010). *L'èxercici lliure de la professió infermera a Catalunya*. Barcelona: COIB. Disponible en: http://www.coib.cat/uploads/BO/Noticia/Documents/EXEC_LLIURE_OK.PDF
- ASSOCIATION NATIONALE DES SAGES-FEMMES LIBÉRALES (2015). «Vers une assurance RCP pour l'accouchement à domicile - ANSFL». Disponible en: <http://ansfl.org/actualites/vers-une-assurance-rcp-pour-laccouchement-a-domicile/>
- BLIX, E.; KUMLE, M.; KJÆRGAARD, H.; ØIAN, P. y LINDGREN, H. E. (2014). «Transfer to hospital in planned home births: a systematic review». *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14, 179. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-179>
- CHEYNEY, M.; BOVBERG, M.; EVERSON, C.; GORDON, W.; HANNIBAL, D. y VEDAM, S. (2016). «Outcomes of care for 16,924 planned home births in the United States: The Midwives Alliance of North America Statistics Project, 2004 to 2009». *Journal of Midwifery & Women's Health*, 61(1), 11-20. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jmwh.12172>
- COXON, K.; CHISHOLM, A.; MALOUF, R.; ROWE, R. y Hollowell, J. (2017). «What influences birth place preferences, choices and decision-making amongst healthy women with straightforward pregnancies in the UK? A qualitative evidence synthesis using a “best fit” framework

- approach». *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 103. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1279-7>
- DE JONGE, A.; MESMAN, J. A. J. M.; MANNIËN, J.; ZWART, J. J.; VAN DILLEN, J. y VAN ROOSMALEN, J. (2013). «Severe adverse maternal outcomes among low risk women with planned home versus hospital births in the Netherlands: nationwide cohort study». *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 346, f3263. Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3685517&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- ESCURIET, R. *et alii* (2014). «La atención al parto en diferentes países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE)». *Matronas Prof.*, 15(2), 62-70. Disponible en: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/especial-atencion-al-parto-ocde.pdf>
- EURO-PERISTAT PROJECT WITH SCPE AND EUROCAT (2013). *European Perinatal Health Report. The health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010*. Disponible en: www.europeristat.com
- HOLLOWELL, J.; ROWE, R.; TOWNEND, J.; KNIGHT, M.; LI, Y.; LINSELL, L., ... SILVERTON, L. (2015). «The birthplace in England national prospective cohort study: further analyses to enhance policy and service delivery decision-making for planned place of birth». *Health Services and Delivery Research*, 3(36), 1-264. Disponible en: <https://doi.org/10.3310/hsdr03360>
- MCCOURT, C. (2014). «Technologies of birth and models of midwifery care». *Revista Da Escola de Enfermagem da USP*, 48, número especial (SPE), 168-177. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000600024>
- MCINTYRE, M. J. (2012). «Safety of non-medically led primary maternity care models: a critical review of the international literature». *Australian Health Review: A Publication of the Australian Hospital Association*, 36(2), 140-147. Disponible en: <https://doi.org/10.1071/AH11039>
- NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (2014). «Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth». *NICE Clinical Guideline*, 190, (abril 2007), 805. Disponible en: <https://doi.org/NBK49388> [bookaccession]
- NURSING & MIDWIFERY COUNCIL (2017). *The history of independent midwifery and indemnity insurance*. Disponible en: <https://www.nmc.org.uk/globalassets/sitedocuments/other-publications/the-history-of-independent-midwifery-and-indemnity-insurance.pdf>

- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1985). «Recomendaciones de la OMS para el nacimiento. Declaración de Fortaleza. Tecnología apropiada para el parto». *Lancet*, (2), 436-437. Disponible en: <http://www.durga.org.es/webdelparto/images/oms-fortaleza.pdf>
- ORTEGA BARREDA, E. *et alii* (2017). «Panorámica internacional en relación a las recomendaciones, práctica clínica y legislación del parto en casa». *Revista de Enfermería*, 11(1). Disponible en: <https://doi.org/ISSN 1988-348X>
- SANDALL, J. (2015). «Place of birth in Europe». *Entre Nous The European Magazine for Sexual and Reproductive Health*, 81, 16-17. Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/277732/Entre_Nous_81_web.pdf?ua=1
- TRACY, S. K.; HARTZ, D. L.; TRACY, M. B.; ALLEN, J.; FORTI, A.; HALL, B., ... KILDEA, S. (2013). «Caseload midwifery care versus standard maternity care for women of any risk: M@NGO, a randomised controlled trial». *Lancet*, 382(9906), 1723-1732. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61406-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61406-3)
- VEDAM, S. y STOLL, K. (2014). «The Canadian birth place study: examining maternity care provider attitudes and interprofessional conflict around planned home birth». *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/14/353>
- VIDAL PUÉRTOLAS, A. (2005). *Ser llevadora: una manera de pensar. Marc Conceptual meridional per a la professió de la llevadora*. Barcelona: COIB.
- WORLD HEALTH ORGANISATION (24 de agosto de 1985). «Appropriate technology for birth». *Lancet*. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(85\)90673-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(85)90673-7)

III.II
LA CICATRIZ Y EL MIEDO. EL PARTO EN CASA
CON UNA O MÁS CESÁREAS ANTERIORES

Laura Cardús i Font
Universitat Oberta de Catalunya
Mater Observatori de les M(P)aternitats Contemporànies; Barcelona

Inma Marcos Marcos
Néixer a Casa; Barcelona

«Que solo nosotros debemos tomar las decisiones sobre nuestra salud. Nuestro cuerpo es nuestro capital».

Marta Allué, *El paciente inquieto*

Resumen. Las opciones que tienen las mujeres que han tenido una cesárea en alguno de sus partos son limitadas debido a los riesgos que, según la cultura biomédica, conlleva un parto vaginal posterior. Por este motivo, muchas madres que buscan un parto de baja intervención optan por planificar un parto en casa con comadronas expertas en acompañar PVDC (parto vaginal después de cesárea). El miedo es un elemento siempre presente a la hora de tomar decisiones y establecer protocolos de acompañamiento al parto, y, en el caso de PVDC, este tiene un papel aún más protagónico.

Palabras clave: cesárea; parto en casa; PVDC

Abstract. Depending on the biomedical culture, the options available to women who choose to have a vaginal birth after having undergone a caesarean section for any of their previous births are limited because of the risks inherent in such a birth. For this reason, many mothers who seek

a low-intervention birth opt for a home birth accompanied by midwives expert in vaginal birth after caesarean (VBAC). Fear is always present when decisions are taken and protocols are established for accompanying births and, in the case of VBAC, it has an even greater influence.

Keywords: caesarean; home birth; VBAC

Pródromos

Este capítulo es un diálogo. Una construcción de conocimiento compartido entre una investigadora-comadrona y otra investigadora-usuaria. El texto es fruto de un encuentro casual en la vida de la una y la otra, ya que las comadronas nos ayudan a nacer y a parir, y las dos hijas de Laura fueron ayudadas a llegar a la vida exterior gracias a las sabias manos de Inma. El camino no fue fácil, pues la larga sombra de una cicatriz de cesárea y los miedos que la acompañan estuvieron presente desde el minuto uno del primer posparto hasta el expulsivo del segundo parto, donde se cerró un círculo al que hoy homenajeamos con este texto que aúna los conocimientos y experiencias de una y otra. Inma, como profesional del nacimiento y la lactancia, que ha acompañado innumerables familias en su camino a crecer, muchas de ellas también marcadas por una cicatriz en el útero que, si bien a veces salva la vida, a veces cae también como una condena. Laura, como etnógrafa que después de tener su propia vivencia en una sala de partos decidió que de esta experiencia iba a nacer su objeto de estudio futuro, y se encuentra desde entonces escuchando a madres, padres, abuelas e hijas relatando sus vivencias de partos y los miedos que se les asocian. Aquí hemos juntado nuestras visiones y el resultado de nuestras investigaciones alrededor de un tema que nos toca de cerca: el parto vaginal después de cesárea.

Contexto

Un tercio de los partos en España aproximadamente suceden por cesárea, es decir, que aproximadamente uno de cada tres niños españoles han nacido mediante una incisión practicada quirúrgicamente en el útero y las diversas capas del abdomen de su madre. Como es lógico, una gran

cantidad de mujeres que actualmente son madres tienen, por lo tanto, una cicatriz de cesárea en su vientre.

La operación cesárea es una forma quirúrgica de salvar la vida del neonato o la de la parturienta cuando estas corren peligro, o de evitar males mayores cuando un parto sucede de forma anómala (el llamado parto distócico, en terminología médica). Esta operación, como cualquiera, conlleva riesgos y debe realizarse cuando sea la opción viable menos dañina para los pacientes, en este caso, la madre y el bebé o bebés¹. Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que la media mundial de partos que deberían terminar siendo resueltos por una cesárea tendría que rondar el 10-15%, ya que esta es la tasa indicada que se estima que corresponde a partos que realmente hubiesen acabado mal o muy mal si no se interviniese quirúrgicamente. Lo cual significa que hay gran cantidad de cicatrices de cesárea que eran evitables, es decir, que eran, en la terminología popular, *inne-cesáreas*². La diversidad de tasas de aplicación de la cirugía abdominal cesárea correspondiente a diferentes áreas geográficas o socioeconómicas no puede deberse solamente a condicionantes naturales de la misma población (es decir, que las mujeres holandesas o vascas tienen mejores probabilidades de parir de forma fisiológica a niños y niñas sanos que las, digamos, brasileñas o extremeñas). Más bien, nos inclinamos a pensar que hay factores culturales (que incluyen en sí mismos factores científicos y económicos) que condicionan una u otra tendencia.

Una de las claras variantes en este sentido es la creencia o la práctica extendida en según qué contextos culturales hospitalarios de recomendar

1 Según OLZA y LEBRERO (2005: 52), las indicaciones absolutas de cesárea serían el prolapso de cordón, el desprendimiento de placenta, la placenta previa verdadera, el mal posicionamiento fetal (transverso o de cara, no se indica la posición de nalgas como tal) o las enfermedades graves, incluidas cardiopatías descompensadas, o la muerte de la madre. Los mismos autores incluyen indicaciones relativas como la estenosis pélvica (pelvis demasiado estrecha) o tumores en el canal de parto, que son muy improbables. En ningún caso se incluye como indicación de cesárea un embarazo prolongado o la sospecha de alto peso al nacer del bebé, que son, por otro lado, motivos muy frecuentes que se dan a las madres para programar una cesárea o inducir el parto (según investigación de las autoras en varios contextos) y que los mismos autores nombran «falsas indicaciones para cesárea» (p. 58).

2 Término que aparece, entre otros, en las conversaciones entre las usuarias del foro online «Apoyo cesáreas» (<https://www.elpartoenuestro.es/informacion/lista-apoyocesareas>), una suerte de grupo de ayuda mutua virtual donde mujeres que han pasado por una o más cesáreas acogen, aconsejan y sostienen a otras.

o practicar una cesárea a las mujeres que han tenido uno o más partos anteriores por esa misma vía. Tradicionalmente, en el contexto biomédico se afirma: *once a caesarean, always a caesarean* (una vez tienes cesárea, siempre tendrás cesárea). De hecho, la gran mayoría de las mujeres que han parido por cesárea indican que preferirían que el parto hubiese sido por vía vaginal, y aquellas que tuvieron un parto vaginal la primera vez (primíparas) afirman que desean que el siguiente, si lo hay, también sea así (datos para Italia, en este caso, otro país con un alto índice de cesáreas y de medicalización en el parto)³. Esto se relaciona con la vivencia de la intervención en sí sobre sus cuerpos y sobre sus bebés (es importante remarcar este hecho para tenerlo en cuenta más tarde, cuando analicemos cómo y por qué las mujeres deciden intentar parir vaginalmente después de una primera cesárea).

Con algunas excepciones, en nuestro entorno suele estar ya demodé la perspectiva *once a caesarean, always a caesarean*, que ha sido barrida por la apabulladora evidencia científica que indica que, de hecho, se tiene que intentar un parto vaginal la siguiente vez que la mujer va a dar a luz, a pesar de que el primer parto fuese vía incisión abdominal, en pro de la seguridad y la salud tanto de la madre como del bebé. Lo que sí sigue muy vigente en el contexto de la atención al parto hospitalario en Cataluña, donde las dos autoras trabajamos, y que tiene un índice de cesáreas parecido al global del Estado (un 31,1% para 2013)⁴, es la clasificación de las pacientes con cesáreas previas (y, por lo tanto, con las consiguientes cicatrices uterinas) como con un embarazo y parto «de riesgo alto», según los protocolos de atención al embarazo de la Generalitat. Estas mujeres reciben la clasificación escrita en su documentación clínica después de la primera visita con el personal sanitario, a veces acompañada de una explicación más o menos detallada de las implicaciones de ser ubicadas en esta categoría. Para una mujer con un parto previo por cesárea, el siguiente o consiguientes partos no pueden ser atendidos dentro de los «protocolos de atención al parto natural» (o similares nomenclaturas) que se ofrecen en la mayoría de hospitales públicos del territorio catalán. Estos protocolos suelen estar caracterizados por ser de baja intervención, mientras que los protocolos medicalizados estándar a los que acceden, por defecto, las

3 Istituto Nazionale di Statistica (2007), en QUATTROCCHI (2014: 4447-4448).

4 Fuente: <https://www.donallum.org/blog/catalunya-suspen-en-la-taxa-de-cesaries/>

madres cuya única complicación es el hecho de tener una cicatriz uterina por la anterior cesárea pueden implicar, por ejemplo, la monitorización continua (estar permanentemente conectadas a un aparato de registro tococardiográfico que indica las pulsaciones del feto y las contracciones de la madre), con las consecuentes incomodidades e impedimentos, como la dificultad de libre deambulación. En algunas clínicas el protocolo para mujeres con cesárea previa es la monitorización interna (el registro no se hace colocando unas tiras —«correas»— alrededor del abdomen de la mujer sino introduciendo un sensor en la vagina), la administración obligatoria de la anestesia epidural y la aceleración del expulsivo del bebé con instrumentación (fórceps o ventosa).

La cicatriz

Pero ¿cuál es el miedo que acompaña a un posible parto vaginal después de una cesárea (PVDC)? El mayor riesgo al que aluden las sociedades científicas es la rotura uterina. Es decir, que la cicatriz en la matriz se abra con el movimiento de las contracciones del parto. Cabe decir que, cuando hablamos de una rotura uterina real, es una situación realmente grave que requiere un nacimiento inmediato del bebé y una atención de urgencia a la madre. Sin embargo, la misma evidencia científica apoya que, cuanto más alto es el nivel de intervención en el parto, más roturas de útero se dan. Por ejemplo, el uso de prostaglandinas (hormonas aplicadas en el cérvix para facilitar la dilatación en los procesos de inducción del parto) aumenta un 25 por cada 1000 el riesgo de rotura uterina (HAAS, 2008: 69).

Para las mujeres con una cesárea anterior, pues, las opciones a la hora de tener a su segundo bebé de forma vaginal son más limitadas. Es decir, una primera cesárea no solamente conlleva los riesgos propios de una cirugía mayor, sino que, además, tiene implicaciones futuras. Dicho en otras palabras, una cesárea (y sobre todo, la cicatriz que provoca) proyecta una larga sombra en la vida reproductiva de una mujer. Por no hablar de dos cesáreas. O tres.

Lo que no se puede obviar es que el miedo sigue rigiendo la toma de decisiones y el diseño de los protocolos de atención al parto que se caracterizan aún en la actualidad por ser despersonalizados e institucionalizadores de la mujer y el bebé, en el actual modelo biomédico de atención al parto. Este paradigma, definido como «tecnocientífico» por Robbie DA-

vis-FLOYD, está basado en valores patriarcales y capitalistas y tiene mucho sentido culturalmente en Occidente. Según lo define DAVIS-FLOYD, este modelo se caracteriza por la separación conceptual de cuerpo y mente, la visión del cuerpo como una máquina, la consideración del paciente como un objeto que debe ser curado (reparado) desde fuera para dentro por parte del profesional sanitario, un ente totalmente separado del paciente como individuo y con una relación jerárquica entre ellos. Este modelo pone en el centro de su práctica la ciencia y la tecnología para controlar los desafíos de la naturaleza, con el objetivo de obtener unos resultados a corto plazo, combatir la muerte y conseguir un rendimiento (productividad y eficiencia). Más importante aún, este paradigma sitúa el conocimiento, la autoridad y la responsabilidad terapéutica en el médico, no en el paciente como individuo inmerso en una red social y en una cultura (2001). Emily MARTIN, en su obra *The woman in the body*, ahonda en la idea de la visión del cuerpo materno como máquina, recogiendo la aportación de David NOBLE (1984) según la cual las tareas del parto se tienden a subdividir entre varios procesos aislados desarrollados por diferentes personas o máquinas (introduciendo tecnologías que reemplazan hasta el olvido las técnicas manuales conocidas por las comadronas históricamente)⁵ hasta conseguir enajenar el cuerpo y a la madre bajo el control del jefe de producción: el obstetra o, últimamente, las corporaciones sanitarias, que incluso enajenan a los propios profesionales en favor de unos resultados productivos estandarizados.

Un efecto de todo ello sería que, desde los años cuarenta, las rutinas hospitalarias dejan cada vez menos tiempo para el desarrollo de los diferentes estadios del parto, reafirmando la idea de productividad del útero como máquina que tiene que ser eficiente para generar beneficio para la institución y la sociedad (MARTIN, 1987: 141). Cuanto más cortos se espera que sean los tiempos del parto, más probabilidades tienen las madres de ser evaluadas como «demasiado lentas» en relación con los tiempos previstos por los manuales obstétricos y los protocolos hospitalarios y, por ende, más necesario será introducir elementos exógenos para acelerar el

5 Un ejemplo sería la posibilidad de la versión manual externa de bebés en posición podálica o de nalgas para facilitar un parto vaginal o la precisión de la posición fetal en las últimas semanas de gestación mediante la palpación manual externa. También esta sustitución relega el conocimiento intuitivo o por observación directa y paciente de las comadronas sobre las parturientas.

proceso para cubrir los estándares (es decir, acelerar el parto mediante la infusión de oxitocina sintética por vena, la rotura artificial de la bolsa amniótica o acelerar el expulsivo con pujos dirigidos por el personal médico, maniobras externas como la de Kristeller —empujar el fondo del útero en dirección al suelo pélvico— o la episiotomía, incluso la instrumentación —ventosas, palas, fórceps— hasta la aplicación de la operación cesárea por «no progresión del parto»).

También, el producto resultante, el bebé, se acaba viendo como un resultado del trabajo del médico y de la institución, en lugar de ser una emanación del cuerpo y del esfuerzo de la madre. Esta visión del cuerpo materno como disgregado y la del parto como algo que ocurre a la mujer, que es el contenedor y el canal de la nueva vida, se transmiten a las mismas madres mediante la literatura y las clases preparto, donde se generalizan los procesos sexuales femeninos (la menstruación, las contracciones uterinas, la menopausia) como algo que el cuerpo hace a la mujer, sin que ella los protagonice como eventos intrínsecamente propios de su ser (MARTIN, 1987: 87).

La cesárea es una incisión en varias capas de la piel, el músculo y el útero que se practica, en la gran mayoría de casos, de forma transversa y por encima del hueso púbico. Las siguientes cesáreas, si las hubiese, se harían cortando el mismo tejido cicatricial, con lo que, a efectos prácticos, una mujer con una operación de cesárea a sus espaldas y otra con tres tienen el mismo número de cicatrices en su cuerpo, por lo menos en lo que se refiere a las relacionadas con el nacimiento abdominal de sus bebés. Sin embargo, para las mujeres con cesáreas anteriores, conseguir un parto de baja intervención si así lo desean es una auténtica carrera de obstáculos. A Laura, como mujer usuaria de un grupo de preparación al parto en casa cuando era primípara, le costaba entender por qué las mujeres con cesárea previa lloraban tanto en las sesiones prenatales cuando hablaban de sus posibles futuros partos. Como madre que pasó por una cesárea y un segundo embarazo, lo entendió todo. Pero, ¿qué hace que las mujeres decidan intentarlo vaginalmente después de tener a un bebé por vía vaginal, a veces incluso contra sus miedos o recomendaciones médicas? No se trata, simplemente, de una voluntad de resarcirse de una primera mala experiencia (aunque a veces sea así). También abunda la argumentación a favor del nuevo bebé y las ganas de recibirle de una forma diferente a la que se recibió al hermano o hermana mayor. Hay numerosa literatura de las implicaciones para la salud que tiene un nacimiento por cesárea, tanto

para la madre como para el neonato. No ahondaremos en ellas en este texto pero, cabe destacar, que la mayoría de mujeres que optan por intentar un parto vaginal son bien conscientes de ellas.

Ciertamente, muchas mujeres que desean parir vaginalmente a sus siguientes hijos e hijas, por el motivo que sea, acuden a comadronas (expertas en atender partos de forma poco intervencionista), especialmente aquellas con mayor experiencia en acompañar PVDC a domicilio. De hecho, la *International Caesarean Awareness Network* ya indica que elementos relevantes para el éxito de un PVDC son tanto la elección del profesional que acompaña (y la experiencia que tenga) como el número de intervenciones aplicadas (a más intervenciones, mayor probabilidad de otra cesárea)⁶. Por lo tanto, las mujeres con una primera cesárea en muchos casos saben que, pariendo dentro de las rutinas hospitalarias, tienen muchos números para tener otra cesárea, ya que los protocolos de atención a los intentos de PVDC hospitalarios son estrictos y dificultan el éxito. La investigadora Patrizia QUATTROCCHI también señala, en relación con el punto de vista sobre la seguridad y el miedo de estas madres que optan por parir en casa:

Estas mujeres —que piden y ofrecen un parto no hospitalario— asocian el concepto de seguridad más que a los aspectos tecno-médicos a factores sociales, culturales, psicológicos y éticos. Sus experiencias ofrecen elementos innovadores para la re-definición de lo que debería de ser un servicio de atención al embarazo, al parto y al nacimiento «de calidad», también en el hospital (2014: 4445).

La experiencia como comadrona de Inma la lleva a observar:

Las mujeres que me piden que les atienda un PVDC en casa son mujeres que investigan, se informan, leen, se meten en foros como el de «Apoyo Cesáreas», luchan, muchas aprenden tanto que saben más que yo y más que muchos médicos sobre parto natural y respetado, es como si quisieran hacer un máster de saber parir. Se leen toda la bibliografía habida y por haber. Entonces un PVDC es mucho más que un parto, es un triunfo para esa madre, para esa familia y para ese bebé, y yo me siento privilegiada de poder acompañar ese momento.

Son lo que llamaría ALLUÉ (2013) unos «pacientes inquietos». Mujeres que buscan informarse y decidir en función de todos los datos que

6 <<http://www.ican-online.org/>>

manejan. Un detalle que es importante destacar es que, entre estas mujeres y «sus» comadronas, se establece una suerte de partenariatado en el proceso de toma de decisiones⁷. Las profesionales no «hacen» los partos, sino que los acompañan, y las parturientas son autónomas en su proceso, perfectamente fisiológico, de dar a luz.

El miedo

Aún y con toda la información, las mujeres que optan por intentar un PVDC también tienen miedo. Como decíamos, las implicaciones de una primera cesárea son importantes, pero no solamente por la cicatriz en sí, sino por los miedos que la acompañan. La comadrona australiana Rachel REED, profesora y autora del blog *Midwife Thinking*, explica en su texto sobre PVDC (2015), en referencia a las mujeres que han pasado por una cesárea previamente:

These women do need special treatment, but not in the form of disempowering fear-based counselling or practice. They have often had a previous traumatic birth experience and are dealing with fear from family, friends, and the medical system, in addition to their own worries. They have been labelled 'high risk' and are constantly reminded of the potential disaster waiting to occur. They also risk 'failing' if they encounter any complications or end up having a repeat c-section. This impacts on their ability to trust their body, follow their intuition and allow the physiology of birth to unfold. Often these women need more nurturing, reassurance and support from those involved in their birth⁸.

Es decir, uno de los principales miedos tiene que ver con la percepción de la propia capacidad de ejecutar exitosamente un parto. El cuerpo no respondió adecuadamente una vez: ¿por qué debería hacerlo la si-

7 HENZEZEL, 2004: 135, citada en ALLUÉ, 2013: 56.

8 «Estas mujeres necesitan un tratamiento especial, pero no en forma de asesoramiento o práctica desempoderadores y basados en el miedo. A menudo han tenido una experiencia previa de parto traumático y también tienen que afrontar el miedo de la familia, los amigos y el sistema médico, además de sus propias preocupaciones. Han sido etiquetadas como de "alto riesgo" y constantemente se les recuerda el potencial desastre en ciernes. También se arriesgan a fallar si ocurren complicaciones o acaban teniendo otra cesárea. Esto impacta en su habilidad de confiar en su cuerpo, seguir su intuición y permitir que se despliegue la fisiología del parto. A menudo estas mujeres necesitan más nutrición afectiva, seguridad y apoyo de las personas que están implicadas en su parto» (traducción propia).

guiente? Esta misma razón arguyen madres y profesionales a la hora de decidirse por una segunda cesárea electiva o cesárea de confort (FRITEL, 2015; RAMVI y RANGERUD, 2011): «Ya me rajaron la barriga una vez, por lo menos los bajos los tengo intactos», afirma una informante.

Por este motivo, las expertas en acompañar PVDC recomiendan una aproximación de mínima intervención, asegurar que todo va bien sin interferir, facilitando un espacio de seguridad, tranquilidad e intimidad. Muchas profesionales y usuarias defienden que el lugar idóneo para conseguir este entorno es el propio hogar de la parturienta, donde se evitan los inconvenientes de convertirse en paciente que nos explica ALLUÉ (2013) —la despersonalización y el sometimiento a los códigos de la institución— y se ganan el confort y la sensación de seguridad que el lugar conocido puede dar. La propia Inma recomienda seguir siempre los principios de verticalidad, libertad de movimientos y tiempo, que son principios necesarios para lograr un parto fisiológico, pero aún más pertinentes en el caso de un PVDC. En un parto domiciliario, estos ejes son fáciles de conseguir, ya que no se deben seguir los limitantes propios de las instalaciones y rutinas de muchos hospitales. En un parto domiciliario, también, la comadrona o comadronas observan atentamente a la parturienta en particular, y siguen de cerca sus avances de forma discreta, mostrándose disponibles para las necesidades de confort o sostén que la madre necesita, mientras se sitúan en posición de garantizar la evolución normal del parto, de coadyuvar cuando sea necesario o tomar una decisión rápida en un momento de riesgo.

Otro gran miedo que relatan las mujeres al enfrentarse a su segundo parto, más si el anterior fue mediante cesárea, tiene que ver con la vivencia de la atención en su primera experiencia. En muchos casos, las mujeres temen sentirse de nuevo ninguneadas, con sus cuerpos heridos o maltratados, o sus hijos separados de ellas al nacer, a veces por protocolos obsoletos. La respuesta que el jefe de servicio dio a la pregunta de Laura sobre por qué no se le mostró a su hija nada más sacarla de su vientre fue que ella misma tenía que haberlo pedido, ya que a muchas mujeres les impresiona esa visión, ellos no lo hacen por prudencia (tratando a las pacientes de forma estándar, sin tener en cuenta su diversidad, como nos recuerda ALLUÉ: «Habría que desechar de una vez por todas esa maldita costumbre de encasillar a los clientes en un patrón de respuesta estándar porque da pereza y porque se olvidan de la diversidad» [2013: 65-66]). Por lo tanto, el protocolo es, por defecto, no preguntar y actuar, asumiendo que la

mujer se encuentra en un momento de suficiente lucidez e igualdad de condiciones para reclamar sus derechos. No olvidemos que, sin embargo, una mujer que está siendo sometida a una operación cesárea se encuentra en un quirófano, quizá por primera vez en su vida, rodeada de personas enmascaradas que hablan entre ellas en términos médicos y que, por lo general, ignoran su persona mientras se centran en su cuerpo y en extraer al feto con vida, mientras manipulan con instrumentación y administran fármacos. No es extraño que la mujer se encuentre tumbada con los brazos en cruz, muy frecuentemente estos atados para no acceder de forma accidental al campo estéril y para facilitar el seguimiento de la tensión y con una vía endovenosa conectada a uno de los brazos, totalmente desnuda, en un entorno gélido, y sometida al relativo (depende del caso) dolor, cansancio o efecto de las medicaciones que le hayan ido inyectando a lo largo del proceso de parto. Para el mismo FOUCAULT (LUPTON, 1994: 23), el encuentro médico-paciente es el ejemplo supremo de la vigilancia, ya que el doctor investiga, toca la carne expuesta del paciente, mientras que el/la paciente asiente y confiesa, con poco conocimiento de los detalles de los procedimientos a los que se le somete, o de sus razones. En el caso de la embarazada o la parturienta, se hace evidente que se espera que deje la propia jurisdicción sobre su cuerpo en las manos del personal sanitario. De hecho, pocas madres son conscientes de la Ley de la Autonomía del Paciente y de la posibilidad de discutir o rechazar los tratamientos médicos, incluso en el transcurso del parto (BUSQUETS, 2017). Aun conociendo estas opciones, la situación en la que una mujer embarazada o de parto se encuentra dentro de la institución sanitaria es de clara inferioridad de condiciones en cuanto a información sobre los procesos y opciones alternativas.

En otro estudio realizado por Rachel REED y su equipo (2017), en relación con las respuestas de más de 900 informantes de todo el mundo sobre experiencias traumáticas en sus partos, dos terceras partes destacaban que lo que había sido traumatizante para ellas no eran cuestiones meramente médicas o de salud sino aquellas relacionadas con las acciones y la interacción de los profesionales sanitarios.

Hablando de los miedos, es importante destacar que los relatos nos indican que en muchos contextos el intentar un parto después de una primera cesárea es recibido con burlas por el personal sanitario, amigos o familia. Una informante con dos hijas, ambas nacidas por cesárea, aún recuerda cómo su madre ironizaba sobre su capacidad de parir después del nacimiento de la segunda. Un blog satírico publicó una entrada simu-

lando los resultados de un estudio científico en el que se mofaban de las peticiones de las madres de cara a sus futuros partos. La extensión del plan de parto⁹ es directamente proporcional a la longitud de la cicatriz de cesárea¹⁰. Este es un motivo más para elegir un parto en un entorno conocido y seguro y con alguien a quien se conoce de antemano. De hecho, este tipo de modelo de atención al parto se está fomentando desde el servicio público de salud británico (el NHS), que en ciertas regiones facilita que cada embarazada tenga a su equipo de matronas de referencia, a quienes conoce desde el principio, que la atienden en las visitas prenatales, acompañan su parto y la visitan en el posparto a ella y a su bebé o bebés. Todo ello con independencia de que el parto tenga lugar en el hogar, en el hospital o en una casa de partos o *midwifery-led unit* (unidad de baja intervención adyacente a un hospital donde el personal sanitario son comadronas).

Conclusión

En la actualidad hay tanta evidencia científica como relatos etnográficos¹¹ que nos demuestran que la opción del parto en casa atendido por comadronas experimentadas es perfectamente viable y recomendable para las mujeres con cesáreas anteriores. Si bien esta alternativa no está disponible en el Estado español para todas las madres, ya que no se contempla dentro de la cartera de servicios de la seguridad social y, por lo tanto, las familias tienen que costearla de forma privada, existen indicios que hacen pensar que, poco a poco, por lo menos en Cataluña, se va abriendo cierta sensibilidad a reconocer esta realidad. Existen algunas casas de partos para las personas que prefieren tener un parto «como en casa» pero en un contexto institucionalizado, así como las primeras casas de partos anexas a hospitales públicos. Paralelamente, proliferan los equipos de comadronas o comadronas independientes que atienden partos en casa, muchas de ellas expertas en el acompañamiento a mujeres que intentan un PVDC. Algunas mutuas de seguro privado cubren esta opción para clientas con cierto tipo de pólizas y otras personas han logrado cubrir los gastos de su parto

9 Documento donde la futura madre expresa su voluntad previa en relación con varios aspectos de su parto, por ejemplo, en cuanto a las medidas de confort (anestesia o no), el corte prematuro o tardío del cordón umbilical del bebé, la administración de ciertos fármacos, etc.

10 <http://gomerblog.com/2014/05/birth-plan/>

11 Véanse MARCOS (2014), COX *et alii* (2015), LI *et alii* (2015) y CARDÚS (2015).

en casa mediante un *crowdfunding*¹². El parto en casa, si se lleva a cabo con el acompañamiento de las profesionales adecuadas y en un entorno que reúna ciertas condiciones (igual que cualquier parto humano), es, en sí, una alternativa segura para la mayoría de mujeres que lo deseen, y para sus bebés. De hecho, el mismo *Journal* del Real Colegio Británico de Obstetricia y Ginecología publicó en 2015 un estudio de cohortes (*Li et alii*) donde se analizaron los casos de más de 8.000 mujeres clasificadas como de «alto riesgo», y los resultados indicaron que las que parían en unidades obstétricas tenían mayor probabilidad de acabar en la UCI que aquellas que hacían un parto en casa. Al contrario de cómo se está trabajando en la mayoría de contextos hospitalarios con las madres con cesárea anterior, la atención al parto de la forma más fisiológica posible facilita partos fluidos y seguros. Y ¿cómo sería esta atención? Según las expertas, en un ambiente que fomente la intimidad, la privacidad y el amor. Popularmente, «en el mismo ambiente en el que se creó al bebé», o «el amor lo puso dentro, el mismo amor lo ayudará a salir»¹³.

12 Herramienta de microfinanciación a partir de pequeñas donaciones de otros particulares a favor de un proyecto o una causa.

13 Expresiones emic de las mismas comadronas de atención al parto en casa.

Bibliografia

- ALLUÉ, Marta (2013). *El paciente inquieto*. Barcelona: Ed. Bellaterra.
- BUSQUETS, Marta (2017). *Los derechos de autonomía y consentimiento informado en el embarazo y el parto* (trabajo de final de Máster, IEDDG).
- CARDÚS, Laura (2015). «Miedo al parto y narrativas intergeneracionales: Una aproximación desde la antropología» *Dilemata*, 18, 129-145.
- COX, Kim J., BOVBJERG, Marit L, CHEYNEY, Melissa y LEEMAN, Lawrence M. (2015) «Planned home VBAC in the United States, 2004-2009: Outcomes, maternity care practices, and implications for shared decision making». *Birth Issues in Perinatal Care*, 42(4), 299-308.
- DAVIS-FLOYD, Robbie (2001). «The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth». *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 75(suplemento 1), 5-23.
- DONA LLUM, ASSOCIACIÓ CATALANA PER UN PART RESPECTAT (2015). «Catalunya suspèn en taxa de cesàries». Disponible en: <<https://www.donallum.org/blog/catalunya-suspen-en-la-taxa-de-cesaries/>> (consulta: 4-12-2017).
- (2017). «Indicadors de salut perinatal a Catalunya, 2016». Disponible en: <<https://www.donallum.org/wp-content/uploads/2018/01/cesaries-2016.pdf>> (consulta: 10-12-2017).
- FRITEL, Xavier (2015). «Épidémie de césariennes et crainte du traumatisme obstétrical». *Gynecologie, Obstetrique & Fertilité*, 43, 483-484.
- GENERALITAT DE CATALUNYA, DEPARTAMENT DE SALUT (2006). *Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya* (2.^a ed. revisada).
- HAAS, Amy V. (2008). «Homebirth after cesarean: the myth & the reality». *Midwifery Today Int Midwife*, 86(44-7). 68-9.
- HENNEZEL, Marie de (2004). *Le souci de l'autre*. Paris: Robert Laffont.
- LI, Yangmei, TOWNEND, John *et alii* (2015). «Perinatal and maternal outcomes in planned home and obstetric unit births in women at 'higher risk' of complications: Secondary analysis of the Birthplace national prospective cohort study». *British Journal of Obstetrics and Gynecology*, 122, 741-753.
- LUPTON, Deborah (1994). *Medicine as culture: Illness, disease and the body in Western societies*. London: Sage.
- MARCOS, Inma (2014). «Parir en casa tras cesàrea anterior». *Con Apego*, 42-45.

- MARTIN, Emily (1987). *The woman in the body. A Cultural analysis of reproduction*. Boston: Beacon Press.
- NOBLE, David (1984). *The forces of production*. New York: Knof.
- OLZA, Ibone y LEBRERO MARTÍNEZ, Enrique (2005). *¿Nacer por cesárea? Evitar cesáreas innecesáreas, vivir cesáreas respetuosas*. Barcelona: Granica.
- QUATTROCCHI, Patrizia (2014). «Riesgo y Seguridad durante el embarazo y el parto: desde la visión biomédica hacia la visión de las mujeres que optan por un parto domiciliar». En *Actas del XIII Congreso de Asociaciones de Antropología del Estado Español, Periferias, fronteras y diálogos*, Tarragona.
- RAMVI, Ellen y TANGERUD, Margrethe (2011). «Experiences of women who have a vaginal birth after requesting a Caesarean section due to fear of birth: A biographical, narrative, interpretative study». *Nursing and Health Sciencies*, 13, 269-274.
- REED, Rachel (2016). «VBAC: Making a mountain out of a molehill». *Midwife Thinking*. Disponible en: <https://midwifethinking.com/2016/06/15/vbac-making-a-mountain-out-of-a-molehill/> (consulta: 4-12-2017).
- REED, Rachel, SHARMAN, Rachael e INGLIS, Christian (2017). «Women's descriptions of childbirth trauma relating to care provider actions and interactions» *BioMed Central Pregnancy and Childbirth*, 17-21.

IV. EL ENFOQUE PSICOLÓGICO Y PSICOANALÍTICO

IV.I
TRAUMA Y MATERNIDAD: UN ENFOQUE
DESDE LA TERAPIA GESTALT

Gabriella Bianco

Psicóloga general sanitaria y psicoterapeuta Gestalt.

Dir. sanitaria en Inanna, Centro de Psicología y Salud Integral.

Resumen. Desde una mirada gestáltica se explora el trauma obstétrico, un capítulo de la psicotraumatología moderna aún poco conocido en los ámbitos clínico y psicoterapéutico. Se aportan reflexiones desde una práctica clínica que contempla la perspectiva de género y también la perinatal, debido a que el abordaje y el tratamiento de un trauma sufrido en torno al parto requieren, más allá de los modelos y de cualquier técnica psicoterapéutica, de una (in)formación, atención y sensibilidad especial(izadas).

Palabras clave: trauma, terapia Gestalt, psicología perinatal.

Abstract. This article takes a Gestalt perspective to exploring obstetric trauma, an area of psychotraumatology still little known in clinical and psychotherapeutic ambits. It offers reflections from a clinical practice that takes a gender and perinatal perspective when dealing with birth-related trauma, given that such trauma requires special(ised) training, information, care and sensitivity beyond those that are traditionally offered by standard models or psychotherapeutic techniques.

Keywords: trauma, Gestalt therapy, perinatal psychology

Introducción

Dedicada en cuerpo y alma al tratamiento del trauma psicológico desde los principios de mi trayectoria profesional como psicóloga y psicoterapeuta, siento que sigo aprendiendo en el día a día de estos veinte años de consulta de quienes se acercan con uno o varios traumas a cuestas, deseando volver a desplegar sus alas para vivir una vida plena. Aprendo que para aproximarnos al «material traumático» es necesario un *setting* humano y cálido, así como un modelo terapéutico que permita el desarrollo creativo por parte de terapeuta y paciente, un enfoque respetuoso con los tiempos del otro, con sus ritmos y necesidades, especialmente en las circunstancias más vulnerables y cruciales de la etapa perinatal, a la cual me he venido dedicando muy especialmente en los últimos quince años.

He descubierto cómo el parto representa indudablemente uno de los acontecimientos más trascendentes no solamente a lo largo de la vida reproductiva sino también sexual de la mujer que atraviesa la experiencia de la maternidad. Los niveles físico, mental, emocional y espiritual de la mujer se expresan en su máximo esplendor en el acto amoroso del parto (LEBOYER, 2006; ODENT, 2009; SCHMID, 2007). En este pasaje la mujer se abre —tanto físicamente como emocionalmente— dejando «morir» una parte de sí misma para dar a luz y acoger a su criatura, y así renacer hacia una nueva fase del ciclo vital femenino. En el parto (re)nace una madre, así como a través del nacimiento viene al mundo un bebé.

Antes de dedicarme a la psicología perinatal, ¡nunca hubiera sospechado que el parto pudiese representar para la mujer un evento traumático! La palabra *trauma* tiene su origen en el griego antiguo y significa literalmente *herida*. He necesitado tiempo para reconocer que, cuando el parto es vivido como un trauma, existe una *herida* en el alma de la mujer, un *corte* en su biografía (en muchos casos, también, ¡un corte en su cuerpo!), tratándose de una experiencia multidimensional, con una implicación física, psíquica, emocional y espiritual. Desde una lectura gestáltica es posible hablar de una «interrupción del ciclo de la experiencia», y, a la vez, de una Gestalt (la del parto) que queda inconclusa, no viendo satisfecha la necesidad fisiológica prevista por la naturaleza mamífera.

Estudios recientes desde los ámbitos de las neurociencias y de la salud primal¹ apuntan a que el impacto psicológico de un parto/cesárea difícil —o vivido por la parturienta como una experiencia traumática— tiene consecuencias relevantes en la calidad del puerperio, en el inicio y/o mantenimiento de la lactancia, influyendo en la salud psicoemocional de la madre y en la del bebé, muy especialmente en la calidad del vínculo afectivo, pilar fundamental para la construcción de un apego seguro y sano (KENDALL-TACKETT, 2007; 2014; KITZINGER, 2006). De ello depende, en gran medida, el satisfactorio desarrollo psicoafectivo de la persona que llega al mundo, determinando fuertemente las matrices de sus futuras relaciones e interacciones sociales, así como su capacidad para construir y mantener relaciones saludables y satisfactorias en el futuro (ODENT, 2008; 2011; REICHERT, 2011; SCHORE y SCHORE, 2007). Actualmente podemos afirmar que los momentos que rodean el nacimiento son fundamentales para sentar las bases de una buena salud para toda la vida (ODENT, 2009; 2011).

Mi propósito es el de adentrarme en el pasaje a la maternidad marcado por la vivencia traumática del parto/cesárea, explorando la posibilidad de un abordaje psicoterapéutico desde la terapia Gestalt. El trauma obstétrico casi no tiene mención en la bibliografía específica de la psicotraumatología moderna, y menos aún en la bibliografía gestáltica. Conocer los orígenes, el impacto y las consecuencias de un trauma en el apogeo del acto de dar a luz —fisiológicamente, emocionalmente y espiritualmente tan parecido al acto sexual— me llevó, a lo largo de estos años, a *seguir el hilo* de su resignificación, acompañando el proceso de su integración psicológica, para así comprender profundamente la importancia de su transformación y, sobre todo, de su prevención, para la promoción de la salud global de todos: madre, criatura, padre/pareja de crianza y del nuevo sistema de la familia recién nacida.

1 Se entiende por período primal el tiempo comprendido entre la concepción y el primer año de vida del ser humano. La investigación en salud primal explora la correlación entre el período primal y la salud biopsicosocial de la persona a lo largo de toda su vida. El Dr. Michel ODENT es actualmente el máximo representante de esta área de investigación y de su difusión a escala mundial. Fundó en 1998 la única base de datos informatizados y de libre acceso que recoge los estudios más rigurosos llevados a cabo en este campo: <http://www.primalhealthresearch.com/>

Como psicoterapeuta Gestalt que acompaña a mujeres-madres con una experiencia traumática a cuestas, me he preguntado en repetidas ocasiones si la terapia Gestalt me serviría para acercarme a ellas. He experimentado y cavilado durante mucho tiempo acerca de cómo organizar el campo para que el proceso terapéutico pudiera desarrollarse y crear una sólida base de confianza, cómo abordar las circunstancias de la impotencia, la rotura y el cambio que caracterizan la experiencia de estas madres.

En primer lugar, me hace figura la actitud gestáltica, la que hace que yo misma, como terapeuta, sea mi propio instrumento. Estando presente, al servicio del otro y de su proceso, siempre validando su vivencia. En segundo lugar, me confío a la naturaleza fenomenológica y de origen humanista que me proporciona la terapia Gestalt como una base válida para construir un abordaje eficaz para la transformación de la experiencia traumática, comprendiendo la urgencia y la necesidad del adecuado reconocimiento del trauma psicológico en torno a la etapa perinatal, de un tratamiento terapéutico pertinente y de una prevención valiosa, tratándose de un asunto de salud pública y, a la vez, de derechos humanos.

La Gestalt del parto, el trauma y la salud perinatal

La maternidad representa un cambio que repercute sobre un organismo que tiene una historia personal y una biografía que han forjado su personalidad, creencias, actitudes y formas de percibir el mundo, dependiendo de múltiples factores psicosociales, históricos y culturales de cada mujer. Las mujeres y las parteras de todos los tiempos reconocen y saben lo que hoy la ciencia nos confirma: un parto fisiológico, vivido y acompañado en el respeto de los tiempos y ritmos de la parturienta y su criatura, en un ambiente en el que la mujer se siente sostenida, acogida, protegida y segura, es sinónimo de salud para la madre y el bebé durante el tiempo del puerperio y más allá.

Sin embargo, la experiencia del parto no siempre resulta gratificante y satisfactoria para la mujer. La gran vulnerabilidad de la mujer a lo largo del trabajo de parto hace que a nivel cerebral se presente un sutil equilibrio neurobiológico y hormonal exactamente preparado para el *imprinting* del primer vínculo afectivo con el bebé (OLZA, 2010). Este hecho implica que lo que ocurre durante el parto y las primeras horas tras el nacimiento que-

de vívidamente grabado en la memoria celular (de ambos, madre y criatura), tanto si positivo como si traumático.

El *ciclo gestáltico de la experiencia* nos muestra cómo aparece una *necesidad organísmica* que busca ser satisfecha. Refiriéndonos al parto, cuando se produce un trauma, se presenta una interrupción del *ciclo de la experiencia*, dejando insatisfecha la necesidad. Los pasos se describen en la siguiente sucesión:

0. Estado de reposo.
1. Sensación: contracciones uterinas que anuncian el comienzo del proceso del parto.
2. Conciencia: la mujer explicita lo que está ocurriendo, «Estoy de parto».
3. Energetización: la mujer entra en contacto con su necesidad (moverse, estar sentada, estar sola, recibir un masaje o ser sostenida, facilitar la apertura, de su cuerpo, pujar).
4. Acción: la mujer da el paso para satisfacer su necesidad por ejemplo, acompaña el nacimiento de su bebé con el pujo.
5. Contacto: se da el parto, la necesidad está satisfecha, la madre acoge a la criatura.
6. Retirada: tras el parto hay un estado de satisfacción y euforia que posibilita la retirada, el descanso y, al mismo tiempo, la renovación del ciclo (necesidad de acoger a la criatura).

Cuando el parto no termina según lo previsto por la naturaleza de su fisiología se produce un «quebrantamiento» del ciclo de la experiencia, del cuerpo de la mujer (episiotomía, corte abdominal, etc.) y de su sistema psiconeuroendocrino (se liberan las hormonas del estrés en lugar de liberarse las hormonas del amor y de la felicidad previstas por la naturaleza). Es en este «quebrantamiento», corte o interrupción donde termina por fijarse la experiencia traumática en el parto, que se hace entonces *figura*, dejando el nacimiento del bebé como *fondo*. En estos casos no puede tener lugar una *autorregulación organísmica*, ni puede abrirse con buenos auspicios la nueva Gestalt del nacimiento del bebé y de la «nueva mujer», la madre. También es posible decir que la Gestalt (parto fisiológico) queda inconclusa, interrumpiendo la *necesidad organísmica*, que se ve sustituida (en la mayoría de los casos que he conocido) por la disociación, quedando la madre «ausente», «alienada» o «congelada» en el trauma. En la consulta de psicología perinatal estas madres manifiestan dolor, angustia, miedo a quedarse solas con sus bebés, falta de confianza en su capacidad para

acudir a su criatura, amamantarla, protegerla... Lamentan sentirse solas, incomprendidas, alienadas del mundo que las rodea y que parece exigirles una felicidad que no sienten. La mayoría sufre de trastornos del sueño, pesadillas o falta de apetito, taquicardias, *flashbacks* del momento del parto/ cesárea o ansiedad, o llega a sentir terror pensando en tener que acudir al centro hospitalario donde fue atendida en el parto o donde su bebé aún queda hospitalizado.

El trauma ignorado y no atendido suele derivar en dificultades que perjudican seriamente, más allá de la salud materna, la salud del recién nacido y la salud familiar, pudiendo persistir durante meses o años si no son reconocidas y tratadas a tiempo:

- Inhibición de la lactancia materna o dificultades para amamantar y/o para establecer un vínculo sano con la criatura.
- Deterioro del sentimiento de autoeficacia, afectando la competencia materna para cuidar del bebé y la construcción de una identidad materna saludable.
- Incremento del riesgo de otras manifestaciones psicopatológicas en el posparto (trastorno de ansiedad posparto, TEPT posparto, depresión posparto, psicosis posparto, trastornos disociativos, etc.). En este punto es relevante incidir sobre la importancia del diagnóstico diferencial (incluyendo alteraciones tiroideas posparto, anemias posparto y déficit de vitamina D).
- Deterioro de la calidad de vida de la mujer (incontinencia urinaria y/o fecal, dolores crónicos, insomnio, pesadillas, taquicardia, *flashbacks*, etc.).
- Perjuicios en la calidad de la salud sexual y reproductiva de la mujer (vaginismo, dispareunia, tocofobia secundaria, etc.), así como de su relación de pareja.
- Desconfianza hacia la fisiología, la propia capacidad de afrontamiento, la capacidad de superación y hacia los profesionales sanitarios, así como hacia el mismo sistema de atención a la salud.

Algunos estudios revelan que hasta un tercio de la población femenina que ha dado a luz describe la experiencia del parto como traumática (CREEDY, SHOCHET y HORSFALL, 2000), bien porque la mujer ha temido por su vida o la del bebé (o que este sufriera consecuencias graves en el nacimiento), bien por causas ligadas al (mal)trato percibido por parte de

los profesionales de la salud (vejaciones, infantilización o exceso de intervención, etc.), por ver frustradas sus expectativas con respecto al parto, o por consecuencias ligadas a experiencias traumáticas previas, incluyendo abusos y/o agresión sexuales (ALLEN, 1998; SOET, BRACK y DIORIO, 2003; THOMSON y DOWNE, 2008). Ulteriores investigaciones describen un cuadro completo de TEPT posparto en un porcentaje entre el 1 y el 6% (BECK, 2004b; AYERS y PICKERING, 2001; AYERS, 2004) y una presencia significativa de sintomatología en un porcentaje de hasta un 18% (BECK, GABLE, SAKALA y DECLERCQ, 2011).

Estos datos reflejan la realidad que encuentro en la consulta de psicología perinatal, siendo que más de la mitad de las mujeres que solicitan ayuda terapéutica para «superar el trauma del parto» han dado a luz por cesárea. Entre ellas hay un número importante de mujeres que sufrieron algún tipo de trauma previo en relación con su sexualidad o cuyas relaciones de apego se vieron seriamente comprometidas en los inicios de sus vidas. Generalmente no se brindó una atención psicoterapéutica (adecuada) a los traumas anteriores, por lo que la experiencia del parto resulta retraumatizante, acompañada por un ulterior empobrecimiento de la autoconfianza y de la confianza en los demás. Muchas de estas mujeres manifiestan miedo con respecto a un (próximo) parto; algunas evitan la maternidad durante años. Su vida sexual puede verse seriamente perjudicada y, en muchos casos, también su relación de pareja y la relación con los hijos (KENDALL-TACKETT, 2007; 2014; HERMAN, 1992).

Por la complejidad vital, simbólica y psiconeuroendocrina del momento en el cual se produce el trauma (parto/cesárea/nacimiento) y las circunstancias en las cuales las mujeres precisan ayuda psicológica especializada (embarazo, puerperios, primeros años de maternidad y crianza), insisto en que el concepto de TEPT no representa más que una vaga orientación para los profesionales de la psicología perinatal. El intento de «encajar» los síntomas en una estructura diagnóstica rígida se transforma a menudo en una sensación de desamparo para la terapeuta y de escasa utilidad para las mujeres afectadas. El trauma (obstétrico) —más allá de los síntomas clínicos que lo acompañan y de las clasificaciones diagnósticas— se define por la calidad de la experiencia, así como la manera en que la mujer la vive y la percibe en las circunstancias en las que se produce y en el transcurso del tiempo (LEVINE, 1997; BECK, 2004a).

De ahí la importancia de un abordaje psicoterapéutico *ad hoc*, reparador e integrador, que minimice las consecuencias del impacto y resta-

blezca —en la medida de lo posible— la fisiología, promoviendo la salud y facilitando la *autorregulación orgánica* a través de la promoción de los recursos endógenos (y externos) de cada mujer y familia. Resumiendo, podemos distinguir entre tres tipos de trauma obstétricos que pueden dejar secuelas en la salud (mental) de la parturienta:

- Trauma primario durante el parto (por experiencia límite ligada a acontecimientos de naturaleza médica, por maltrato o violencia obstétrica, por muerte perinatal).

Me amenazaron de que mi hija se iba a morir si no me quedaba quieta. [...] Me hicieron episiotomía, fórceps y sutura en vivo. Me sentía morir. [...] Se llevaron a mi hija y no me decían nada. Cuando me la trajeron ya le habían dado biberón, sin pedirme permiso. Me puse a llorar. Me dijeron que no era el fin del mundo, que ya les gustaría en África tener biberones (Rebeca, 2010).

- Retraumatización durante el parto (por experiencias de partos traumáticos previos, abuso sexual, violación u otros traumas no elaborados).

Yo, abierta de piernas ante médicos, matrona, enfermera [...], con miedo, con desconocimiento, con tristeza, con soledad [...], esperaba la llegada de mi bebé de la forma menos deseada, sin sentirla, sin notar cómo atraviesa el canal. Me entregué a profesionales confiando en ellos, pero me siento abusada, tal y como abusaron sexualmente de mi un vecino y un amigo de mi madre cuando yo era pequeña (T., mamá de Carla, 2011).

- Trauma derivado de exploraciones ginecológicas ajenas al momento del parto que se perciben como bruscas, abusivas o irrespetuosas.

Era mi primera revisión ginecológica tras el parto. Yo tenía 24 años [...]. Desnuda y en posición obstétrica, sin una sábana que cubriera lo que no era necesario mostrar, este hombre se acercó por mi izquierda, mirándome de arriba abajo. Apoyó su dedo índice sobre mi rodilla y lo deslizó sobre mi muslo hasta casi la ingle, recreándose en el recorrido. Con voz sugerente dijo: «Siempre me llamó la atención qué piernas tan espectaculares tienes, incluso después de un embarazo». Mi marido y yo nos quedamos helados y sin saber qué responder. En esta posición incómoda e intimidante, y expuesta ante un profesional médico, me sentí emocionalmente violada, traspasada moralmente por sorpresa y atravesada delante de mi propio marido. Y aún hoy me resulta difícil hablar de esta escena, porque llevo hasta dudar de mí misma (A., 2014).

¿El trauma se cura?

«Lo que daña cura» rezaba el Oráculo de Delphos.

L.: Pero..., ¿cómo?

Yo: Entiendo que suministrado en minúsculas dosis, en el momento adecuado.

L.: [Tono sarcástico] Uy, ¡parece que esto requiere arte! Y sabiduría, ¿no?

Yo: Requiere sin duda de experiencia. Y también de la capacidad de escuchar(se), observar(se), estar atenta y despierta. Estar presente. Y de paciencia, confianza, entrega. Y amor. Sí, sin duda también de amor.

L.: ¿Cómo que amor? ¡Yo quiero que se me vaya! Y vengo para que tú me digas qué tengo que hacer y si me voy a curar. ¡Porque así no aguanto más!

Yo: Lo comprendo. Y conozco la exigencia y la urgencia de salir de donde estás ahora. Y lamento —y también quiero decirte— que no soy algo así como una cirujana del alma. Tampoco soy tan poderosa como un hada, que, con su varita mágica, puede quitarte lo que no aguantas. Tal vez podría ser otra partera, la que necesitaste y no encontraste..., partera de tu alma. Y poco más. En tu herida está el secreto de tu cura, de tu renovación. Si quieres, te puedo acompañar en el camino de la búsqueda de tu secreto. Lo que puedo prometer-te es que estaré a tu lado el tiempo que haga falta, si tú también quieres, y al servicio de tu camino de transformación de la herida emocional en cicatriz del alma.

Este fragmento de una conversación con una paciente resume, de forma esencial, la respuesta que siento más honesta a la frecuente pregunta acerca de la posible curación de las secuelas dejadas por el trauma. Suelo emplear la metáfora de la herida que se transforma en cicatriz, que algún día ya no sangrará, aunque allí quede para siempre la marca de lo que un día fue el corte. En la herida misma residen el amor y la sabiduría. Allí encontramos la verdad. Y la cicatriz a veces pica, escuece, los tejidos estiran si se produce algún cambio en el interior o en el exterior. Y la cicatriz queda como un punto vulnerable, que necesita cuidado, a veces protección y finalmente aceptación, compasión. Solamente cuidándola descubriremos que su tejido es mucho más fuerte y resistente que el resto de la piel. Así como el proceso de sanación de una herida física requiere de unos tiempos y cuidados específicos, entiendo que lo mismo ocurre con nuestras heridas emocionales. Los tiempos son personales, el proceso terapéutico de cada persona es único e irrepetible.

Existen actualmente distintas técnicas desarrolladas con el objetivo de «curar el trauma» y liberarnos de sus molestos efectos sobre la salud biopsicosocial. Se trata casi siempre de técnicas relativamente «simples», que siguen protocolos estructurados. No me he «casado» con ninguna y siempre he recogido lo que me ha servido y se ha dejado integrar de manera orgánica en el marco gestáltico de mi práctica clínica. Posiblemente alguna técnica pueda resultar más efectiva que otra cuando se trata de paliar una sintomatología aguda, mitigar o modificar conductas. Sin embargo, siento que es importante recordar en este punto las palabras de Peter LEVINE: «Para una persona traumatizada, el viaje hacia una vida plena y espontánea significa algo más que mitigar los síntomas: significa una transformación» (1997: 197). Y una transformación requiere un cambio. Y el cambio se realiza progresando hacia una mayor flexibilidad y espontaneidad, hacia una relación más compasiva con el recuerdo traumático y una resignificación de la experiencia a través de una negociación entre las polaridades (LEVINE, 1997; GURRIS, 1996). Reconocer lo que nos ha ocurrido, transitar las emociones que ello supone y reconocer que nos pertenecen, aceptar la vivencia traumática como parte de nuestra biografía, recomponer las partes que se han disgregado, nos permite abandonar el estado de víctima para mirar de frente la cicatriz que ha quedado, símbolo y prueba de que estamos vivas. Recuperar la confianza en una misma, en el otro y en la vida, haciendo frente al presente con responsabilidad nos confiere un nuevo estatus, el de persona en búsqueda de un nuevo sentido para una nueva vida (FRANKL, 2004; JUST, 2007).

Como psicoterapeuta Gestalt postulo la posibilidad de una transformación y resignificación del trauma por medio de un recorrido vital y terapéutico que se construye sobre los principios fenomenológicos de la terapia Gestalt, en un recorrido que he venido experimentando desde la observación en la práctica clínica, que fui elaborando a lo largo de los años para asignar un *Leitfaden* (hilo conductor) a mi trabajo. Se trata de un camino, el mío y el de mujeres que he tenido y tengo el privilegio de acompañar como terapeuta, ni el único ni el mejor, sino sencillamente un camino posible, hilos que irán entretrejiendo una nueva Gestalt, para llegar —en el mejor de los casos— a un *empoderamiento postraumático*, un estado que consiente a la mujer-madre *alquimizar* la experiencia traumática, reapropiarse de su rol de protagonista más allá de su vida sexual y reproductiva, asumiendo una responsabilidad renovada con respeto a sus decisiones vitales, a su estado de bienestar y forma de estar en el mundo.

Gestalt y trauma

Los padres de la terapia Gestalt no dedicaron mayor atención a las etapas evolutivas de la primera infancia ni al trauma psicológico, siendo que la terapia Gestalt se creó en el seno de traumas individuales y colectivos, incluyendo las vicisitudes y dolorosas circunstancias vitales de sus fundadores, Fritz y Laura Perls. Profundizar en sus biografías me ha permitido darme cuenta de lo intrínseco del trauma en el modelo terapéutico propuesto por ambos (con sus distinciones y peculiaridades) y de cómo la terapia Gestalt ha podido inspirar el desarrollo de metodologías o técnicas que se han dado a conocer como «terapias para el trauma» en las últimas décadas. El vacío y las escasas aportaciones documentadas de gestaltistas en el ámbito de la psicotraumatología (en particular acerca del trauma obstétrico) me motivan a investigar más allá, a experimentar desde la práctica terapéutica perinatal para poder ordenar mis actuaciones y plasmarlas, en la esperanza de que encuentren una coherencia también para otros, que se pueda abrir el debate y producir un intercambio enriquecedor en torno a la aplicabilidad y a la eficacia de un abordaje gestáltico para el trauma psicológico y, en particular, el trauma obstétrico.

Considerando los conocimientos actuales acerca de la relevancia de la etapa perinatal para la salud futura del ser humano, la importancia de un buen apego desde los primeros años de vida para la construcción de relaciones sanas y satisfactorias en la edad adulta, considero urgente incidir en la importancia del buen trato desde los inicios de la vida, recuperar la capacidad de amar y de confiar tras la experiencia traumática y enriquecer la mirada gestáltica con una revisión en este sentido.

Una propuesta terapéutica gestáltica

Recorriendo el hilo conductor propuesto por Judith L. HERMAN (1992), adaptado a la terapia Gestalt por Willi BUTOLLO (1997; 2003), me he inspirado para desarrollar un acompañamiento terapéutico específico en situaciones traumáticas debidas al parto y/o cesárea que me permite apoyarme en los fundamentos de la terapia Gestalt, empezando por su base fenomenológica y por su concepción holística, humanista y existencial del ser humano, desde donde siento poder construir una relación sanadora, que nutra y sustente de forma honesta y genuina el trabajo terapéutico.

El «proceso de (re)construcción» tras el trauma se define en alemán *ad hoc* con el verbo *gestalten*, que resuena en mi voz y en mi alma como un hacer concreto, que tiene un sentido. Me resulta especialmente complicado encontrar una traducción a otro idioma del concepto de *Gestalt*. Gestalt es más que una forma o una configuración. Gestalt es, sin duda, algo multidimensional, que tiene volumen, materia, peso, una vida y un sentido propios.

Más allá de las técnicas y de cualquier concepto teórico considero imprescindible que el terapeuta pueda «estar» y «ser» desde un marco filosófico que proporcione movimiento (para ambos, cliente y terapeuta), que permita al terapeuta ser medio e instrumento implícito al proceso, atento a su propia función de contacto, dejándose sentir para responder a los mensajes del otro. La calidad de la relación que se crea entre consultante y terapeuta es la relación humana que se convierte en terapéutica, en amor que sana la herida del alma. La terapia Gestalt permite esta multiplicidad, movimiento y flexibilidad.

Entiendo la relación terapéutica desde el apoyo (*con*)*tacto*, tal y como Laura PERLS (1989) nos lo transmite, estando presente, implicada y comprometida con el otro, con su vivencia, su verdad, sosteniendo su angustia y su confusión. Mi tarea como terapeuta es entonces facilitar un camino de tránsito, acompañar la experiencia del otro y, si es posible, su transformación. La relación terapéutica basada en el estar, desde la calidez de la acogida, la autenticidad, la responsabilidad y el apoyo, sigue siendo, desde mi sentir personal, la herramienta terapéutica por excelencia de la terapia Gestalt. La entiendo como una relación que incide sobre la calidad del vínculo entre terapeuta y cliente, muy especialmente válida para una necesaria estabilización de las mujeres traumatizadas, para la reparación del vínculo de confianza y para facilitar la complejidad de su proceso terapéutico.

Uno de los principios fundamentales de la terapia Gestalt es trabajar con la dificultad en el presente, el trabajo en el *aquí y ahora*. Trabajar el trauma en el *aquí y ahora* es traer al presente lo que ha hecho daño y sigue perturbando a la persona, validar lo sucedido, legitimar el dolor y/o las emociones que surgen en el presente y permitir su libre expresión en un marco de respeto, no juicio, presencia y escucha activa.

La terapia Gestalt estimula mi creatividad, permitiéndome trabajar con las emociones que surgen, con los mecanismos de defensa o con el síntoma desde distintos ángulos y con múltiples herramientas. Lo que sue-

le encontrar más aceptación entre el colectivo de mujeres-madres son los trabajos que involucran la expresión corporal y creativa, el trabajo con los cuentos, los mitos y arquetipos o el diálogo con el síntoma (inspirado en los trabajos de la Dra. Schnake).

En el caso de atender a una mujer recién estrenada en su maternidad o embarazada, en la gran mayoría de los casos (salvo cuando el trauma fue causado por la muerte del bebé, acontecimiento que requeriría un amplio espacio para ser desarrollado a fondo), me resulta imposible tener en cuenta exclusivamente a la madre en el abordaje terapéutico, especialmente en la primera fase de acogida y toma de contacto. Tanto en mujeres embarazadas como en la atención a puérperas no he de olvidar que existe —junto con ellas— una personita gestándose o recién llegada al mundo, indefensa y completamente dependiente de (la salud mental de) su mamá. El equilibrio de la madre y del bebé es uno e interdependiente, lo cual se puede enfocar desde el déficit o verse como un recurso. Seguramente me inclino más por esta segunda opción, con el propósito de reforzar la calidad de esta relación. Junto con la madre y el bebé encontramos al padre o a una pareja de crianza, parte ineludible del nuevo sistema familiar y de su equilibrio. Acoger al bebé o a la pareja de crianza en el espacio terapéutico puede representar un gran recurso, que valorarse en cada caso, tejiendo, así, el entramado óptimo para cada situación, mujer y familia.

La propuesta terapéutica, tal y como la llevo desarrollando en estos años, prevé cuatro fases fundamentales: acogida, estabilización, confrontación, integración.

1.ª fase: la acogida

Incluye el primer contacto, la recogida de la anamnesis, la elaboración del encuadre y del contrato terapéutico, y la indagación hacia la disposición al compromiso. Como terapeuta me dispongo a la escucha, estando presente desde un lugar de acogida. Acoger se traduce en la preparación del campo, en organizar y cuidar el espacio donde se recibe y se acoge, hacer de ello un lugar agradable y cómodo, en el cual la mujer se sienta a gusto con el bebé y donde, cuando se considere pertinente, también se reciben a la pareja de crianza u otros miembros de la(s) familia(s) (hijos, hermanos, abuelos, etc.).

A partir de la acogida y del cuidado de «lo recién nacido» será posible restablecer un equilibrio suficientemente estabilizador para permitir la abertura necesaria para entrar en contacto con el *aquí y ahora* y construir una relación terapéutica basada en la confianza que pueda resultar reparadora. Si no es posible crear una relación, no puede haber proceso terapéutico. La relación terapéutica, como herramienta principal del proceso, se sustenta en la confianza recíproca y en el compromiso, donde cada parte asume su responsabilidad. A la vez, es importante asegurar suficiente soporte en el sistema que rodea a la mujer para que le resulte más ligero construir y encarnar plenamente su nueva identidad, tomar decisiones informadas, etc.

En el trabajo terapéutico con personas traumatizadas resulta especialmente importante informar acerca de la interdependencia entre su estado anímico y eventuales somatizaciones ligadas a la carga emocional, así como acerca de las posibilidades y alternativas de recuperación. Ello implica planificar y llevar a cabo cada paso de la terapia de forma transparente y consensuada, fomentando la toma de responsabilidad sobre el proceso terapéutico y renovando periódicamente el compromiso con este. La relación terapéutica tiene, por un lado, la función de reconstruir el autocontrol de la mujer y restablecer la confianza en sí misma, y, por otro lado, influir positivamente sobre sus sentimientos generalizados de desamparo e impotencia (BIANCO y ROTHKEGEL, 2003).

Una posibilidad que la terapia Gestalt nos brinda es trabajar con técnicas imaginativas, visualizaciones sencillas y efectivas (evitando procesos que induzcan a la catarsis), que puedan ofrecer un final alternativo al recuerdo de la experiencia traumática. Trabajar con el «lugar seguro» o con el «ayudante interior» se ha demostrado muy eficaz con pacientes diagnosticadas con TEPT o trastorno disociativo con el fin de reducir la sintomatología aguda (KERNER, 2008). Los ejercicios de visualización y toma de consciencia de las sensaciones corporales ayudan a reducir la frecuencia de los *flashbacks* y de los pensamientos intrusivos (ROTSCHILD, 2000), llevando a la paciente paulatinamente a un estado de mayor serenidad, del cual aprovechará también la criatura.

2.^a fase: estabilización

La fase de estabilización es un paso central de la terapia del trauma y, en el caso de mujeres puérperas o madres de bebés y niños pequeños (o embarazadas a quienes se despiertan recuerdos de traumas antiguos y sin elaborar), es especialmente relevante, con el fin de encontrar un equilibrio que permita el establecimiento de una relación de apego lo más saludable posible con la criatura desde los primeros momentos de vida (*vs.* gestación) y una emocionalidad materna suficientemente sostenible.

Siendo el *darse cuenta* (*awareness*) un pilar fundamental de la terapia Gestalt, resulta interesante invitar a la mujer a tomar consciencia de sus sensaciones corporales, de su necesidad *aquí y ahora*, y —cuando es posible— a elaborar paso a paso lo ocurrido en el momento del impacto traumático, preferentemente desde un procedimiento cognitivo, para así seguir descubriendo y fortaleciendo los recursos existentes y afianzar el presente (puerperio *vs.* embarazo) desde una nueva oportunidad de (re) nacimiento.

La ansiedad, el miedo, la disociación, los *flashbacks* o pesadillas de la situación traumática frente a la necesidad de volver a recurrir al mismo hospital o profesionales ligados a la experiencia traumática precisan ser reducidos y resignificados para permitir a la mujer lo siguiente:

- Restablecer un ritmo lo más cercano a lo fisiológico que garantice su bienestar básico (sueño, apetito, sensación de autoeficacia) y reduzca el riesgo de desarrollar psicopatología (asociada), tanto a lo largo del embarazo como en el parto (comorbilidad).
- Equilibrar lo máximo posible el alternarse y la intensidad de la actividad simpática y parasimpática para que la mujer pueda llegar a sentir(se) con mayor atención sin alteraciones extremas (ansiedad *vs.* disforia).
- Alimentar y relacionarse amorosamente con la criatura (alimento y contacto) a través de un buen funcionamiento del sistema madre-placenta *vs.* pecho-bebé.
- Encontrar alternativas sostenibles y adecuadas a las nuevas necesidades para desarrollar decisiones informadas en cuanto a la atención a la salud en la etapa perinatal (profesionales del parto/pediatría, centros de salud, hospitales respetuosos o planificación de un parto en casa, según los deseos y recursos de cada mujer y familia) y a la crianza.

Lograr una estabilización en la terapia del trauma significa verificar una mayor autocontención y una considerable mejora del autoaporte.

Tras una *primera etapa de (acogida y) estabilización*, primordial en el trabajo con el trauma en un contexto perinatal, puede ser recomendable abrir una etapa de confrontación-integración. La terapia Gestalt pone al servicio de ello una herramienta clave, como es el trabajo con las *polaridades*, que facilita la integración psíquica de las partes desmembradas por el trauma. No siempre considero adecuado y oportuno llevar a cabo este pasaje durante la gestación o la etapa de exogestación. Será imprescindible valorar cada caso atentamente para decidir si redefinir las prioridades (posponiendo esta etapa del proceso y seguir con una intervención más orientada al soporte psicosocial desde un enfoque salutogénico) y/o renovar los objetivos terapéuticos hasta superar algún momento crítico (el parto, en caso de pacientes gestantes, o el primer cumpleaños del bebé en el caso de púerperas) para reanudar el trabajo.

Donde observo que se despliegan de manera sorprendente la creatividad y el poder femenino es en el trabajo grupal, recuperando las enseñanzas antiguas de los mitos, acogiendo los rituales modernos y, en ambos casos, recobrando lo simbólico. La intervención grupal representa una opción muy válida y eficaz para momentos de *impasse*, una vez lograda una primera estabilización emocional y rebajada la intensidad de los síntomas; la mujer se sentirá más recuperada, sostenida y fortalecida. Desde el grupo existe para ambas —psicoterapeuta y cliente— la posibilidad de mantener contacto, seguimiento y acompañamiento genuinos desde una modalidad terapéutica distinta, que se nutre del grupo, se sostiene en él y en su efecto promotor de la salud mental perinatal. En ocasiones la intervención grupal facilita el acompañamiento respetuoso del cierre de la Gestalt (quedada inconclusa), *alquimizando* el trauma, lo que pasa por resignificarlo e integrarlo para dar finalmente paso a la apertura de una nueva Gestalt.

No es raro que, en este punto, al sentirse satisfecha la necesidad con respeto a la demanda más inmediata y restablecerse cierto bienestar anímico, se plantee la pregunta de si seguir con un trabajo terapéutico más profundo durante un período tan intenso como la gestación o el puerperio, cómo articularlo o si retomarlo en otro momento y/o con un nuevo encuadre.

En cualquier caso, sugiero iniciar o retomar el proceso terapéutico centrado en el trauma alrededor del primer cumpleaños del bebé, una

fecha en torno a la cual aumenta el riesgo para la madre de desestabilizarse, volviendo a ser más vívidos los recuerdos del parto. A estas alturas creo importante valorar nuevamente la situación, el estado de ánimo de la madre, sus estrategias de afrontamiento, sus necesidades, y considerar entonces la posibilidad de retomar el seguimiento terapéutico con una nueva disponibilidad emocional (pasados la exogestación y el primer año de vida, el bebé entra en una nueva etapa del desarrollo que permite una «cierta independencia» física y emocional por parte de ambos, madre y criatura).

Algunas mujeres acuden *ex novo* a terapia en torno al primer cumpleaños o «cumpleparto», manifestando una intensificación de la sintomatología ligada al choque traumático del parto (otras buscan ayuda terapéutica estando nuevamente embarazadas). Considero este un buen momento para comprometerse con un proceso terapéutico profundo y afrontar las consecuencias de la vivencia del parto: lo suficientemente «lejos» de los momentos críticos de adaptación a la exogestación (¡que evidentemente requiere soporte!) y de una posible nueva gestación.

3.^a fase: confrontación

El contacto con el trauma o con (el recuerdo de) los agresores, así como la revisitación de la experiencia traumática, implica una confrontación cognitiva, corporal y emocional con los hechos traumáticos y sus consecuencias. Es un trabajo terapéutico no siempre pertinente, en el que se recomienda evitar procedimientos catárticos para evitar posibles e innecesarias retraumatizaciones (iatrogenia), y que ha de ser contemplado en el caso de que se considere avanzar hacia una integración de las partes disociadas y de la propia experiencia traumática. Recomiendo realizar esta etapa del trabajo terapéutico antes de un siguiente embarazo y habiéndose concluido el primer año de vida del bebé nacido por parto o cesárea traumáticos, a la vez que la desaconsejo durante la gestación, cuando es preferible trabajar potenciando los recursos (y el *coping*) y no propiciando la expresión emocional intensa. La razón es evitar que se repercutan sobre el bebé intrauterino las consecuencias de repetidos picos de ansiedad materna y la transmisión de altas dosis de adrenalina o cortisol a través el sistema feto-placentario. Los efectos adversos del *distrés* materno durante la gestación sobre el desarrollo intrauterino de la criatura están ampliamente

estudiados, por lo que se ha de considerar responsabilidad del profesional de la psicología perinatal o terapeuta no solamente estar en conocimiento de ello, sino evitar en lo posible que la mujer gestante se halle en una situación de emocionalidad intensa y sostenida (tristeza, rabia, miedos, etc.) o que este estado de ánimo resulte con frecuencia del trabajo realizado en consulta.

4.^a fase: integración

El proceso de integración de la experiencia traumática suele ser paulatino. A veces es arduo y otras veces no se da. Tampoco se trata de un proceso lineal ni seguro o definitivo, aunque necesario para trascender el trauma.

El objetivo es cerrar la Gestalt, unificar cada parte desmembrada en un único conjunto, encontrar un nuevo sentido a lo ocurrido, transformar la herida emocional causada por el acontecimiento traumático en una cicatriz que propicie aceptación y permita un cambio de mirada y actitud no solamente frente a la maternidad, sino frente a la vida. Contar y recontar, comprender, sortear lo incomprensible, poner en contactos las partes no traumatizadas con las partes traumatizadas de la persona, contactar, cuidar, sanar, hasta lograr la distancia óptima para recuperar confianza. Todo ello es parte del camino para llegar a integrar psíquicamente la vivencia.

En el caso de mujeres-madres el resultado puede traducirse en un empoderamiento como mujeres adultas y madres conscientes, agentes de cambio social y promotoras de salud de la futura humanidad. Desde una perspectiva gestáltica puedo considerar el *empoderamiento postraumático* como aquella sensación subjetiva de recuperación del sí mismo, de la percepción de *control interno* de la mujer que escucha profundamente su voz interior (o vuelve a conectar con ella), la acepta como una guía, como el autosoporte más valioso que la invita a seguir avanzando, creciendo. Desde allí se hace más fácil reanudar el vínculo amoroso con su criatura, tal y como la naturaleza lo prevé, y de confianza en la vida. Hoy más que nunca creo profundamente urgente y necesaria nuestra implicación —en cuanto sociedad— con el amor, sentimiento que considero indispensable para (re)construir una cultura de paz en el mundo y para el mundo.

Por otro lado, es preciso reconocer que no siempre es posible reparar la desestructuración psíquica provocada por traumas muy graves, repetidos o cuando el parto ha sido el evento que ha venido a «destapar» traumas antiguos irresueltos (en la mayoría de los casos no conscientes), muy especialmente cuando se trata de traumas de apego, que se produjeron en torno al período primal o en los primeros años de vida de la mujer-madre. En estos casos encuentro conveniente abogar por un proceso terapéutico más profundo, revisando la historia del período primal de la mujer, valorando la necesidad de una red afectiva y de apoyo familiar y/o psicosocial para las madres que sea sólida y vaya sosteniendo el trabajo terapéutico individual.

Mi compromiso con la salud femenina y con los derechos humanos (más allá del período en torno al parto/nacimiento) es firme, y reside en mi más profundo sentido de estar al mundo. Llegó antes de mi ser terapeuta Gestalt. Y ha tenido una evolución a lo largo de mi vida, ha sido cuestionado, revisado, reinventado, siendo hoy implícito a mi ser terapeuta Gestalt. Es mi vocación, mi humilde misión de tránsito por esta vida, con mi profundo agradecimiento a la vida, que más de una vez me ha traído de vuelta, devolviéndome al camino de los vivos para seguir andando en este mundo, experimentando y descubriendo, junto a los bebés y sus madres, lo *numinoso* que el trauma custodia en su esencia, para seguir creciendo hacia una autorrealización que queda en el apasionante *continuum* de la espiral implícita al ciclo vida-muerte-vida.

Bibliografía

- ALLEN, Sarah (1998). «A qualitative analysis of the process, mediating variables and impact of traumatic childbirth». *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 16(2-3), 107-131.
- ÁLVAREZ-ERRECALDE, Ana (2010). *Cesárea, más allá de la herida*. Las Palmas: ObStare.
- AYERS, Susan (2004). «Delivery as a traumatic event: Prevalence, risk factors, and treatment for postnatal posttraumatic stress disorder». *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 47(3), 552-567.
- AYERS, Susan y PICKERING, Alan (2001). «Do women get posttraumatic stress disorder as a result of childbirth? A prospective study of incidence». *Birth*, 28(2), 111-118.
- BECK, Cheryl Tatano (2004a). «Birth trauma: In the eye of the beholder». *Nursing Research*, 53(1), 28-35.
- (2004b). «Post-traumatic stress disorder due to childbirth: The aftermath». *Nursing Research*, 53(4), 216-224.
- BECK, Cheryl Tatano, GABLE, Robert K., SAKALA, Carol y DECLERCQ, Eugene R. (2011). «Posttraumatic Stress Disorder in New Mothers: Results from a Two-Stage U.S. National Survey». *Birth*, 38(3), 216-227.
- BIANCO, Gabriella (2016). *Gestalt, trauma y empoderamiento postraumático. Reflexiones desde la psicología de la mujer y perinatal* (tesina para la Asociación Española de Terapia Gestalt, AETG, Madrid).
- BIANCO, Gabriella y ROTHKEGEL, Sibylle (2003). «Consecuencias y secuelas psicológicas y psicosomáticas del terror, conflictos armados y guerras civiles». III Encuentro de Psicología a les Illes Balears, 20-21 de noviembre, Palma.
- BUTOLLO, Willi (1997). *Traumatherapie. Die Bewältigung schwerer posttraumatischer Störungen*. München: CIP-Medien.
- BUTOLLO, Willi y HAGL, Maria (2003). *Trauma, Selbst und Therapie. Konzepte und Kontroverse in der Psychotraumatologie*. Bern: Huber.
- CREEDY, Debra K., SHOCHET, Ian M. y HORSFALL Jan (2000). «Childbirth and the development of acute trauma symptoms: incidence and contributing factors». *Birth*, 27(2), 104-11.
- Estrategia de atención al parto normal del Ministerio de Salud y Consumo*. Disponible en: <<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/estrategiaPartoEnero2008.pdf>>

- FRANKL, Victor (2004). *El hombre en búsqueda de sentido* (2.ª ed.). Barcelona: Herder.
- GURRIS, Norbert (1996). «Seelisches Trauma durch Folter — Heilung durch Psychotherapie?». En SEPP GRAESSNER, Ferdinand GURRIS y PROSS, Christian (cords.), *Folter. An der Seite der Überlebenden. Unterstützung und Therapie*. Berlin: C. H. Beck.
- HERMAN, Judith (1992). *Trauma and recovery*. New York: Basic Books.
- KENDALL-TACKETT, Kathleen (2007). «Violence against women during the perinatal period: The impact on pregnancy, postpartum and breastfeeding». *Trauma, Violence and Abuse*, 8, 344-353.
- (2014). «Intervention for mothers who have experienced childbirth-related trauma and posttraumatic stress disorder». *Clinical Lactation*, 5(2), 56-61.
- KITZINGER, Sheila (2006). «Birth as rape: There must be an end to 'just in case' obstetrics». *British Journal of Midwifery*, 14(9), 544-545.
- JUST, Anngwin St. (2007). *Equilibrio relativo en un mundo inestable*. Buenos Aires: Alma Lepik.
- LEBOYER, Frédéric (2006). *Atmen, singen, gebären*. Düsseldorf: Patmos.
- LEVINE, Peter y FREDERICK, Ann (1997). *Curar el trauma*. Barcelona: Urano.
- ODENT, Michel (2008). *Ecología prenatal*. Buenos Aires: Creavida.
- (2009). *Las funciones de los orgasmos*. Las Palmas: ObStare.
- (2011). *El nacimiento en la era del plástico*. Las Palmas: ObStare.
- OLZA, Ibone (2010). «El síndrome de estrés postraumático como secuela obstétrica». *Información para profesionales de la atención al parto*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en: <<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/estresPostraumatico.pdf>>.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, OMS (2014). *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134590/1/WHO_RHR_14.23_spa.pdf?ua=1&ua=1>.
- PERLS, Laura (1989). *Leben an der Grenze. Essays und Anmerkungen zur Gestalttherapie*. Köln: EHP.
- REICHERT, Evânia (2011). *Infancia, la edad sagrada*. Barcelona: La Llave.
- SCHNAKE, Adriana (2001). *La voz del síntoma*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
- (2008). *Los diálogos del cuerpo* (10.ª ed.). Santiago de Chile: Cuatro Vientos.

- SCHMID, Verena (2007). *Salute e nascita*. Milano: Urra-Apogeo.
- SCHORE, Judith y SCHORE, Allan (2007). «Modern attachment theory: The central role of affect regulation in development and treatment». *Clinical Social Work Journal*. doi: 10.1007/s10615-007-0111-7
- SOET, Johanna, BRACK, Gregory y DIORIO, Colleen (2003). «Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth». *Birth*, 30(1), 36-46.
- THOMSON, Gill y DOWNE, Soo (2008). «Widening the trauma discourse: The link between childbirth and experiences of abuse». *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 29(4), 268-273.

IV.II
MATERNIDADES Y OTROS USOS DEL PODER

Laura Kait
Psicoanalista

*Miembro fundadora de UMBRAL, Red de Asistencia «psi»
y de FEP, Fondation Européenne pour la Psychanalyse*

Resumen. En época de severa crítica al patriarcado y sus actos devastadores, se propone no olvidar los efectos del estrago materno. Ser madre no es ser una mujer. Algunas mujeres se hacen mamás como parte del deseo que mueve su vida. Otras solo se hacen madres como hijas, como adolescentes; o como parte de un ideal de supermujeres. Ni siquiera es necesario ser una mujer para estar en una posición de madre, puede serlo un marido, un maestro, y entre muchos otros, sobre todo, algunos políticos en la actualidad. Una actualidad que promueve la llamada «educación a demanda», nueva manera de sometimiento tanto del hijo como de la maternidad esclavizada.

Palabras clave: estrago materno, satisfacer demanda, poder, dictador.

Abstract. At a time of severe criticism towards the patriarchy and its devastating acts, this article emphasises the effects of the maternal ravage. Being a mother is not the same as being a woman. Some women become mothers as part of the desire that moves their lives. Others only become mothers as daughters, as adolescents or because they aspire to the ideal of the supermother. It is not necessary to be a woman to be in the position of a mother; among many others, a husband can be one, a teacher can be one, as can, in particular, certain political figures of the present times, times that promote the so-called “education on demand”, a new form of subjection both of the child and of enslaved maternity.

Keywords: maternal ravage, satisfy demand, power, dictator

Deseo o no de hijo

Parir, adoptar, acoger, alquilar vientres o subrogación uterina e inseminación artificial, y seguramente hay más métodos por los que una mujer puede hacerse madre en la actualidad. Las leyes y la ciencia han facilitado tanto este tema que una mujer puede pasar por la vida sin siquiera preguntarse por qué no se queda embarazada o si realmente lo desea.

La reproducción de la especie se ha transformado en un problema técnico y el mercado está abocado a la colonización del cuerpo femenino, con la complicidad misma de las madres que aún no lo son.

Tener un hijo es en algunas ocasiones parecido a la adquisición de un objeto, algo apenas más complicado que una compra en el supermercado.

En estos primeros párrafos ya se puede leer una distinción entre una madre y una mujer. Ambas en el campo de lo femenino, una trabajará a lo largo de su vida para develar —al menos para sí— el enigma de su femineidad, y sobre la huella de la falta y las ausencias irá a la conquista de su deseo; mientras que la otra se empoderará (uso esta palabra tan desagradable) teniendo un hijo. Una mujer puede, entre otras cosas, hacerse madre. Es muy claro que no toda mujer es madre. Hay algunas que no lo son ni lo serán. Igualmente, no toda madre es una mujer. Más aún, ni siquiera hace falta ser una mujer para estar en posición de madre. Muchos seres del sexo masculino lo son.

En la contemporaneidad y en nuestras sociedades occidentales, las mujeres (no todas) podemos elegir. Este escrito se refiere tanto a las mujeres que eligen como a las que podrían elegir y no lo hacen. Aquí, de entrada, hay un poder. Poder o no elegir. Esta palabra importante, *poder*, puede ser un verbo o un sustantivo. En la dirección del deseo, nos interesa el verbo, poder hacer, mientras que el Poder —escrito con mayúsculas, las más de las veces— es lo que nos impide hacer, nos sojuzga.

Podemos o no elegir, teniendo en cuenta que cualquier elección es desde ya una pérdida: cuando elijo esto, he perdido todo lo demás; al menos por el momento. Y hay momentos que son para siempre, aunque no sean reconocidos por los sujetos. Daré unos ejemplos respecto a pérdidas posibles. Puedo divorciarme, puedo enviudar, puedo perder un hijo. Y como puede leerse, no hay una palabra para la separación entre unos padres y un hijo, ni se puede nombrar la muerte del hijo. Tampoco hay una palabra que nombre la renuncia a la maternidad, o las maternidades compulsivas. Inteligencia sutil de nuestra lengua, que compartimos con otras. Hay pérdidas que no tienen nombre.

Hay otro tipo de pérdida. La que concierne a tantas mujeres que no pueden elegir —y no me refiero a niñas violadas en países sin leyes para poder abortar; pienso en aquellas cuyas elecciones son inconscientes y no se enteran—. O sea, se van teniendo hijos porque «toca ser madre». A esto lo he llamado *maternidad adolescente*. Y lo que se pierde aquí es responsabilidad subjetiva.

Muchos de estos embarazos adolescentes acaban en interrupciones. Se puede elegir no hacer el hijo de una concepción adolescente. El aborto, palabra soslayada por la ley, que lo llama «interrupción voluntaria del embarazo», no es una fiesta para ninguna mujer. Es un acto difícil y decidido, para evitar una maternidad adolescente o transformarse en una madrastra, o sencillamente para evitarle al sujeto a advenir el dolor de no ser amado.

Madrastra tampoco coincide exactamente con ser la mujer del padre que no ha parido a ese hijo. Madrastra también es un lugar, se trata de cualquier madre perversa, incluso de esos abusadores en el Poder, podría serlo cualquiera de los hombres o mujeres que hoy lo ocupan. Para ejemplificar brevemente, Trump sería el prototipo de una madrastra. Una como la de Blancanieves, que lleva los bolsillos llenos de manzanas envenenadas. Una madre asesina. La ubicada en el polo opuesto del no todo de la posición femenina.

Gerard POMMIER (2017) lo escribe así: «En cuanto a las mujeres en casa, estaban encerradas en su papel de madres, y de alguna manera, esta posición maternal es incompatible con la femineidad. La maternidad inhibe la femineidad. Esta es una contradicción interna del devenir mujer».

Otras veces, el embarazo se produce en una contingencia en que deseo y decisión no coinciden. Es decir, que puede haber embarazos no programados pero que sí son deseados. Aquí lo inconsciente, en lugar de jugar en contra del sujeto, produce un acto logrado en dirección al deseo inconsciente de hacerse madre.

Con respecto a la función materna, apporto unas breves palabras de Néstor BRAUNSTEIN (2008) en *Memoria y espanto*, que nos ayudarán a pensarla:

Ella, la madre, se hace cargo y nos carga, nos lleva del silencio y la noche iniciales al día con sus certezas y peligros. Es la primera superficie reflejante, nuestro primer espejo. Está, pero no siempre. Cuando falta, hay que vivir en el espacio de su ausencia, en el tiempo muerto del riesgo de su no retorno.

Es esa ausencia lo que permitirá la propia vida. Quien ejerce este acto que aporta constitución subjetiva es una madre en función. Entendiendo que esta función no tiene nada que ver con la biología. Esto lo sabe bien el legislador. En los países donde existe la práctica de *maternidad subrogada* —otra manera en que el legislador en complicidad con la ciencia evita la fuerza del lenguaje y así *alquiler de vientres* pasa a ser políticamente incorrecto—, la mujer que aporta los óvulos (en el caso de que la infértil sea la futura madre) ha de ser diferente de la que alquilará su cuerpo, para que la maternidad biológica quede claramente no decidida. Lo decidido sería el deseo de quienes quieren hacerse padres.

Una digresión, por la rotunda actualidad de este tema. Hay muchas críticas que compartimos con respecto al alquiler de vientre. Unas están dirigidas a la explotación de las mujeres pobres o desamparadas que alquilan su cuerpo a empresas capitalistas de lo peor; pero también las hay por la explotación de los futuros padres deseantes, que quedan en posición de ser fácilmente extorsionados. Críticas del orden de lo social y lo político que no estarán ausentes de la subjetividad del futuro sujeto a advenir.

Habiendo en el planeta tanto niño abandonado, con hambre de amor, de pan y de familia, ¿por qué alguien decide alquilar un vientre? ¿Por puro narcisismo? ¿Algo así como suponer que mis genes son los verdaderos? ¿Por cierta pureza de la especie que yo y solo yo aportaré? Ante estas interrogaciones muchos responden que adoptar es complicado. Y sí, a veces lo es, pero hacerse padre o madre es complicado, se busque el camino que se busque. La cuestión es por qué se elige un camino y no otro.

Gran parte de la sociedad, esa que sigue a los periodistas de la *tele*, está verdaderamente sorprendida por estos temas. Mientras no parece sorprender en absoluto que haya madres que no han elegido serlo. Señoras que simplemente se han puesto a parir. Y tenemos generaciones y generaciones de ellas. Mujeres que siguen teniendo hijos para darse una identidad: «si tengo hijo soy madre», ya no me preocuparé ni por el ser ni por el tener, y esa suma de ser y el tener posibilitará un lugar y adjudicará Poder.

Un recorte clínico

Haré una pequeña viñeta clínica que ilustra el tema que tratamos. Se trata de una mujer/hija a quien escucho en una primera entrevista. Llega al espacio de derivaciones de UMBRAL, Red de Asistencia «psi»², por lo que la veré solo esta única vez y la entrevista es para derivarla al profesional que llevará su cura.

Se trata de una señora próxima a los 60 años, la llamaremos Pilar. La ha enviado la mediadora del ayuntamiento del pueblo donde vive. La mediadora interviene por una demanda en el conflicto que ella tiene con su hermana mayor.

Se trata de una familia de siete hermanos (seis mujeres), madre viuda y, en este momento, enferma. El conflicto surgió a raíz de la incapacitación de esta madre, que era cuidada y atendida por Pilar. Todas las hermanas en contra, solo la apoya el hermano. Pilar se ha ocupado de la madre en los últimos diez años, por lo que vio y ha convivido con diferentes riesgos: dejar fuegos encendidos, quemar comida, grifos abiertos, torpe y dificultoso desplazamiento en silla de ruedas, etc. Dice: «A mis hermanas solo les interesa el dinero y si mi madre está muy confundida, mejor, para sacarle más».

Finalmente, muy preocupada por el deterioro de su madre, pasa de tantas discusiones y peleas y decide tramitar sola la incapacitación de la madre; entonces las hermanas judicializan el tema. El médico forense da la razón a Pilar, quien, para no tener más problemas, propone a la hermana mayor —única con quien mantenía relación— como tutora y no a sí misma, para evitar que piensen que lo hacía por interés.

A partir de este acto, que es aceptado, las hermanas dejaron de hablarle, todas menos la mayor, con quien sigue vinculada. Cambian la cerradura de la casa, con la complicidad de la madre, y no la dejan entrar nunca más. Luego de cuidar a esta señora durante diez años, sola, hace ya tres que no la ve y tampoco su hijo, a quien las tías comienzan a tratar con desprecio y la abuela, con indiferencia. Lo que motiva la tramitación de una mediación familiar con su hermana mayor. En una sesión, llora tan desconsoladamente que es la misma hermana quien le dice que debería pedir una ayuda terapéutica, lo hablan y la mediadora la deriva.

² UMBRAL es una asociación de psicoanalistas, con fines solidarios, que atiende a personas con bajos recursos económicos (www.umbra-red.org).

Las entrevistas de derivación de UMBRAL son breves. Procuramos que no se despliegue mucho material porque la transferencia habrá de establecerse con otro psicoanalista. Pero es en esta primera entrevista donde aporta todo este material a borbotones y me veo en dificultad para acotar su discurso. Lo hace siempre sonriente y con muy buenas maneras. Condescendiente, dice: «Mira qué curioso todo lo que me ha pasado». Subrayo la palabra *pasado*. Pienso en su historia —en lo que supongo de su historia— y en pasar por esa puerta que no le dejan abrir. Esta intervención que ha sido prácticamente la única: *pasado*, despliega algo sorprendente.

Empieza a hablar de su padre. El pasado, del verbo *pasar*, se ha escuchado como forma verbal y me cuenta que él era médico y pintor y no la dejó estudiar música.

Tocaba el piano y me gustaban las lenguas. Él dijo: «¡Idiomas y música no son estudios!» Ella dijo: «Magisterio es una buena carrera». ¡Y no! No quería. Entonces hice tres años de Derecho. En ese momento mi madre puso una guardería y no le permitirían abrirla si no tenía título. Así que me hizo estudiar puericultura por las dos. [¿Por las dos?] Me obligó a dar el examen en su nombre.

Es decir, que da dos veces el examen con distintos documentos y obtiene dos títulos, uno para ella y otro para su madre, que no sabe o no quiere estudiar. En ningún momento aparece un comentario crítico sobre esta transgresión a la ley, no hay ni idea de que se ha cometido un delito o si la hay es innombrable.

Esto es un buen ejemplo de lo que pienso del Poder. ¿Llamaríamos a esto educación *a demanda*? Pilar —comprenderán por qué le he elegido este nombre— abandona su carrera y trabaja en la guardería donde su madre la ha convocado y la necesita.

Intervengo: «Le has hecho mucho caso a tu madre. Una hija obediente». «Sí —me dice—, hasta hace muy poco no vi ninguna *puerta*».

Pienso —y como se trata de una entrevista de derivación, no lo digo— que finalmente ha encontrado una puerta, pero la madre le ha cambiado la cerradura, con lo cual no solo no puede salir sino que ni siquiera puede entrar. Ha sido segregada por el poder omnipresente de esta madre abusadora.

En general, pensamos en el abuso como atropello sexual. Propongo que seamos menos prejuiciosos y empecemos a pensar que abusar es sen-

cillamente hacer al otro en contra de su deseo, es algo un poco más allá de manipular. Algunos padres, especialmente las madres muy pegadas a los hijos, tienen en sus manos este poder. Tal poder que pueden, en su falta total de respeto, no ayudar al hijo a formarse, a reconocer que tiene un deseo propio.

A cierta versión de este abuso, en la actualidad, se la ha llamado lactancia *a demanda*. Modelo que forma parte de varias intervenciones educativas que se suponen a demanda del hijo. Una manera de declinar supuestamente el poder de los padres, en respeto de lo que el recién nacido estaría ¿decidiendo? Se dice así: que el bebé pueda alimentarse, dormir o estar despierto cuando quiera. Por ejemplo, dar de mamar hasta que el bebé deje la teta, lo que, como sabemos, puede seguir hasta los cuatro o cinco años. Niños que están jugando en el parque, se acercan a la madre, desabotonan su camisa —porque ya tienen adquirida la digitación fina—, chupan un rato y vuelven al juego. La escena, que he presenciado, es obscura. Los psicoanalistas sabemos que esta teta puede no dejarse hasta los 95 años. O sea, nunca. El primer año de vida sienta bases para la dependencia o la autonomía futuras.

Luego está el *colechó* —que forma parte de esta educación a demanda— como supuesto invento actual. Sin recordar la cantidad de bebés que murieron aplastados en tiempos medievales, porque la miseria hacía dormir a una familia de doce en un mismo jergón.

El colecho sigue sucediendo en países de enorme pobreza, donde ni siquiera han oído hablar de la educación a demanda y ya les gustaría tener más de una cama. En los países ricos tenemos colecho de diseño. El mercado ofrece soluciones para todo y encontramos esas magníficas cunas escandinavas que solo tienen tres lados para ser enganchadas al lecho conyugal.

Recordemos —al pasar— que *cónyuge* es la persona unida a otro por matrimonio; y que la palabra *matrimonio* viene del latín y es la suma de *matrem* y *monnium*, que significa, ni más ni menos, «calidad de madre». El término viene del derecho romano, pero no se usaba con el sentido actual. En la antigua Roma se decía, con este sentido, *connubium*, literalmente, «velarse con», significado muy sugerente, ¿se trataría de una unión donde el uno quedaría velado en el otro?

Volvamos a esa cuna de tres caras, donde el cuarto lado está abierto hacia la madre. O sea, el cuerpo de la madre es la cuarta pared de la cuna. Ignorantes o cómplices de lo que ronda por allí... Es la muerte lo que

está en el lecho matrimonial, porque allí está el acto sexual. La habitación de los padres debería tener cerradura por dentro, es un espacio prohibido para el hijo. De lo contrario estamos nuevamente en la obscenidad y el abuso de poder. El término *pornografía* es definido por la RAE como «la presentación abierta y cruda del sexo que busca producir excitación». Aunque en la escena a tres no se la busque, se la encuentra.

Las madres que duermen con sus hijos dicen algunas cosas:

- Es muy pequeño, no se entera. Lo hacemos sin hacer ruido.
- El niño no quiere dormir solo. Mi marido se ha ido a dormir al salón, porque no entra en la cama del niño.
- En su cuna llora y llora, en nuestra o mi cama, no.
- Ya tendrá tiempo de estar solo.
- Hay que continuar con la proximidad, hacer nido.
- Desde que me separé, dormimos juntos.

Ella y su prole

A veces también se comparan con otros mamíferos del reino animal, y apelan a lo que llaman «lo natural». Sin darse cuenta de varias cosas nada sutiles. Los humanos hablamos y hacerlo tiene que ver con la separación. Si la madre siempre está allí ni hace falta llamarla. O sea: un hijo pegado al cuerpo materno puede no ingresar en el mundo del lenguaje, con sus funestas consecuencias. Por otra parte, la gata o la leona no reconocerán nunca a su hijo como adulto... Creo que estas madres abusadoras, tampoco. Quieren a su hijo siempre niño, cuanto más bebé, mejor. ¿Será ahí donde se hacen mamíferas y naturales?

Educar es acompañar y ayudar en la separación. Un analizante solía bromear: «¿Nunca me va a salir el callo de las despedidas?». Desde que perdemos el útero materno comenzamos a acercarnos a este saber. Una madre que ata al hijo a su cuerpo está atropellando este aprendizaje. Y este atropello se favorece en los casos de madres solteras o separadas y en las parejas donde el padre se hace absolutamente cómplice, dejando toda la autoridad educativa en su esposa. Así, se abusa del niño en favor de la comodidad de la pareja o por la propia imposibilidad de estar solos. Es decir, por las propias dificultades con la separación. Educar cuerpo a cuerpo es no dejar aire, espacio, lugar al sujeto que debe advenir. Si una señora sigue dando la teta a alguien que ya tiene dientes y podría comerse un bocadillo de jamón serrano, lo está sometiendo a una regresión... Y así

con lo demás; la alimentación es solo un ejemplo que se ve con facilidad. Las consecuencias funestas de no alimentar al sujeto para que aprenda a soportar sus duelos no se pueden mirar, son del orden de la subjetividad y solo se reconocerán por las marcas del tiempo, por sus consecuencias, por los síntomas. Porque a ese pensamiento popular que supone que el tiempo lo borra todo, hay que agregarle: de la conciencia. Las huellas del estrago son del orden de lo inconsciente.

Otra cara de esta militancia abusiva de la maternidad es el *Club de las Malasmadres*, que, hartas de tanto pegoteo con el hijo, en su web se presentan así:

[...] reivindicar un nuevo modelo social de madre. Madres que luchan por no perder su identidad como mujer y que se ríen de sus intentos fallidos por ser madres perfectas [...]. *Con una lucha común: la conciliación*. Porque somos madres que no queremos renunciar a nuestra carrera profesional, pero tampoco queremos renunciar a ver crecer a nuestros hijos.

Se presentan desde el humor y se ríen juntas de lo fallido de cualquier maternidad. Lo curioso es que digan que son *un nuevo modelo social*, yo diría que hace rato que las mujeres están en esta lucha de conciliación entre el trabajo y la maternidad y tratando de ser madres sin perder el lugar como mujer. Eugénie LEMOINE-LUCCIONI publicó *La partición de las mujeres* en 1976. En verdad, lo nuevo es esta ola de *madres a demanda*, nuevo en el sentido de una regresión a tiempos donde lo femenino solo estaba abocado a la crianza de los hijos y el mantenimiento del hogar. Criar *a demanda*, entonces, nos conduce a una pregunta, ¿a demanda de quién? Evidentemente, de ellas mismas. «El niño no *me* come, el niño no *me* duerme», son los nombres de esta demanda, donde en el *me* podemos escuchar el abuso de poder. Un hijo que se transforma en el objeto objetivo y sentido de sus vidas. En el colmo de esta demanda, ahora está también lo que suponen una demanda de identidad sexual: «Mi hija en verdad es un niño desde que nació», dicen algunas madres adalides del cambio de sexo a los cinco años, estimuladas por la sociedad de consumo que proveerá de cualquier objeto de supermercado, ya sea azúcar, un pene o un DNI.

Y luego encontramos a quienes no quieren tener hijos. Lo cual no es ninguna garantía de que estén instaladas en la serie de las mujeres, también pueden estar ahí buscando el lugar de la excepción.

Algunas no tienen ningún deseo maternal, lo que les cuesta mucho sostener y lo hacen no sin ser acosadas por un sistema que pone a las

mujeres a parir. También están aquellas otras que lo dicen así: «Se me ha pasado el arroz». Como si de pronto se hubiesen sorprendido con 45 años, como si hubiese dado igual el paso del tiempo y siempre y todo fuera posible. Allí vuelve la técnica del mercado actual a poner a parir a señoras de 60 años, para asegurarlas con el suministro del objeto, en su delirante vida donde ni el límite ni la muerte parecieran existir.

También están aquellas que no tendrán hijos porque no pueden parirse, apartan de sí eso que las *malasmadres* llaman la conciliación; no corren el riesgo de moverse de la posición de hijas o no pueden pasar por el desgarrar que implica tener un hijo para perderlo, que es la ley de la maternidad: ese lugar de castración por donde habrán pasado muchas de las mujeres que se hacen llamar *mamás*, lugar de pérdida y separación y alegrías y amor.

Me parece que el plural es importante. Importante es dar el paso que nos coloca en la serie de las mamás, que corta con lo absoluto de la posición madre. Me pregunto si una mujer que no puede hacerlo, una de las que hoy retroceden al encierro con el hijo para someterse a la demanda que reina en su hogar igual que en el mercado, no lo hace sino por identificación, identificada a su bebé por aquello que supone que su propia mamá no le ha dado.

Para concluir, tener o no tener un hijo es un acto guiado por la relación del sujeto con su propia castración, por aquello que le falta y que es empuje para la creación. Y tanto tenerlo como no puede ser una producción de ese goce que, sabemos, solo se mueve en los excesos.

Hay entonces, hijos del deseo que sabrán de duelos y vuelos. Y hay hijos del goce, que quedarán pegados a la demanda. Hijos que han sido producto del ejercicio de un Poder. Esta madre poderosa quedará colocada del lado del dictador. Anulada su posibilidad no toda, anula sus vías de creación, sus caminos para la conciliación, para colocarse del lado de lo masculino.

Bibliografía

- BRAUNSTEIN, Néstor (2008). *Memoria y espanto, o el recuerdo de infancia*. México: Siglo XXI.
- KAIT, Laura (2007). *Madres no mujeres, embarazo adolescente*. Barcelona: Del Serbal.
- (2016). *Tiempo de madrastras*. *Trauma*, 6. Barcelona: Del Serbal.
- LEMOINE-LUCCIONI, Eugénie (1976). *Partage des femmes*. Paris: Seuil.
- POMMIER, Gérard (2017). «Liberté, égalité... fraternité ? Les destins du féminin: entre refoulement et répression». Conferencia en la ITP, 3 de junio.

IV.III
EL MALENTENDIDO MATERNO

Clara Bermant
Colegio Oficial de Psicología de Cataluña

Resumen. El capítulo versa sobre el malentendido fundante de la familia, equiparable con la maternidad, mostrando a través de ejemplos clínicos el reverso siniestro que algunas ideologías de la crianza pretenden suprimir.

Se desarrollan conceptos tales como el desconocimiento del origen, las teorías sexuales infantiles, y las dificultades del apego y desapego, concluyendo con el malentendido básico de la lactancia materna: la confusión entre la necesidad y la demanda.

Dicha confusión pone en evidencia el límite entre el mundo animal y el mundo humano del lenguaje.

Palabras clave: maternidad, apego, desapego, lactancia

Abstract. The present chapter discusses the founding misunderstanding of the family, comparable to maternity, by showing through clinical examples the sinister reverse that some child-rearing ideologies try to suppress.

It develops concepts such as ignorance of origins, sexual theories of infancy and the difficulties of attachment and detachment, concluding with the basic misunderstanding of maternal breastfeeding, namely, the confusion between need and demand.

This confusion highlights the limit between the animal world and the human world of language

Keywords: maternity, attachment, detachment, breastfeeding

El 10 de junio de 1980 Jacques LACAN pronuncia en Caracas una conferencia: «La familia como malentendido». Malentendido propio de la estructura del lenguaje, malentendido que preexiste al sujeto determinándolo.

Una palabra, una frase, se abren a múltiples sentidos. Se dice una cosa pero se quiere decir otra. Se dice una palabra pero se escucha otra. Nacemos en la cuna del equívoco. Al niño se le habla, se habla del niño pero el lenguaje no lo dice todo ni todo puede decirse. En los intervalos del discurso del otro, del discurso de los padres, se cuelan los secretos, lo no dicho. El niño recibe el discurso, se impregna del lenguaje, sin dominarlo aún. Escucha. Y construye su interpretación sobre lo oído, buscando su lugar en el dicho de los padres. Es la estructura que echa sus raíces en el inconsciente. Así, «traumatismo no hay otro que el del nacimiento: el hombre nace malentendido» (LACAN, 1980). Del malentendido de la familia al malentendido de la maternidad. El nuevo sujeto proviene de un deseo que es una incógnita para el mismo ser deseante y el neonato debe alojarse como pueda, allí, para ser reconocido y deseado a su vez. Toda suerte de palabras —más allá de su nombre propio— vienen a designar al recién llegado en un esfuerzo para simbolizar su presencia.

Cualquier separación o desencuentro en este momento inaugural pueden lesionar esta incipiente construcción tanto del nuevo sujeto como de la nueva estructura familiar.

Es refiriéndose a la familia que FREUD hace uso de los términos *Heimlich und unheimlich* (1915). En el núcleo de lo más íntimo y familiar emerge, a su vez, lo más extraño y desconocido, aquel opaco secreto que, atravesando generaciones, retorna mostrando las huellas del trauma.

La maternidad tiene también un reverso inesperado y a veces siniestro.

Tratar con esta vertiente nada amable del amor es tarea del psicoanalista, advertido, por su formación y su deseo, de lo que el inconsciente enseña tanto en los síntomas como en el malestar propio de la vida cotidiana.

Desconocer, negar, suprimir o rechazar los deseos inconscientes agresivos y las complejas pasiones que despierta la llegada del recién venido no es algo sin consecuencias. La obstinada idealización de la maternidad que caracteriza la actualidad deja en manos de *his majesty the baby* (*ibid.*) todo el peso y la decisión de la demanda: lo que el niño pide se convierte en ley. La madre, entregada a satisfacerlo, tapona su deseo de mujer con el hijo.

La cuna del lenguaje no siempre deja dormir.

Jugando a muñecas

De pequeña acunaba amorosamente a mis muñecas, a las que alimentaba, vestía, y bañaba una y otra vez a pesar de las advertencias, dado que el material del que estaban hechas no permitía mojarlas.

El amoroso e insistente baño rompió, no tan amorosamente, la superficie de goma, dejando aparecer el algodón de su interior. El juego cambió entonces de significación y el amoroso cuidado maternal pasó a ser el de una enfermera. Las muñecas/hijas eran ahora pacientes de un hospital de muñecas, con sus extremidades salvadas por gasas y apósitos. Es así que el juego consistía una y otra vez en enfermar y curar, enfermar y curar, en la ambivalencia del amor/odio propia de la perversión infantil. Unos años después, la repetitiva lectura de *Mujercitas* permitió que las fantasías maternales encontraran un feliz desenlace: ya no se trataba de un hospital de muñecas sino de un hogar de huérfanos a mi cargo, siendo yo la audaz Josephine. Se trataba de, fiel al destino femenino de la maternidad dispuesto por FREUD, ser madre. Una madre de todos los niños sin madre. Amoroso cuidado disfrazando el deseo de muerte.

Se evidenciaba así la repetición propia del juego infantil, la marca de la pulsión de muerte: hacer activamente lo sufrido pasivamente. Hija de una madre huérfana, cuyos tristes relatos habían marcado mi infancia por un tener del que ella había carecido —extraño sentimiento el de envidiarme por tener una mamá que era ella misma—, me transformaba en el juego, a través de su espontánea curación, en madre de mi madre.

Años más tarde, lecturas sobre el juego en la infancia me permitieron saber que ese «jugar a las muñecas» que marca un prolongado período en la vida de las niñas no es reflejo de ningún instinto maternal, sino que, por el contrario, es reflejo de la apasionada y desmedida relación entre la hija y su madre, relación calificada como de *estrago*.

Estrago del incesante reproche a la madre a la que no se le soporta su condición de faltada.

Es decir, la niña que juega apasionadamente con sus muñecas no muestra su deseo de ser madre sino su necesidad de elaborar la difícil relación con su propia madre.

Ese estrago evoca la madre —ausente— de los cuentos infantiles representada por una madrastra cruel, estrago que nos conduce hasta la figura de Medea—figura no solo mítica sino tan real como actual—.

Quien reivindique el armonioso y pleno vínculo de amor madre/hija encontrará este término como un sacrilegio. Pero tanto las experiencias de la clínica como una mirada hacia nuestro interior nos hacen proseguir por este camino, que nos lleva al malentendido: se nace malentendido en tanto hijo/hija del lenguaje y del equívoco. Se nace malentendido en tanto no se es fruto del instinto (materno) sino producto de un deseo cuyo objeto se desconoce. Se nace malentendido en tanto una mujer —que no es igual a una madre— puede querer embarazarse, puede quererlo incluso tanto (solo embarazarse) que el hijo que nazca le sea indiferente. Embarazarse no es igual a ocuparse de un hijo. Se nace malentendido en tanto que, si el vástago no cumple con el ideal narcisista, es abandonado. O incluso eliminado.

El imposible apego

Penélope —así la llamo— me hace una consulta telefónica después de haber dado a luz. Nos habíamos conocido en algún curso de psicoprofilaxis del parto al que ella asiste como psicopedagoga. Me había visto embarazada. Se queja de que el bebé no come y quiere hablar conmigo sobre ello. La recibo. Se debate entre alimentarlo cuando pide o seguir un horario estricto. Teme que el niño se debilite si espacia las tomas, pero dice: «Si no le doy lo que me pide temo que me coma a mí».

No es metafórico para Penélope.

Una erupción en la piel del niño la lleva a la consulta del pediatra, que la interpela con el cuerpo desnudo y casi sin vida —dice— del niño en sus brazos: «¿Por qué no lo traje antes? ¡Este niño es incurable!».

Su madre, su marido y el pediatra le dicen: «Ocúpate de tu hijo».

Ella está horrorizada. «Este niño es como un globo. Se infla y se desinfla. Si no lo alimento me come. Me gustaría verlo y cogerlo pero cuando me lo traen no puedo estar con él. Cuando veo que no llora, que no me habla, tengo sensación de morirme. Lo veo roto, destrozado. Que no tiene ganas de nada, como yo. Lo veo en pedazos. Si le miro la cara, el resto del cuerpo no existe».

Es frecuente que al parto le suceda un período de depresión ya conocido como depresión puerperal.

No es el caso. Se trata aquí no de una depresión pasajera sino del desencadenamiento de un cuadro melancólico. La brusca y desesperante

pérdida del ideal que acompañaba la esperanza del hijo. Un hijo al que llamaré Ulises. «Yo quería que fuera alguien de éxito. Cuando lo concebí era mi deseo. Queríamos que fuera un rey y es un psicótico. Es mi culpa. Lo he perdido. Mi rey se ha marchado. Es mi culpa. Está muerto psíquicamente. Es una mierda».

Comienza entonces a escuchar voces que le exigen: «Devuélveselo a tu madre o mávalo»; «Este niño no te pertenece». Un sueño con múltiples imágenes religiosas la lleva a buscar consuelo en un sacerdote. Son palabras del sacerdote: «Es más larga la sombra de la cruz que la cruz misma», evocando la fuerza de lo imaginario que se ha apoderado de Penélope.

La presión familiar y social buscaba restablecer la unión madre/hijo, insistía en la necesidad de que la madre no se separase de la criatura. La perspectiva del psicoanálisis, por el contrario, al reconocer la presencia de deseos filicidas (que afortunadamente el sacerdote no desconoce), puede indicar la necesaria separación.

Me pongo en contacto con el sacerdote. Se produce entre el sacerdote y yo misma una suerte de alianza terapéutica que permite que ceda en Penélope el empuje a la búsqueda de un apego imposible. Fue necesario un tiempo de análisis y de acompañamiento para que ella aceptara un ingreso hospitalario en su pueblo natal, en la proximidad de su madre, mientras Ulises era atendido por el padre.

Esto ocurrió hace ya más de treinta años y aún tengo presente su angustia. Y mi sensación de impotencia.

Posteriormente, conceptos como *el amor forzado* (BADINTER, 2004) me ayudaron a entender que el apego, como el amor, es fruto de un encuentro. No hay forzamiento posible.

¿De dónde vienen los niños?

«Nuestra época es la primera que siente el cuestionamiento de todas las estructuras sociales por el discurso de la ciencia» (LACAN, 1975). En el tema que nos ocupa, este cuestionamiento apunta tanto a la estructura de la familia —que se multiplica y diversifica— como a la procreación —independiente cada vez más del coito—. El destino sexual también está cuestionado e intervenido, recibiendo como respuesta la transexualidad. Cada vez más tempranamente.

Interrogarse acerca del origen, así como acerca de la *fabricación* de los niños, es tanto una importante tarea científica como la mayor curiosidad intelectual infantil, animada por una esperanzada investigación. La ficción de la ciencia y la ficción infantil se encuentran.

FREUD elabora, a partir de sus observaciones clínicas de 1915, las *Teorías sexuales infantiles*, con las que el sujeto intenta responder a partir de sus ideas y sus vivencias corporales cómo se han hecho y cómo han venido al mundo sus semejantes. La *escena primaria* o escena del coito de los padres será buscada con obstinación y algunos detalles, algunos restos, serán empleados cual masa madre «para alimentar dichas teorías». Aunque, palabras del mismo autor, todas yerran de un modo grotesco, cada una de ellas aporta un trozo de verdad. Dichas teorías, inconscientes, permanecen casi sin modificación a lo largo de la vida. Soportan no solo la prueba del encuentro sexual sino la información que con tanto empeño dan los educadores, convencidos de que es posible educar la pulsión. Mas siempre hay algo de la pulsión que permanece ineducable. En cuanto a la ignorancia en materia de sexo, apasionada ignorancia, el reproche oído en los divanes, es unánime: «Mis padres nunca me enseñaron nada». ¿Es que acaso debieron hacerlo?

Despejemos la ignorancia sobre algunas de estas teorías tal como fueron escuchadas por FREUD, teniendo en cuenta que, uno a uno, cada sujeto infantil puede aportar nuevas y variadas conclusiones sobre el encuentro de los sexos.

- 1) Se atribuye a toda persona el órgano genital masculino.
- 3) El niño es expulsado como un excremento.
- 4) El coito es interpretado como un acto sádico.
- 5) Los casados orinan uno dentro del otro o se intercambian fluidos diversos.
- 6) Se enseñan mutuamente el trasero sin avergonzarse.
- 7) La concepción mediante un beso o palabras de amor es una teoría exclusivamente femenina.

En el acceso a la maternidad, restos de estas teorías sexuales, material inconsciente de la neurosis, nos acompañan en el encuentro con el otro sexo.

Así como carecemos de representaciones acerca de nuestra muerte, experiencia intransmisible y siempre postergable imaginariamente, pues la muerte siempre es la muerte del otro, menos sabemos acerca del origen. Desconocimiento velado por la invocación al milagro divino.

Articular origen, sexualidad y procreación es empeño de la ciencia, al que nuestro inconsciente resiste. Valga como ejemplo —que no es único— el de la joven muchacha que se acuesta con tapones en los oídos para evitar un embarazo. No es banal que, el superyo, instancia psíquica que *administra* la ley, sea de origen auditivo.

Bien lo suponía COLLODI cuando inventó a Pepe Grillo. Mejor aun cuando, previo al discurso de la ciencia, crea la figura de Pinocho engendrado por un deseo materno masculino y humanizado por el deseo femenino de un hada.

A partir de la pregunta por el origen es posible tanto el conocimiento como sus inhibiciones y las formas del conocimiento evocarán la prohibición y la transgresión: el acceso al saber sobre la sexualidad está de entrada prohibido. El sujeto ha de encontrar sus propias vías para, atravesando dicha prohibición, llegar hasta donde le sea posible. Se encontrará luego con otra prohibición: la de comunicar lo aprendido, la de transmitir el secreto.

«Ahora lo sabes, pero no puedes contárselo a nadie».

Tiempo extraño el actual en el que se anticipa la información sobre la sexualidad en las aulas, siendo postergado el develamiento de mitos tales como el de los Reyes Magos. Intento de prolongar la omnipotencia de los progenitores. En este tiempo del «imperio del vientre» (IACUB, 2004), el *penis-neid* está en desuso. El hijo, ese heredero del narcisismo de los padres, se convierte en un objeto más de uso y consumo, pero sigue siendo ese desconocido pendiente de simbolizar a pesar de las múltiples ecografías.

Manuela, a sus 35 años, universitaria, se sorprende y recibe la noticia de su embarazo con la mayor incredulidad. Ni lo tenía pensado. Ni siquiera fantaseado, dice. Interrogada acerca de sus relaciones sexuales, continúa infantilmente sorprendida. La relación entre coito y embarazo —que reconoce racionalmente pero a la que no da crédito— la ha dejado completamente trastocada. Como si hubiera estado jugando y desconociendo las consecuencias de su acto.

No sabe de dónde vienen los niños igual que aquellas adolescentes embarazadas que habiendo recibido toda la información necesaria para

protegerse de un embarazo no deseado eluden dicha información, poniendo a prueba sus propias creencias neuróticas.

Nadie quiere aceptar que el emperador está desnudo.

¿De dónde vienen los niños? La única respuesta verdadera a esta pregunta es que vienen de un sitio al que no deben volver.

Amor y empoderamiento

En lo que respecta a la familia, a pesar de la multiplicación y variedad, se sostiene en la idealizada nostalgia por la familia conyugal y en el sueño de una autoridad paterna hace tiempo cuestionada.

En cuanto a las madres, en tanto no hay instinto que las determine, son *hijas* de su época, producto de una ideología de la crianza (LACAN, 1938) que sostiene el patriarcado.

Estas «patologías de la crianza» se dedican, en los últimos veinte años (o más), a adoctrinar a las jóvenes madres para someterse a sus criaturitas, a través del vínculo de la lactancia reivindicada en su *naturaleza*.

Maternidades construidas en el inconsciente sobre el trasfondo de la inexistencia de la mujer: no hay un modelo que nos permita saber qué es ser una mujer.

Ni qué es una madre. Los modelos, los protocolos, solo nos protegen de la angustia.

Faltando ese saber construimos a la madre, una madre que hace sus hijos con la ciencia-ficción —y con las teorías sexuales infantiles, los hijos del cuerpo no agujereado—. Fritz, paciente de Melanie Klein, está preocupado e interesado por saber cómo y de qué se hacen los niños. En un diálogo con su analista le manifiesta: «Me gustaría tanto ver cómo se hace un niño...», y luego: «¡Me gustaría hacérselo a mamá!». M. K. le dice: «Eso no puede ser, mamá no puede ser tu esposa porque es la esposa de tu papá». Entonces dice Fritz: «¡Entonces podríamos hacérselo los dos a ella! (KLEIN, 1964).

Una maternidad cuyo poder es disputado, negado, enaltecido. Las consecuencias del uso de ese poder, con frecuencia dramáticas. Un poder que en las actuales maternidades va indisolublemente ligado a la lactancia, quedando el valor erótico y sexual del pecho negado.

Una maternidad que ya no representa a la mujer en tanto que esta está dividida —afortunadamente— en su ser de mujer y su ser de madre.

Y su deseo de mujer, su deseo de ser deseada, no concuerda bien ni con la reproducción de la familia ni con la dominación masculina.

Asistimos a un orden nuevo que deja lugar al deseo de hijo sin pasar por el deseo de un *partenaire* sexuado. Aunque persistiera la ecuación pene/niño y se sostuviera la fórmula *penis-neid...*, no parece haber muchos candidatos a sostenerlo. Las inquietudes trans están ahí para dar cuenta de ello.

La dominación masculina se sostiene en la familia y se prolonga con la satisfacción materna en la lactancia ilimitada. Creemos que la madre debe saber y transmitir que la lactancia es finita. El pecho, mientras es para la hija/el hijo, pierde temporalmente su naturaleza de objeto erógeno.

Al mismo tiempo que esa naturaleza se recupera, el vínculo madre/niño/pecho va concluyendo.

Las buenas/nuevas madres cimentan su poder en la fantasía de una lactancia infinita. Y en el mágico poder del pecho. Poder que se reclama para enfrentar al patriarcado. Es así que se proclama: «La maternidad empoderada es cualquier práctica maternal que busca desafiar los aspectos de la maternidad como institución patriarcal opresiva» (ZAFIROPOULOS, 2010). ¿Será necesario aún empoderarse? ¿No sería mejor reconocer que de lo que se trata es precisamente de la omnipotencia materna, de la madre como dueña de los *medios de producción* del amor? ¿La que posee, distribuye, da o no da? ¿La que transmite —o no— la capacidad de amar? Cómo limitar ese poder, sabiendo que «la madre es una mujer a la que suponemos ya en la plenitud de sus capacidades de voracidad» (LACAN, 1956).

*¿Cómo se hacen? El verdadero incesto es para ambos
sexos, gozar de la madre*

Isabel, a sus 50 años, acaba de ser madre primeriza.

Ha tenido un hermoso bebé por inseminación artificial. Todo ha ido tan bien como esperaba desde sus 30 años, cuando ya anunció que quería ser madre soltera, prescindiendo del encuentro con un hombre.

Sabemos que la ciencia introduce un sinfín de posibilidades, posibilidades que, dependiendo de la estructura subjetiva, se transforman en obligación.

Los deseos maternos se multiplican y dan cuenta no solo de que madres hay más de una, sino que, tras el enunciado de deseo materno se esconden significaciones que solo pueden conocerse una a una.

Isabel viene a verme porque su felicidad se ensombrece por la mala relación con su madre y hermanas, que no la ayudan como esperaba. En el seno de la familia este nacimiento no tiene la importancia que ella esperaba que tuviera, nadie ha festejado el acontecimiento, que, por otra parte, transcurrió con total normalidad.

Isabel nunca había destacado ni se había tenido hacia ella ninguna consideración en particular. Esperaba que este niño, nacido de un embarazo poco frecuente y en un momento de su vida inesperado, le diera un nuevo lugar en la familia, le proporcionara un nuevo nacimiento. La queja más insistente es que no recibía ayuda de nadie de la familia. Ella escucha entre líneas... «Si fuiste tan valiente para traerlo al mundo, ahora carga sola con él». Ella no ha querido padre para su hijo. Bueno, más exactamente no ha querido padre exogámico, o sea, ha elegido como padre imaginario a su abuelo, el único hombre reconocido. Carencia de padre real y un deseo materno ilimitado: su cuerpo entero entregado al niño que se ha convertido en un objeto acompañante que le permite eludir sus fobias y dedicarle la jornada completa. Tiene planeado amañarlo bajo demanda y esa es la perfecta excusa para compartir el lecho conyugal. Bromea acerca de la posición de amante de Ismael, su hijo. La cuestión no es la lactancia materna sino su utilización. Bienvenida la lactancia materna. Con al menos dos condiciones: que lo que se desea sea el pecho y no todo el cuerpo —a condición de que la madre perciba que puede separarse ella misma del pecho de forma transitoria y que tenga conciencia—, y, por lo tanto, lo sepa transmitir —de la finitud de la fuente—. A condición de que el niño no sea un apéndice, prolongación del cuerpo materno, y de que la madre le permita separarse, no solo físicamente en la autonomía de los desplazamientos, sino subjetivamente, en la adquisición de la palabra.

Es ingenuo —o hipócrita— sostener la disyunción entre la sexualidad y la crianza, enarbolando la creencia en unos cuidados referidos exclusivamente a las necesidades fisiológicas. El cuerpo entero es una zona erógena y los cuidados del cuerpo no pueden no llevar esa marca.

En la que la demanda supone la intervención de la palabra, y aquí volvemos al malentendido, pues la ambivalencia primordial, propia de toda

demanda, es que en ella está igualmente implicado que el sujeto no quiere que sea satisfecha. El sujeto apunta así a la salvaguarda del deseo.

Aquí es donde el padre, sea por su presencia real o por cualquiera de sus variaciones imaginarias o simbólicas, debe hacer oír el *no*.

La eficacia simbólica del psicoanálisis es evidente a condición de que el analista intervenga en lo real: aliente, oriente y sostenga la palabra.

Más Isabel no quiere oír. Comparte con Ismael el lecho conyugal en el que se funden en amoroso abrazo..., a condición de que su amado haga de la succión su actividad preferida.

Se trata del modelo parasitario inherente a las necesidades del lactante, interpretado el vínculo como un vínculo fusional. Este regazo materno, de inocente apariencia, ejerce un fuerte dominio, quizá el más fuerte, sobre nuestra subjetividad, promoviendo lo que FREUD llamó «eternos niños de pecho». Tanto el apego como la lactancia forman parte de la *naturaleza* misma de la relación con la cría humana, desamparada e inermes. Pero dicha cría humana no es equivalente a un mamífero animal. Es un ser atravesado por el lenguaje en quien el registro de la pura necesidad ha hecho su desaparición en la medida en que ha entrado en el lenguaje. La necesidad en la cría humana es demanda y la demanda entra en el circuito de la presencia y ausencia del otro y la modulación de su respuesta. Isabel no puede simbolizar a su hijo más que como un lactante apegado a su cuerpo, reproduciendo, en un exterior dudoso, el modelo de vida intrauterina.

Si bien Isabel necesita ayuda, paradójicamente cualquier intervención exterior es rechazada y vista como una amenaza.

Este hijo, en su calidad particular de embrión, es un objeto sobre el cual se desplegarán múltiples fantasías sobre el origen. Fantasías que solo se apaciguan en un primer tiempo en este intento de fusión carnal. Reconocer a este niño para el cual carece del amor en la gestación y para el cual habrá de encontrar un amor posible no sin analizar su rechazo al hombre será el arduo trabajo de muchas sesiones, en las que la negación constituye una defensa que no sabía si podríamos atravesar.

La cura se ve interrumpida a partir del anuncio de una intervención en la boca del niño, intervención muy frecuente hoy en día. Para que la succión sea aún más *eficaz*, pues Ismael no abre suficientemente la boca.

La censura entrevista en la mirada y el gesto de la analista la hacen decidir: decide no continuar las entrevistas, pues percibe que la unidad madre/hijo corre peligro.

Sí a la succión, no a la palabra.

Sin embargo, unos meses más tarde, Isabel retorna, atemorizada ante el escaso desarrollo del lenguaje en Ismael. Este período será el del destete, destete que es siempre, en primer lugar, el drama de la madre.

Se trata del encuentro de dos demandas: la demanda de ser alimentado y la demanda de la madre de que el niño se deje alimentar. La demanda, como afirma LACAN, si es entendida como pura necesidad fisiológica, tiene un destino de fracaso. ¡Pues la demanda no quiere ser satisfecha!

Si es tratada como pura necesidad, se aplasta el deseo vehiculado por ella, deseo del cual da buena cuenta la anorexia.

He aquí el gran malentendido que acompaña a todas las ideologías de la crianza, crianza en la que queda expuesto, más que en cualquier relación, el empuje patológico a hacer de dos uno.

Bibliografía

- BADINTER, Elisabeth (1992). *¿Existe el amor maternal? Historia del amor maternal. Siglos XVI-XX*. Barcelona: Paidós.
- FREUD, Sigmund (1981a). *Las teorías sexuales infantiles. Obras completas*. Tomo II. Madrid: Biblioteca Nueva.
- (1981b). *Lo siniestro. Obras completas*. Tomo III. Madrid: Biblioteca Nueva.
- IACUB, Marcela (2004). *L'Empire du ventre. Pour une autre histoire de la maternité*. Paris: Fayard.
- KLEIN, Melanie (1964). *Contribuciones al psicoanálisis*. Buenos Aires: Ediciones Hormé.
- LACAN, Jacques (1978). *La familia*. Barcelona; Buenos Aires: Argonauta.
- (1980). «Discurso de clausura». En Maud MANNONI (coord.), *Infancia alienada*. Madrid: Saltés.
- (1984). *El seminario de Jacques Lacan. Libro 4. La relación de objeto*. Barcelona; Buenos Aires: Paidós.
- ZAFIROPOULOS, Marcos (2010). *Dicen que dijeron de lo social. Cinco ensayos de antropología psicoanalítica*. Barcelona: Psicoanálisis y Sociedad.

IV.IV
LA ANGUSTIA MATERNA

Catherine Galaman
Colegio oficial de Psicología de Cataluña

Resumen. ¿Qué puede decir el psicoanálisis de orientación lacaniana sobre la angustia presente en la experiencia de la maternidad? Escuchando a mujeres, desde la clínica psicoanalítica, constatamos el sufrimiento materno que se manifiesta en particular con estados de angustia. Los medios de comunicación y el discurso social transmiten una imagen ideal, vinculada con la felicidad de la maternidad. Tener un hijo y ser madre se vuelve un imperativo que una mujer tiene que satisfacer. Sabemos desde nuestro enfoque que la maternidad puede volverse una pesadilla.

En el transcurso de la experiencia particular de cada mujer, devenir madre puede conllevar estados de sufrimiento. Algunas mujeres viven difícilmente este momento a pesar de haberlo elegido. Ser madre no está programado de manera universal. Estas manifestaciones de malestar tienen que ver con la presencia del inconsciente, ser madre remite siempre a la propia madre y no tiene manual de instrucciones. La procreación, el embarazo, el parto y el encuentro con el niño pueden dar lugar a estados de angustia. La experiencia de la maternidad enfrenta a una pérdida, al no saber y a un imposible, en contradicción con lo habitualmente transmitido.

Palabras clave: angustia, maternidad, psicoanálisis

Abstract. What does Lacanian psychoanalysis have to say about the anguish present in the experience of maternity? From listening to women in a psychoanalytical clinical setting, we find the maternal suffering that manifests itself in particular with states of anguish. The media and social discourse transmit an ideal image linked to the happiness of maternity.

Having a child and being a mother becomes an imperative that a woman has to comply with. Our approach shows us that maternity can turn into a nightmare.

In the personal experience of each woman, becoming a mother can lead to states of suffering. Some women find this experience difficult, despite having chosen it. There is no one preordained way of being a mother. These manifestations of uneasiness are related to the presence of the subconscious, being a mother always invokes the woman's own mother and there is no instruction manual. Procreation, pregnancy, birth and meeting the child can give rise to states of anguish. The experience of maternity faces a loss, a not knowing and an impossibility, which contradict that which is habitually transmitted.

Keywords: anguish, maternity, psychoanalysis

¿Qué puede angustiar en la experiencia de la maternidad?

Los medios de comunicación y el discurso social transmiten una imagen ideal de la maternidad vinculada con la idea de felicidad.

En nuestros días constatamos que tener un hijo, devenir madre, es un imperativo al cual toda mujer tendría que aspirar para ser una verdadera mujer. Es lo que escuchamos de las mujeres que vienen a consultar por sus padecimientos delante de la maternidad.

Entonces es bastante difícil para una mujer diferenciar su deseo y lo que se impone como una exigencia que satisfacer. Las mujeres están atrapadas por los ideales del éxito a cualquier precio y por la felicidad generalizada. Se podría pensar que el deseo de maternidad testimonia una exigencia equivalente al éxito de una mujer como una especie de sublimación de la maternidad.

Además de ser madre, una mujer debe ser perfecta: llevar un embarazo sin trastornos, dar a luz sin problemas, ocuparse feliz de su hijo, dar el pecho y reincorporarse rápidamente al trabajo.

«Los imperativos del discurso del capitalismo tienen efectos en la maternidad con sus criterios de eficacia, producción y performance» (SOLANO-SUÁREZ, 2014: 65). El cuerpo de las mujeres sube a escena con otros sufrimientos, dando lugar, a veces, a una maternidad de pesadilla.

Así, vemos aparecer nuevos síntomas. «El dolor que se ha echado de casa vuelve por la ventana tomando la forma de un *dolor moral*». El deseo de «un niño cuando quiera, como quiera», se hace bajo un imperativo, que abre para las mujeres una hiancia, la hiancia de la falta donde se dejan engullir.

Sufre por no ser una buena madre, al no conseguir ser una madre perfecta, tal como se supone que tendría que ser. Estamos en una época donde las madres están desorientadas, entre un cierto esplendor del poder y una misión imposible.

Asistimos a toda una corriente creada para que cada una de ellas pueda dar su testimonio de las dificultades encontradas en su experiencia con la maternidad. Han tomado la iniciativa de escribir, no solamente para que se las entienda, sino también para animar a otras mujeres a salir de su aislamiento con el fin de encontrar las palabras capaces de expresar lo indecible de su dolor y de sus sufrimientos. Se han creado numerosos sitios web y blogs y se han publicado numerosos libros, y las revistas dedicadas a las mujeres dan constancia de ello. Sus testimonios nos enseñan y escuchándolas también nos esclarecen sobre las dificultades que van encontrando a lo largo de su proceso.

Si no hay maternidades gloriosas tampoco hay una concepción de un instinto materno. El amor materno no está programado. El encuentro de una madre con su hijo es capaz de no despertar en ella un impulso materno. Desde la maternidad idealizada aparece el desencanto de las madres, la maternidad confronta buenos y malos encuentros.

Al asumir el estado de ser madre una mujer debe hacer frente a lo que el nacimiento desvela de imposible.

En nuestra sociedad hipermoderna e hipernarcisista, tal como la define Gilles LIPOVETSKY en *La era del vacío*, de 1986, podemos escuchar la divisa para las mujeres que quieren dar a luz: «ningún dolor, tu querer y tu deseo antes que todo, tu placer y tus elecciones mandan», como si el acceso a la maternidad pudiera bañarse en las aguas cristalinas del principio de placer. Podemos constatar que el dolor erradicado por el progreso de la ciencia retorna bajo otros rostros.

¿Cómo se expresa el sufrimiento en la travesía de ser madre? ¿Cómo nombrar este tipo de padecimientos maternos?

Sabemos de los síntomas identificados y determinados por la clínica médica y psiquiátrica, como depresión o psicosis puerperal normal o patológica. No obstante, sin que sea patológico, nos encontramos a menudo

con lo inasible, lo inefable de la maternidad en sus múltiples facetas relativas a los misterios que aparecen en el transcurso de la experiencia particular de cada mujer. Estados que pueden aparecer en todo tipo de mujeres:

En la primeriza o en la madre que ya tiene otros hijos. En la que no lo ha deseado o en la que lo ha deseado. En la mujer sola o en pareja. En la mujer joven o más mayor. En la que tiene un parto fácil o la que lo tiene más complicado. En la que da el pecho o en la que da el biberón. En la de temperamento alegre o, al contrario, triste. En la mujer realizada profesionalmente o en la mujer ama de casa (SOLANO-SUÁREZ, 2014: 69).

Las distintas historias y sus contingencias dan constancia de que la maternidad no se puede abordar desde una norma universal. Más bien aparece, lo imprevisible intenta nombrar lo innombrable. La llegada al mundo de un niño sin que sea forzosamente el primero hace surgir un encuentro con lo indecible.

Constatamos que la angustia suele asomarse en la experiencia de la maternidad.

Estas manifestaciones que aparecen en cada madre tienen consecuencias para ellas y para el niño. Son manifestaciones de la presencia del inconsciente.

Dentro de las cuestiones cruciales que podemos observar, hacemos hincapié en la cuestión del cuerpo. Para una mujer, la procreación, el embarazo y dar a luz ponen en primer plano la relación con el cuerpo. El lugar y la escena del acontecimiento es el cuerpo.

La procreación

Asistimos a un auge de las angustias que suscita tener que recurrir a la ciencia, que ofrece sus continuas nuevas técnicas de procreación. Constatamos el impacto del protocolo, la duración, el cansancio, enfrentarse a un proceso muchas veces apremiante, dando lugar en ocasiones a una espera insostenible, sin contar con los fracasos y sus consecuencias. Cuando todo se vuelve posible, no se sabe dónde poner el límite, provocando angustia, la angustia que surge del progreso de la biología.

El embarazo

El embarazo, para una mujer, supone poder renunciar al narcisismo de la buena forma de la imagen del cuerpo. El ideal materno viene a investir el cuerpo, pero no es siempre el caso. A veces el niño puede ser vivido como un cuerpo «extraño, amenazante e inquietante». Durante el embarazo encontramos mujeres con una sintomatología de vómitos, de rechazo, que, a pesar de todo, no les impide seguir adelante con el embarazo. Por otra parte, el niño puede ser investido de amor y deseado sin que la presencia en el interior del cuerpo de la madre sea signo de plenitud y de bienestar.

El embarazo puede provocar angustia, expone a cada mujer a cambios en su vida, la transformación de su cuerpo. Se interroga y se preocupa por no lograr asumir este nuevo cuerpo que irá engordando, hecho que no deja de ser enigmático. Miedos, sufrimiento por perder su imagen ideal. El cuerpo se convierte en el lugar donde se instalan las angustias ligadas a los cambios en la gestación, vividos como una deformación. Por otra parte, una inquietud puede surgir en el pasaje de hija a mujer. Estar embarazada suele ser, en la vida de una mujer, el fin de una etapa y el principio de otra. Por otra parte, encarna una pérdida del ser. Este pasaje complejo de hija a mujer remite siempre a la relación de la hija con su madre.

En ocasiones, observamos una oscilación entre encantamiento y espanto, la completitud eufórica del vientre lleno, como equivalencia fálica del niño, como respuesta inconsciente, y el horror cuando se vive como un parásito interno desarrollando toda clase de angustias. «En el útero de la mujer el niño es parásito, y todo lo indica [...] por el hecho de que las cosas pueden ir muy mal entre este parásito y este vientre», dice J. LACAN en *L'insu que sait de l'une-bévue s'aile à mourre* (1976-1977).

Por lo que, en algunas mujeres, durante el embarazo, la vida incipiente provoca estupor al vivir el feto como un cuerpo extraño. Estas vivencias provocan manifestaciones de angustia.

En la actualidad la maternidad está muy valorada en la vida de las mujeres, con la ciencia empujando y ayudando a la procreación; tener un hijo se vuelve una elección. A pesar de todo, algunas mujeres viven difícilmente este período y son prueba de ello. A pesar de realizar su más íntimo deseo, viven su embarazo y el encuentro con el hijo como un momento difícil.

El alumbramiento

Para una mujer dar a luz puede ser una circunstancia que haga tambalear la unidad imaginaria del cuerpo.

«¿Cómo un cuerpo en tanto que envoltura para dar nacimiento a otro cuerpo puede después cerrarse sin hacerse pedazos?» (SOLANO-SUÁREZ, 2014: 75).

El alumbramiento es una experiencia que agujerea, en algunos casos puede poner al desnudo el agujero que recubre la imagen del cuerpo. Puede notar el agujero por el cual pasa el hijo y al mismo tiempo sentirse aspirada por él.

El inconsciente de las mujeres no sabe nada del alumbramiento. Pueden aparecer sueños, representaciones que toman significación de alumbramiento, sin que el alumbramiento sea representado.

Estos casos cada vez más frecuentes revelan que el alumbramiento agujerea y que de este agujero surge la inadecuación, la falta de armonía natural de la pareja madre-niño.

El encuentro con el niño

Una mujer debe poder responder a las peticiones del niño que acaba de nacer, una palabra acompañada de un gesto. La madre ocupa el lugar del otro materno. El llanto de su hijo tiene que entrar en el circuito de la demanda. A partir del momento que pueda interpretar el grito, transformándolo en llamada, le dará la significación de la demanda. Ella introduce, así, al pequeño en la humanización de sus necesidades, a través de sus deseos y de la modulación de sus palabras. La madre hace valer el vaivén de su presencia y de su ausencia introduciendo la presencia de lo simbólico, en tanto que tiene el poder del don.

Las respuestas y los dones no están programados. Da en función de las circunstancias, más bien lo que no tiene, en la medida en que la experiencia de la maternidad la enfrenta no a lo que tiene (seno, pecho, o biberón, pañales o mimos), sino a lo que le falta, lo que no tiene. Puede representar también el otro de la demanda de amor dando su amor.

Una madre que no sabe si será capaz de ocuparse de su hijo se angustia en cuanto grita. No sabe qué hacer para calmarlo, se da cuenta de que provoca lloros más fuertes.

Si no consigue calmar al niño, a largo plazo, la situación puede rápidamente volverse un drama: «Tengo un problema con los lloros, el llanto, en cuanto mi hija llora me duele la barriga..., no sé qué hacer con este bebé, tengo la sensación de no tener el descodificador».

La ausencia de descodificador o de manual de instrucciones implica que toda mujer se encuentre en posición de inventar en cualquier momento la respuesta materna.

Otras madres son prueba del agotamiento materno con respecto a las demandas del niño. Ante los cuidados del recién nacido, un hecho destacable es que se suelen angustiar como esta mujer, que ha deseado ser siempre madre y se verá sobrepasada por la angustia delante del nacimiento de su hijo. Puede relatar el calvario conocido de algunas madres de la falta de sueño. Poco a poco se puede sentir agredida hasta volverse maltratadora.

«Estar demasiado presente», respondiendo demasiado rápido a las demandas, sentirse «demasiado llena como madre», produce para los hijos y de forma paradójica «una falta de madre».

Los estados de angustia con respecto a las demandas la llevan a querer responder inmediatamente a sus solicitudes, al querer colmarlo toda la falta desaparece, lo que ocasiona un aumento de la angustia.

En la medida en la que está a su servicio día y noche, se vuelve para ella el agente de su padecimiento. En este caso, el niño colma y angustia, volviéndose la fuente de un sufrimiento sin límite. El miedo a hacerlo mal le hace sentirse culpable.

El amamantamiento

El amamantamiento puede ser fuente de angustia. Otra madre, amamantando a su bebé, siente una angustia de devoración: «Me devoraba literalmente. Me vampirizaba. Me quitaba a cada toma mi sustancia vital».

Se ve confrontada a la falta de saber ante este ser que es su hijo, que la interpela, como madre y como mujer, puede llevarla al sin límite algo del orden del estrago. Si se interroga sobre sus sufrimientos y quiere saber lo que le ocurre, puede decidir consultar con un profesional para sobrepasar lo que le atormenta y encontrar la causa de su padecimiento, que la remite a su propia historia.

Para finalizar

Una mujer, al hacerse madre, lejos de encontrar una satisfacción sosegada en su relación con el niño objeto de su deseo, puede, sin embargo, experimentar un estrago, siendo engullida, extraída de ella misma por un goce enigmático, fuera de sentido.

Una mujer ante el encuentro con el niño pone a prueba su división entre madre y mujer a partir de la cuestión de la falta y del deseo.

Madre y mujer se oponen. Tiene efectos en la vida de una mujer sobre todo si el hijo viene a colmarla y la satisface por completo, desapareciendo como mujer deseante en el seno de la pareja. No hay que confundir maternidad y feminidad para no hacer de la maternidad una idealización de la mujer. La feminidad es singular para cada mujer y no deja de ser enigmática. No hay un retrato estándar como pueden hacer creer los estereotipos de las revistas o las fantasías de algunos hombres.

Se deduce que la madre jamás podrá dar las respuestas necesarias, a falta de la relación *natural* al niño que, para los seres que hablan, no se escriben de antemano las respuestas que se tienen que dar. Para cada una se abre la posibilidad de inventar frente a este imposible una manera singular de ser madre para cada uno de sus hijos, en la medida en que cada hijo la pondrá a prueba de forma diferente en cuanto mujer deseante y faltante.

La falta de instinto en los seres hablantes los convierte en desorientados en tanto que padres y en tanto que madres. Al no saber lo que tienen que hacer responden la angustia, la culpabilidad, los síntomas y el estrago.

La angustia no existe sin objeto, solo nos queda buscarlo. La más frecuente responde al servicio fálico, al servicio sexual del niño, ya sea erótico o narcisista. Sabemos que el hijo puede movilizar la angustia de castración en la madre y bajo múltiples formas: es frecuente la angustia de perder al niño, la angustia de su muerte, y, de forma más cotidiana, la angustia de privarlo, de tener que exigirle. Es la angustia de renunciar a una satisfacción por parte del niño y por parte de la madre, después de haber soñado con el niño ilimitado.

Los índices clínicos los buscamos en la angustia de las madres, la angustia que padecen: «[...] las madres angustiadas son numerosas, hasta tal punto que si alguna nos dijera que no se ha angustiado por sus hijos lo encontraríamos raro» (SOLER, 2001: 177).

Bibliografía

- ANSERMET, François (2015). *La fabrication des enfants un vertige technologique*. Paris: Odile Jacob.
- BONNAUD, Hélène (2015a). *Le corps des femmes. Les Nouvelles Mères-Crocodiles*. Paris: La Cause Du Désir.
- (2015a). *Le corps pris au mot, ce qu'il dit, ce qu'il veut, Grossesse*. Paris: Navarin Le Champ Freudien.
- LACAN, Jacques (1976-1977). *L'insu que sait de l'une-bévue s'aile à mourre*. Le Séminaire Livre XXIV inédit, leçon du 16 novembre 1976.
- LIPOVISKY, Gilles (1986). *La era del vacío*. Barcelona: Anagrama, Colección Argumentos.
- (2006). *La tercera mujer*. Barcelona: Anagrama, Colección Argumentos.
- MAMAN-BLUES (2010). *Tremblements de mères. Le visage caché de la maternité*. Breuillet: L'instant présent. Disponible en: <www.maman-blues.fr>.
- MANSO, Anna (2013). *La pitjor mare del món*. Barcelona: Columna Edicions.
- MILLER, Jacques Alain (2015). *Le corps des femmes Mèrefemme*. Paris: La Cause Du Désir.
- SOLANO-SUÁREZ, Esthela (2014). *Être mère, des femmes psychanalystes parlent de la maternité, «Maternité Blues»*. Paris: Navarin Le Champ Freudien.
- SOLER, Colette (2001). *Declinaciones de la angustia*. Paris: Collège Clinique.

EPÍLOGO.
EJERCER LA LIBERTAD Y RESIGNIFICAR PREGUNTAS.
EL HILO ROJO ENTRE DISTINTAS EXPERIENCIAS
Y PERSPECTIVAS SOBRE LA(S) MATERNIDAD(ES)

Patrizia Quattrocchi
Università degli Studi di Udine, Italia
Dipartimento di Studi Umanistici e del Patrimonio Culturale

Que este volumen es un «ejercicio de libertad» (CUADRADA, introducción) resulta claro desde las primeras páginas. La libertad de elegir entre distintas opciones, prácticas e intelectuales, aparece con su fuerza epistémica y su *agency* política en todas las perspectivas de análisis presentadas, y en todas las narrativas ofrecidas. En lo práctico, en los diferentes capítulos encontramos los distintos modelos asistenciales sobre el parto y el nacimiento: desde el parto en casa, con su postura no intervencionista y su visión no organicista y estandarizada, hasta las prácticas rutinarias que la institución médica pone en marcha frente a un parto hospitalario, o un aborto espontáneo. En lo teórico, las diferentes posibilidades de pensar, interpretar e imaginar el escenario del parto y del nacimiento, y más allá, la construcción de la(s) maternidad(es), con su múltiples matices, tanto históricos como filosóficos y políticos.

Como antropóloga, estoy acostumbrada a la pluralidad, y me fascina. Durante más de veinte años de trabajo he atravesado culturas, saberes y espacios multisituados con el fin de escuchar experiencias, mediar entre voces múltiples, construir y reconstruir discursos y elaborar metadiscursos. ¿Para qué?, se pregunta BRIGIDI (I.I). Para contribuir a nombrar, compartir, retroalimentar, restituir, redefinir y resignificar procesos que a todas nos afectan en la vida, como es el de nacer. Para comprenderlos mejor en sus múltiples dimensiones, tanto en lo individual como en lo colectivo, a través de un círculo hermenéutico que nunca termina.

Cada una de mis experiencias etnográficas me ha llevado a reflexionar sobre los distintos significados del término *libertad* en el proceso reproductivo: parteras y mujeres lencas (Honduras) que piden espacios sociales a través de sus saberes y prácticas «tradicionales»; parteras y mujeres mayas (México) que expresan su libertad de elegir entre distintos modelos de atención, defendiendo prácticas y saberes locales frente la medicalización creciente del parto; entre estas, la *sobada* —al estudio de la cual me he dedicado durante muchos años—, efectuada cada mes durante el embarazo para «reubicar» el bebé con la cabecita hacia abajo y evitar la cesárea (QUATTROCCHI, 2006). Por no hablar de la libertad (a menudo negada) de elegir entre distintos modelos asistenciales en los países europeos, en los que el acceso al parto domiciliario o en la casa de maternidad no remite solo a una cuestión económica (un gasto privado que en varios países se reembolsa, pero no en todos y no siempre), sino a un acceso simbólico, marcado por un saber hegemónico que —al no prever alternativas— estigmatiza la *devianza* social (desviación social) de «estas locas», que no piensan en la «seguridad» de su bebé (QUATTROCCHI, 2018). Y, finalmente, el complejo y a veces malentendido concepto de «violencia obstétrica», que me ha llamado la atención en los últimos años (QUATTROCCHI y MAGNONE, 2020) —y que tiene que ver con la libertad de gozar de un parto respetado, desde lo físico, lo psicológico y lo simbólico; en otras palabras, de parir sin sentirnos violadas en nuestra intimidad y dignidad, en nuestro cuerpo, y en nuestro proceso—.

En todas estas situaciones que he tocado con las manos (y esperado también, como mamá de dos hijos), la libertad se concretiza en la posibilidad de decidir de manera autónoma y de poder decir algo muy sencillo como: «No, gracias. No quiero esto». Es el legitimar socialmente este «no, gracias» lo que falta. La matriz patriarcal que caracteriza nuestras sociedades occidentales, tan profundas y arraigadas, hace que no queramos o no podamos acostumbrarnos a mujeres que digan simplemente «no, gracias». Más aún, cuando estas mujeres, en el momento de embarazarse, se vuelven «pacientes» (aunque en la mayoría de los casos no estén enfermas). Doble subordinación, pero con la misma matriz, como sabemos.

La perspectiva de género es indispensable para desentramar estas cuestiones, para entender y deconstruir hábitos estructurados y estructurantes —como decía BOURDIEU (2003), producto y productores al mismo tiempo de desigualdades e inequidades—. Tan indispensable es que casi no lo contemplamos en nuestras trayectorias formativas, sean cuales sean

nuestra profesión o nuestro desarrollo personal. Ni siquiera en aquellas profesiones donde la relación interpersonal es fundamental, como entre el médico y el paciente. No es por casualidad, por supuesto; otras solicitaciones teóricas y metodológicas han tenido más suerte al entrar en campos del saber biomédico. Por ejemplo, la visión de la «humanización»: la idea de «mejorar» actitudes, protocolos, espacios relacionados con el parto y el nacimiento para que sean «más humanos» (o ¿menos técnicos?) ha tenido momentos de auge (con sus limitaciones, por supuesto), implementado procesos interesantes en ciertos períodos históricos: pensemos en el caso brasileño al final de los noventa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000). El «género» y su interseccionalidad aún no entran en el discurso médico oficial, sino de puntillas, y a través de sus códigos (como la medicina de género, que impulsa el estudio de los efectos de los medicamentos entre hombres y mujeres). No entra con su fuerza disgregante y revolucionaria, porque este enfoque no prevé la «mejoría» de lo existente, sino la deestructuración de este, la deconstrucción de un sistema de valores establecidos y del cual todas somos parte. Incorporar el eje de género en la visión y en las prácticas del proceso reproductivo es mucho más complejo. Me perdonarán la simplificación, soy consciente de que la «humanización» no es solo esto, pero el mismo discurso vale para pintar de colores una sala de partos y ofrecer una bata morada a las comadronas hospitalarias.

Me parece que el poder decir «no, gracias» marca la diferencia. Y constituye el valor que defender; no solo en cuanto derecho adquirido a través de normas y convenciones, sino como acción política cotidiana. Es cierto que para decir «no gracias» tenemos que «conocer» y «reconocer». El tener que aceptar un proceso, sin acceso a las alternativas (porque no se dan a conocer, porque no se pueden pagar, porque otros deciden por mí, etc.), remite a las distintas cuestiones retomadas en este volumen. Comadronas, antropólogas, psicoanalistas, psicólogas, médicas: todas hablan —con distintas perspectivas— de la jerarquización de los saberes (el profesional sabe, la mujer no), de la medicalización innecesaria, del juicio individual y del prejuicio social. Todas hablan de un «no, gracias», que no se ha expresado/no se ha podido expresar en un momento preciso de la vida. Por ejemplo, durante un congreso académico en el cual no se le ha permitido a una panelista quedarse en la sala amamantando a su hijo (MASSO, I.II). Decidir libremente hacer o no hacer algo requiere el reconocimiento mutuo por parte de los actores involucrados de que existen distintas perspectivas; y de que todas son legítimas, aunque diferentes. En-

tender que dar a luz y nacer son eventos existenciales únicos para la persona que los vive y que la dimensión social y cultural no se puede eludir (ni se hace en la práctica médica: ¿queremos discutir el significado simbólico de la bata «blanca»?) permite superar el enfoque meramente tecnocrático y tecnomédico (DAVIS-FLOYD, 2001) que marca la atención hospitalaria; y considerar el parto, el embarazo y el puerperio como procesos complejos, al mismo tiempo, biopsicosociales y culturales, y no solamente eventos médicos.

¿Qué relación existe entre la perspectiva reduccionista, organicista, patológica e intervencionista que a veces caracteriza nuestra práctica obstétrica y los síndromes depresivos y traumáticos posparto, sobre los cuales se está investigando mucho en los últimos años (CREEDY, 2000; OLZA, 2014; LAPP, 2016, McGARRIE *et alii*, 2017)? Y con respecto al desarrollo psicofísico del niño: ¿cómo nos afecta un parto «violento», en el que somos «extraídos» (literalmente en los partos operativos y por cesáreas, simbólicamente en los partos inducidos o acelerados) antes de tiempo?, ¿qué pasa con los nacimientos en los cuales la piel, el calor y el olor de nuestra madre —que tanto necesitamos en los primeros momentos de nuestra vida— son reemplazados por la mano estéril y desconocida del operador, las luces deslumbrantes, los ruidos ensordecedores, el «bañito» innecesario y demás? ¿Realmente olvidamos «cómo» llegamos al mundo? ¿O la experiencia permanece de alguna manera en nuestra memoria y resurge en diferentes momentos y formas a nivel psicofísico, como nos dicen el psicoanálisis, la neurobiología y la PNEI-psiconeuroendocrinoinmunología? De ellos, personalmente estoy a favor de la segunda opción. Más aún después de una lección que impartí en la universidad donde trabajo, en un curso de antropología para los profesionales de la salud, en el que se discutieron los conocimientos y prácticas del parto desde una perspectiva intercultural. Como a menudo me encanta hacer, ese día proyecté un documental: *El primer aliento* (GILLES DE MAISTRE, 2007), que habla del parto en diferentes contextos culturales y presenta diferentes modelos de atención (desde el nacimiento hipermedicalizado hasta el parto autoexplorado). Lo que sucedió durante la proyección del vídeo todavía me emociona: podría llamarlo una «catarsis colectiva», estudiantes femeninos y masculinos con sollozos y lágrimas, dando rienda suelta a emociones y sufrimientos —entendí más tarde— antiguos, sedimentados en algún rincón de nuestra conciencia. «Todo ese contacto, la mirada de esa madre, esos abrazos..., no pude soportar todo ese amor incondicio-

nal», dijo un estudiante llorando que se acercó a mi cátedra. La discusión posterior a la proyección —que nació sin necesidad de impulsarla— me permitió comprender cómo resurgen ciertas heridas, no sanadas. «De cuánto estamos solas y solos» en este proceso, para retomar las palabras de BRIGIDI (I.I). El contacto con la madre, si se pierde o falta, ¡qué bien, lo recordamos! Aunque de manera inconsciente. Esa lección me planteó grandes preguntas, y me impulsó a profundizar en el estudio del impacto que la manera de nacer y los primeros cuidados tienen en nuestro desarrollo, no solo en la infancia, sino a lo largo de la vida (<https://primal-healthresearch.com>).

Quizá deberíamos conocer mejor (también los que legislan o, por lo menos, sus técnicos/as) la literatura científica de frontera: la que asume el riesgo de criticar y proponer paradigmas innovadores, como algunas perspectivas recientes de las neurociencias, de la epigenética, del estudio del microbioma y de la ya nombrada reflexión de la PNEI en el parto (ROSSETTI, 2014). O, tal vez, sería suficiente volver a leer el pequeño y maravilloso libro de Frederick LEBoyer *Por un nacimiento sin violencia* (1972), y retomar, por un momento, la perspectiva del recién nacido. ¿Por qué deberíamos, como sociedad, respaldar sin crítica un sistema que produce traumas y heridas en la madre (y no hablo sobre el corte quirúrgico) o en el bebé? Si solo escucháramos más a las mujeres embarazadas y a las madres, quizá entenderíamos la brecha en un parto que «salió bien» según los médicos que lo asistieron y, en cambio, se consideró «humillante» y fue mal vivido por la mujer que lo experimentó; perspectivas distintas, de las cuales cada vez más nos hablan las investigaciones científicas (D'OLIVEIRA *et alii*, 2002; DECLERCQ *et alii*, 2013; VEDAM *et alii*, 2016; MILLER *et alii*, 2016; OLIVEIRA Y PENNA, 2017; GOBERNA-TRICAS Y BOLADERAS, 2018; BORHEN *et alii*, 2019); y que necesitan de una búsqueda de denominadores y puntos en común, para negociar significados y comprenderse mutuamente.

Es sobre esta brecha que debemos interrogarnos, para mejorar la calidad de la asistencia en nuestro país. No es suficiente que «mamá y bebé estén bien» para que un parto sea respetado o —en términos de la WHO— «positivo» (2018). Si ampliáramos nuestra mirada al proceso y a sus múltiples dimensiones, y no nos limitáramos a operar en el «hecho» (la expulsión o extracción del niño), la perspectiva cambiaría profundamente. Y tomaríamos conciencia de procesos que aún resultan a menudo invisibles.

¿Queremos continuar reiterando que la violencia en la sala de partos no existe? O que «en Argentina quizá sí [...], pero en Italia, ciertamente no», como me dijeron hace algún tiempo dos distinguidos miembros del Comité de Ética de mi región, en una (surrealista) reunión, de la cual algún día escribiré. Queríamos llamarla «violencia obstétrica» (Venezuela, Argentina, algunos estados de México y de Brasil, Uruguay y Ecuador han implementado leyes que definen este tipo de violencia, concebida como violencia de género y violación de los derechos humanos), o «violencia institucional durante la asistencia obstétrica» (como se prefiere en algunos países, para subrayar que la violencia no depende de un saber o una disciplina, sino de un modelo de atención/organización más amplio), o «violación de los derechos humanos en la asistencia de salud reproductiva», o «maltrato», como lo proponen algunos académicos (FREEDMAN *et alii*, 2014; BOHREN *et alii*, 2015; SANDO *et alii*, 2017), o finalmente, «abuso y falta de respeto durante el parto», como indica la OMS (2014), poco importa. Los datos disponibles son innegables y —pese al debate sobre la terminología— la sustancia es la misma: las mujeres en todo el mundo (en países de ingresos altos o bajos) están sujetas a violencia física, psicológica y simbólica durante el parto: no son respetadas, no están informadas, son sometidas a prácticas invasivas innecesarias, muchas veces sin haber consentido; no disfrutan de la asistencia adecuada a sus necesidades; no pueden elegir y/o participar de manera independiente en un proceso fundamental que les pertenece.

Finalmente, contamos con investigaciones crecientes respecto a las experiencias de las mujeres europeas, después de un primer interés académico en investigar las experiencias de las mujeres que viven en otros continentes, por ejemplo, en África (LUKASSE *et alii*, 2015; VEDAM *et alii*, 2016; NEVES *et alii*, 2018; RAVALDI *et alii*, 2018). Contamos también con un número cada vez más amplio de instrumentos validados para recolectar datos, para comprender la experiencia subjetiva y, al mismo tiempo, intentar «medirla» desde un enfoque más cuantitativo (VEDAM *et alii*, 2017; SANDO *et alii*, 2017). Sin embargo, el debate público, y, sobre todo, político, no avanza. Y cuando se da, se queda atrapado en la lógica de la «calidad de la atención» o de la «organización de los sistemas de salud» o de la capacitación *una tantum* de los profesionales; o peor aún, se resuelve en la defensa personal o profesional, a partir de una idea «acusatoria» que el concepto de violencia obstétrica llevaría consigo (malentendido en este sentido), como ha sucedido en los casos de algunas asociaciones científicas.

cas en Italia y en España (AOGOI, 2017; SEGO, 2018). Lógicas que se han intentado superar desde los aportes de la investigación social denunciando las dimensiones sistémica y estructural de este tipo de violencia, que poco o nada tiene que ver con las actitudes o intencionalidades individuales (BOWSER y HILL, 2010; BHOREN, 2015; ARGUEDAS, 2014; CASTRO y ERVITI 2015; SADLER, 2016; CASTRILLO, 2016). Para entender (y contrastar) la violencia obstétrica hay que entrar en el corazón de las dinámicas y las lógicas estructurales del género, del poder y del biopoder (el poder del Estado sobre los cuerpos de las personas, como nos enseñó Michel FOUCAULT), que caracterizan nuestras sociedades. Requiere llegar al corazón de lo que se define como el «conocimiento autorizado» (DAVIS-FLOYD y SARGENT, 1997; JORDAN, 1997), para entenderlo y deconstruirlo en su matiz hegemónica y unívoca.

La antropología, con su mirada irreverente y crítica sobre nuestra sociedad (producto del «recorrido largo» realizado para estudiar a los otros, antes de mirarnos también), nos recuerda que el conocimiento autorizado no es necesariamente el correcto; pero es «lo que importa» (*ibid.*). Es el conocimiento producido por quienes tienen el poder. Aquel socialmente reconocido como legítimo y capaz de relegar las posiciones de los demás al margen (consideradas falsas, incorrectas, anticuadas, anticientíficas, alternativas, según corresponda). Es un mecanismo bien conocido por los científicos sociales que estudian el modelo médico hegemónico (LOCK y NGUYEN, 2010). Cuando un conocimiento está acostumbrado a prevalecer, porque históricamente se ha construido como un portador de la «verdad» y como «universalmente válido y eficaz», el diálogo con otras formas, de nacer y dar a luz, en nuestro caso, se vuelve difícil. Esto es lo que emerge de las experiencias narradas en este volumen, en las que se destaca la dificultad de iniciar una discusión crítica con quienes defienden otras perspectivas. El riesgo es tener que tomar partido en lados opuestos, como a veces sucede en el debate público sobre el parto domiciliario: ¿a favor o en contra? El asunto no es tan simple. ¿A favor o en contra del co-lecho, de la lactancia prolongada, del dar a la luz en una piscina? A favor de la libertad de elección. A favor de la libertad, entendida no como concepto teórico al cual aspirar, sino como práctica cotidiana integrada que ejercer; integrada en cuanto constituida por dichas dimensiones: sociales, culturales, políticas, económicas y, por ende, médicas.

La acción político-civil ha avanzado en varios frentes. Las mujeres ya no se callan. *Basta tacere*, argumentan los activistas del Observatorio de Violencia Obstétrica en Italia, ofreciendo un eslogan a una primera campaña de denuncia (SKOKO y BATTISTI, 2016), seguida por la investigación nacional *Le donne e il parto* (RAVALDI *et alii*, 2018), que tanto debate ha generado por los resultados impresionantes (el 21% de las mujeres declara haber sufrido algún acto reconducible a la violencia obstétrica) y también por la metodología adoptada, según algunos, no adecuada (LAURIA *et alii*, 2018). Un debate estéril, desde mi punto de vista, que —sin negar la importancia de la metodología en cualquier estudio— me parece que desvía la atención desde la sustancia hasta la forma. En otras palabras, mientras debatimos sobre la validez del muestreo (cuántas son *realmente* las mujeres que han sufrido), se olvida que *hay* mujeres que han sufrido y que siguen sufriendo.

En varios países, los observatorios sobre la violencia obstétrica (presentes en España, Francia, Grecia y en muchos países de América Latina) se han vuelto instrumentos fundamentales de denuncias y de acción; y potenciales canales de comunicación privilegiados en la relación —todos por explorar— con los actores políticos y educativos (QUATTROCCHI, 2019). Incluso los profesionales de la salud ya no guardan silencio. Muchas comadronas (pero también médicos-ginecólogos) denuncian formas de llegar al mundo que son violentas y de las que reconocen formar parte en cuanto profesionales, a su pesar. Un sistema que expropia a las mujeres de sus conocimientos y de su poder de dar la vida; lo que las hace pasivas, mutiladas (física y/o psicológicamente) y privadas de esa autoconfianza, tan importante para cuidar y alimentar a sus hijos. Un sistema que no permite al profesional, en su propio proceso de formación, tocar con mano la fisiología del parto (como a menudo narran mis estudiantes de partería), o adquirir las habilidades culturales, comunicativas y relacionales esenciales para acompañar un proceso tan complejo como el nacimiento de un nuevo individuo. Un sistema que los vuelve víctimas de violencia, de la cual se alimenta la violencia obstétrica en sus diversas dimensiones, y de *burn-out*. ¿No es un derecho adquirido, que, a su vez, tiene que ver con la libertad y la autonomía, el poder ejercer la profesión en la mejor condición posible? Y ¿no es un derecho igualmente adquirido poder ofrecer/gozar de la mejor opción asistencial posible? La cuestión de la violencia obstétrica-ginecológica como una violación de los derechos humanos y los derechos reproductivos a lo largo del proceso de vida abarca mucho

más que la atención ofrecida durante el parto, y vale tanto para las mujeres (sus bebés y sus parejas) como para los profesionales (WHITE ROBBIN ALLIANCE, 2011). ¿Quién tiene derecho a decidir sobre las «circunstancias del nacimiento»? El Tribunal Europeo de Derechos Humanos en Estrasburgo no tiene dudas: las mujeres (sentencia *Ternowsky vs. Hungría*, 2010). Sin embargo, las mujeres (niñas) crecen en un entorno donde la medicalización es general y generalizada y la construcción social del parto y del nacimiento (pensemos en el imaginario creado por los medios) remite al riesgo. Eso vale también para sus parejas, por supuesto. Futuras madres y padres cuyas exigencias y expectativas se vuelven unívocas (un ginecólogo durante el embarazo, un hospital durante el parto, un biberón durante los primeros meses, etc.), al no tener acceso a alternativas, ni en el imaginario (BRIGIDI, 2014); porque el «conocimiento autorizado» las hace invisibles, las deslegitima, o hace que no parezcan necesarias (¿para qué darle la teta si se calla con un chupete?). ¿Para qué otros modelos asistenciales, si ya tenemos el parto «exitoso» y «más seguro» de todos los tiempos?

Pensemos en el tema del parto no hospitalario y en el concepto de «seguridad» como campo de batalla entre las diferentes perspectivas. Por un lado, un enfoque fisiológico no intervencionista que enfatiza la relación de confianza entre la matrona y la mujer, el entorno favorable, las habilidades de las mujeres y las competencias del bebé; por otro lado, un enfoque de riesgo que cree que «el resultado de un parto debe considerarse positivo solamente *a posteriori*», como aún se puede leer en varios manuales de ginecología y obstetricia, y en muchas disputas legales (no olvidemos los mecanismos perversos relacionados con la medicina defensiva, que requiere de una postura hiperintervencionista para que el profesional se pueda proteger).

Y ¿la experiencia de las mujeres? Incluso si fuese cuantitativamente marginal (me refiero a aquel menos del 1% que elige el parto en casa en Italia o España, por ejemplo), ¿no sería igualmente importante escucharlas? En una pedagogía activa que intenta transferir el conocimiento de una manera horizontal, la experiencia del otro (como portador de una perspectiva distinta) siempre es fundamental para revisar y retroalimentar nuestros supuestos. El concepto de «seguridad» en el parto ofrece un ejemplo interesante en este sentido. El conocimiento autorizado establece: seguridad = tecnología (no importa si es una ambulancia o un ultrasonido de última generación). Vivimos en una sociedad que nos ha acostumbrado a considerar como mejor («moderno») lo tecnológico y pensar en

lo no tecnológico o lo «tradicional» como «atrasado». Es parte de nuestro sistema de valores: cómo decidimos pensar y estructurarnos como sociedad. Lo aceptamos, sin olvidar que los valores —afortunadamente— cambian; y que siempre existen múltiples voces, incluso cuando usemos una lente que nos permita ver solo una parte o un ángulo. El otro no desaparece solo porque no tenemos la herramienta para mirarlo. Por el contrario, su experiencia puede contribuir a retroalimentar la mía, y al revés. Si el «conocimiento autorizado» decidiera abrirse y escuchar la experiencia de las mujeres que eligen un parto en casa y de los profesionales que las asisten, se darían cuenta de cómo se necesita ampliar el concepto de «seguridad» propuesto por la biomedicina. Sentirse «seguras», narran, si se contemplan las dimensiones sociales, culturales, religiosas, existenciales; y eso va mucho más allá de los «factores de riesgo» médico-clínicos o de presencia de la tecnología o neonatología, como he escuchado a veces durante mis entrevistas con profesionales de la salud (QUATTROCCHI, 2014). Este concepto no contempla los recursos «objetivos» presentes en el entorno en el que uno da a luz y nace; contempla también las relaciones construidas entre los presentes en la escena del nacimiento. Por ejemplo, la relación de confianza entre el profesional y la mujer (por esta razón, la continuidad de la atención debería ser la norma y no la excepción en nuestros hospitales); el ambiente favorable y tranquilo (desde los discursos inútiles de los profesionales en la sala de partos hasta la entrada repentina en la sala de trabajo de uno u otro médico; me temo que cada mujer tiene su anécdota para contar); el sentirse protegida, contenida y entendida por quienes se hacen cargo de nuestra salud y la de nuestra/o hija/o. El no sentirse «invadida» por prácticas que a menudo resultan desconocidas o innecesarias (el consentimiento informado o el plan de parto no han resuelto mucho al respecto, por lo menos en las formas en que se han ido manejando), el poder confiar en una estructura transparente, de la cual podemos conocer las buenas prácticas, pero también las criticidades (las tasas de cesáreas, episiotomías e inducciones tendrían que ser datos publicados y públicos en la presentación de cada hospital), así como la trayectoria de sus médicos.

¿No es sinónimo de seguridad para la mujer el poder confiar en un profesional y un lugar, del cual conoce el perfil, y le ofrece una atención basada en un acercamiento respetuoso a mis tiempos y los del niño? Y la certeza de no ser sometida a un tratamiento no necesario ¿no es igualmente fuente de seguridad? Conocemos cuáles son los tratamientos no nece-

sarios utilizados por rutina; no podemos decir que «depende de cómo se desarrolla el proceso», porque muchas de las intervenciones hechas de rutina (empezar por poner la cánula por si acaso...) exactamente eso hacen: desarrollan un proceso que a veces conlleva a una cadena de intervenciones que nadie esperaba. ¿Por qué no releer el documento de la OMS *Una guía práctica del parto normal* con este propósito? En este documento, de las 59 prácticas de rutinas examinadas, 29 se consideran ineficaces y dañinas, o se usan de manera inapropiada (1996). Nos sorprendería ver cuántas de estas prácticas siguen siendo la rutina en nuestros hospitales (estamos hablando de rutina, no de intervenciones necesarias en caso de riesgo o de patología), pese a las evidencias científicas, y las recomendaciones internacionales, que, desde la mitad de los ochenta, invitan a los Estados a contener el proceso de medicalización del parto y del nacimiento (OMS, 1985; 1996; 2015).

Todos estos aspectos emergen desde la perspectiva de quienes optan por un parto no hospitalario (QUATTROCCHI, 2014). ¿Por qué entonces no aprender de sus experiencias? ¿Por qué no escuchar en vez de cerrar puertas y deslegitimar a «estas locas», acercándonos a otras miradas que nos podrían ayudar a repensar nuestros modelos de atención en el parto hospitalario? ¿No es el hecho de que la mujer se sienta segura y cómoda, en cualquier lugar y con cualquier persona y de cualquier manera que dé a luz, un elemento constitutivo del concepto de «seguridad»? La evidencia científica muestra que las mujeres que se sienten «seguras» tienen «mejores resultados» (por usar terminología médico-aséptica); en otras palabras, tanto ellas como los recién nacidos tienen mejores condiciones de salud en el nacimiento. Mantener una mirada plural y multidimensional en el parto y poner en discusión sus propios asuntos es difícil para un conocimiento autorizado. Porque proporciona la deconstrucción de esa jerarquía de poderes entre los que saben y los que no; entre los que pueden y los que no pueden. Porque requiere una horizontalidad relacional, no prevista en los modelos patriarcales, ontológicamente verticales. Es muy profundo lo que está en juego. No se trata solo de redefinir un modelo asistencial, que —todas lo reconocemos— tiene su excelencia pero también sus críticas. Se trata de una redefinición de la estructura social, a partir de la relación entre hombres y mujeres, entre institución y ciudadanos.

En la práctica hospitalaria, significaría redefinir tareas y responsabilidades (por ejemplo, otorgar autonomía *real* a las comadronas en los embarazos fisiológicos); y construir caminos para compartir opciones y

elecciones entre mujeres y profesionales de la salud, que tendrían que ir mucho más allá de una firma apresurada en una hoja de consentimiento informado. El proceso tendría que llevarse a cabo a partir del reconocimiento de competencias mutuas, las de la mujer en primer lugar, siendo suyos el cuerpo y el proceso.

Soy consciente de los muchos avances que se han dado en nuestros hospitales en las últimas décadas, con protocolos y guías que buscan contener la medicalización innecesaria y apoyan de manera respetuosa a las mujeres en su proceso. En España e Italia, por ejemplo, tenemos documentos maravillosos al respecto, que remiten a recomendaciones internacionales, como las de la OMS, igualmente maravillosas (MINISTERO DELLA SALUTE, ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ, 2010; 2011; MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO, 2007; MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL, 2010). Pero al escuchar a las mujeres, percibimos que eso no es suficiente, y tampoco está generalizado. Depende de la organización del sistema de salud, del hospital, del profesional, del director del departamento, etc. O sea, depende de múltiples factores marcados por aspectos y costumbres locales, que nada tienen que ver con las tan aclamadas evidencias científicas.

Si realmente implementásemos nuestras guías/recomendaciones/protocolos, no tendríamos los datos alarmantes que, en cambio, tenemos con respeto al parto y al nacimiento. En la mayoría de los países europeos, el exceso de intervencionismo en embarazo/parto de bajo riesgo (inducción/uso de oxitocina sintética, episiotomía, cesárea, Kristeller, etc.) está bien documentado, con picos en algunos lugares, inclusive en Italia, España y Portugal (EUROPERISTAT, 2018). ¿Cómo sanar esta brecha entre el «discurso oficial» y la «práctica rutinaria»? Y ¿cómo contener el abordaje intervencionista que a menudo fomenta una «cadena de intervenciones»? ¿Es esta la manera más «segura» y beneficiosa (no solamente en términos de éxitos, sino también en términos de procesos) para traer al mundo un bebé? ¿Para quién? ¿Quién disfruta o gana realmente con este abordaje? Ciertamente, ni la madre ni su bebé.

Para terminar, me parece que este «ejercicio de libertad» —con el cual hemos empezado esta reflexión— tendría que abarcar también nuestras preguntas más profundas. Tenemos que retomar antiguas interrogaciones, y, resignificándolas a la luz de diálogos inéditos entre actores, visiones y disciplinas, hemos de seguir impulsando; exactamente como sucede en este volumen, en el cual distintas voces ofrecen ángulos muy diferentes desde los cuales mirar y mirarnos.

Bibliografía

- ARGUEDAS RAMÍREZ, G. (2014). «Violencia obstétrica. Propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense». *Cuadernos Intercambio sobre Centroamérica y el Caribe*, 11(1), 1659-4940.
- ASSOCIAZIONE OSTETRICI GINECOLOGI OSPEDALIERI ITALIANI (2017). *Diffida inchiesta DOXA sulla "violenza ostetrica" campagna "basta tacere" Vs documentazione diffusa*. AOGOletter.
- BOHREN, M.; VOGEL, J.; HUNTER, E.; LUTSIV, O.; MAKH, S.; SOUZA, J.; AGUIAR, C.; CONEGLIAN, F.; DINIZ, A.; TUNÇALP, O.; JAVADI, D.; OLADAPO, O.; KHOSLA, R.; HINDIN, M. y GÜLMEZOĞLU, A. (2015) «The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: A mixed methods systematic review». *PLoS Medicine*, 12(6), 1-32.
- BORHEN, M.; HEDIEH, M. *et alii* (2019). «How women are treated during facility-based childbirth in four countries: a cross-sectional study with labour observations and community-based survey». *Lancet*, 394(10210), 1750-1763.
- BOURDIEU, P. (2003). *Per una teoria della pratica*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- BOWSER, D. y HILL, K. (2010). *Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth*. Harvard: Harvard School of Public Health University Research Co. Disponible en: <https://cdn2.sph.harvard.edu/wpcontent/uploads/sites/32/2014/05/ExploringEvidenceRMC_Bowser_rep_2010.pdf>.
- BRIGIDI, S. (2014). «Observaciones audiovisuales referentes a los significados de prevención, seguridad, riesgo y (re)presión en el embarazo y parto». En *Periferias, Diálogos y Fronteras, actas del XIII Congreso de Antropología de la Federación de Asociaciones de Antropología del Estado Español*, Universitat Rovira y Virgili, Tarragona (pp. 4239-4249).
- CASTRILLO, B. (2016). «Dime quién lo define y te diré si es violento. Reflexiones sobre la violencia obstétrica». *Sexualidad, Salud y Sociedad*, 24, 43-68.
- CASTRO, R. y ERVITI, J. (2015) *Sociología de la práctica médica autoritaria. Violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos*. Cuernavaca: Universidad Nacional Autónoma de México.
- CREEDY, D.; SHOCHET, I. y HORSFALL, J. (2000). «Childbirth and the development of acute trauma symptoms: Incidence and contributing factors». doi: 10.1046/j.1523-536x.2000.00104.x/full

- D'OLIVEIRA, A., DINIZ, S. y SCHRAIBER, L. (2002). «Violence against women in health-care institutions: an emerging problem». *Lancet*, 359(9318), 1681-1685.
- DAVIS-FLOYD R. (2001) «The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth». *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 75, S5-S23.
- DAVIS-FLOYD, R. y SARGENT, C. (eds.) (1997). *Childbirth and authoritative knowledge. Cross-cultural perspectives*. Berkeley, CA: University of California Press.
- DECLERCQ, E. R.; SAKALA, C.; CORRY, M. P.; APPLEBAUM, S. y HERRLICH, A. (2013). *Listening to mothers: Pregnancy & birth*. New York: Childbirth Connection.
- EUROPERISTAT (2018). *European perinatal health report. Health and care of pregnant women and babies in Europe in 2015*. Disponible en: <http://www.Euro-Peristat.com>
- FREEDMAN, L.; RAMSEY, K.; ABUYA, T.; BELLOWS, B.; NDWIGA, C.; WARREN, C.; KUJAWSKI, S.; MOYO, W.; KRUK, M. y MBARUKU, G. (2014). «Defining disrespect and abuse of women in childbirth: a research, policy and rights agenda». *Bulletin World Health Organization*, 92, 915-917.
- GOBERNA-TRICAS, J. y BOLADERAS, M. (2018), *El concepto «violencia obstétrica» y el debate actual sobre la atención al nacimiento*. Madrid: Tecnos.
- JORDAN, B. (1997). «Authoritative knowledge and its construction». En R. Davis-Floyd y F. C. Sargent (eds.), *Childbirth and authoritative knowledge. Cross-Cultural Perspectives* (pp. 55-88). Berkeley, CA: University of California Press..
- LAPP, L. K.; AGBOKOU, C.; PERETTI, C. S. y FERRERI, F. (2010). «Management of post traumatic stress disorder after childbirth: a review». *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 31(3), 113-122. doi: 10.3109/0167482X.2010.503330
- LAURIA, L.; LEGA, I.; MARASCHINI, A.; D'ALOJA, P.; FERRARO, C. y DONATI, S. (2018). «Methodological flaws in web surveys: Commentary to abuse and disrespect in childbirth assistance in Italy: A community based survey». *European Journal of Obstetrics and Gynecology*, 226, 73. doi: 10.1016/j
- LOCK, M. y NGUYEN, V. K. (2010). *An anthropology of biomedicine*. Oxford, UK: Wiley-BlackweMiller.

- LUKASSE, M.; SCHROLL, A. y KARRO, H. (2015). «Prevalence of experienced abuse in healthcare and associated obstetric characteristics in six European countries». *Acta Obstetricia*. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/aogs.12593/pdf>
- MCGARRIE *et alii* (2015). «Women's experiences of symptoms of posttraumatic stress disorder (PTSD) after traumatic childbirth: a review and critical appraisal». *Archives of Women's Mental Health*, 18(6). doi: 10.1007/s00737-015-0560-x
- MILLER, S.; ABALOS, E.; CHAMILLARD, M.; CIAPPONI, C.; COLACI, D.; COMANDÉ, D.; DIAZ, V. *et alii* (2016). «Beyond too little, too late and too much, too soon: A pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide». *Lancet*, 388, 2176-2192. doi: 10.1016/S0140-6736(16)31472-6
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (2000). *Secretaria de Políticas de Saúde. Programa de humanização do pré-natal e nascimento*. Brasília: Ministério da Saúde.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (2007). *Estrategia del atención al parto normal en el Sistema Nacional*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL (2010). *Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal. Serie de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Política Social.
- MINISTERO DELLA SALUTE, ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ (2010). *Linea guida. Taglio cesareo. Una scelta appropriata e consapevole*, 19. Roma: Ministero della Salute.
- MINISTERO DELLA SALUTE, ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ, CENTRO PER LA VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DELL'ASSISTENZA SANITARIA (2010). *Linea guida. Gravidanza Fisiologica*, n. 20. Roma: Ministero della Salute.
- NEVES, D. M. y SANTOS, M. (2018). «Babies Born Better: O uso do software MaxQda na análise preliminar das respostas portuguesas à secção qualitativa do inquérito». *Revista Pesquisa Qualitativa*, 6(10), 124-13.
- OLIVEIRA, V. y PENNA, C. (2017). «Discussing obstetric violence through the voices of women and health professionals». *Texto & Contexto - Enfermagem*, 26(2), 1-10.

- OLZA-FERNÁNDEZ, I. (2014). «Estrés postraumático secundario en profesionales de la atención al parto. Aproximación al concepto de violencia obstétrica». *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 111, 79-83.
- QUATTROCCHI, P. (2006). «¿Qué es la sobada? Elementos para conocer y entender una práctica terapéutica en Yucatán». *Península*, I(2), 143-170.
- (2014a). «Homebirth and the National Health Service in Italy. A qualitative study in the Emilia-Romagna Region». *Canadian Journal of Midwifery. Research and Practice*, 13(3), 32-39.
- (2014b). «Riesgo y “seguridad” durante el embarazo y el parto: desde la visión biomédica hacia la visión de las mujeres que optan por un parto domiciliario». *Periferias, Diálogos y Fronteras. Actas del XIII Congreso de Antropología de la Federación de Asociaciones de Antropología del Estado Español*, Universitat Rovira y Virgili, Tarragona (pp. 4444-4465).
- (2018). *Oltre i luoghi comuni. Partorire e nascere a domicilio e in casa maternità. Una ricerca antropologica*. Firenze: Editpress.
- (2019). «Obstetric Violence Observatory: Contributions of Argentina to the international debate». *Medical Anthropology*. doi: 10.1080/01459740.2019.1609471
- QUATTROCCHI, P. y MAGNONE, N. (eds.) (2020). *Violencia obstétrica en América Latina: conceptualización, experiencias, medición y estrategias*. Argentina: EDUNLa. doi: 10.18294/97898749375
- RAVALDI, C.; SKOKO, E.; BATTISTI, A.; CERICCO, M. y VANNACCI, A. (2018). «Abuse and disrespect in childbirth assistance in Italy: A community based survey». *European Journal of Obstetrics and Gynecology*, 224, 208-209. doi: 10.1016/j.ejogrb.2018.03.055
- ROSSETTI, A. M. (2014). «Psiconeuroendocrinología della nascita». En R. SPANDRIO, A. REGALIA y G. BESTETTI, *Fisiologia della Nascita. Dai prodromi al post partum*. Carocci Faber Edizioni.
- SADLER, M.; SANTOS, M.; RUIZ-BERDÚN, D.; ROJAS, G.; SKOKO, E.; GILLEN, P. y CALUSEN, J. (2016). «Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence». *Reproductive Health Matters*, 24(47), 1-9.
- SANDO, D.; ABUYA, T. et alii (2017). «Methods used in prevalence studies of disrespect and abuse during facility based childbirth: lessons learned». *Reprod. Health*, 14, 127.

- SKOKO, E. y BATTISTI, A. (2016). «#Bastatacere. Report. Campagna mediatica sulla violenza ostetrica». Roma: OVO.
- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA (2018). *Violencia obstétrica: Un concepto legalmente delictivo, moralmente inadecuado, científicamente inaceptable*. Disponible en: <https://us18.campaignarchive.com/?e=e52bacb293&u=fbf1db3cf76a76d43c634a0e7&id=5a73a608b8>
- VEDAM, S.; STOLL, K.; JOLICOUER, G.; MARTIN, K. *et alii* (2016). «Patient-led decision making: Measuring autonomy and respect in Canadian maternity care». Society of Obstetricians and Gynecology Annual General Meeting, Vancouver.
- WHITE RIBBON ALLIANCE (2011). *Respectful maternity care: The universal rights of childbearing women*. Washington DC: WHITE RIBBON ALLIANCE.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1985). «Appropriate technology for birth». *Lancet*, 24, 436-437.
- (1996). *Care in normal birth. A practical guide. Reproductive Health and Research. Report of a Technical Working Group*. Geneva, Switzerland: WHO.
- (2014). *The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth*. Geneva, Switzerland: WHO.
- (2015) *WHO statement on caesarean section rates*. Geneva, Switzerland: WHO
- (2018) *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva, Switzerland: WHO.

LAS AUTORAS

ALCARAZ VIDAL, LUCIA

Comadrona en la sala de partos del Hospital de la Sta. Creu i St. Pau y en diferentes servicios de atención a la salud sexual y reproductiva (ASSIR) de Barcelona.

Es doctoranda en Ciencias Biomédicas por la UPF y coordinadora del Centro de Nacimientos del Hospital Germans Trias-ASSIR Metropolitana Nord, así como socia fundadora de Néixer a Casa SL, empresa dedicada a la atención domiciliaria en el embarazo, parto y posparto y a la promoción de la salud familiar.

BIANCO, GABRIELLA

Psicóloga general sanitaria (col. n.º B-1227). Psicoterapeuta Gestalt (miembro titular de la AETG). Licenciada en Psicología y formada en prevención psicosocial y promoción de la salud por la Freie Universität de Berlín. Formada en terapia familiar sistémica relacional y de pareja. Experta en psicotraumatología y psicología perinatal. Posee una consulta privada en Palma de Mallorca. Es conferenciante y docente internacional, así como socia fundadora de la Asociación Española de Psicología Perinatal.

BERMANT, CLARA

Psicoanalista y psicóloga clínica. Ejerce la práctica privada del psicoanálisis desde 1972 en Tarragona y Barcelona. Actualmente, es coordinadora del grupo de trabajo sobre la mujer (Tarragona) del Colegio Oficial de Psicología de Cataluña y colaboradora de la Red UMBRAL.

Es miembro del Forum Psicoanalític de Tarragona. Ha sido miembro fundador de las instituciones del campo freudiano en Cataluña y de Forum Red Cereda (centro de investigación sobre el niño en el discurso analítico). Ha ejercido y ejerce la docencia en la transmisión del psicoa-

nálisis en numerosas instituciones públicas y privadas en Cataluña, Bilbao y Zaragoza. Colabora puntualmente con la Universitat Rovira i Virgili en conferencias, cursos *online* y talleres.

BRIGIDI, SERENA

Doctora en Antropología de la Medicina, con tesis en sobre migración y salud mental (2009, URV); mención honorífica en el Premio Marqués de Lozoya (2010). Desde el 2010 trabaja en diversas universidades de Ciencias de la Salud en Cataluña (UAB, URV, UVIC, URL) y en proyectos de formación para profesionales de la salud en cuestiones de género y salud.

Es cofundadora de MATER, Observatori de les maternitats i paternitats contemporànies, y coordinadora, desde 2010, el *Seminario Cine, Salud y Cultura*. Es miembro de OVO, Observatorio de la Violencia Obstétrica en España, y de la junta de Dona Llum, Associació catalana per un part Respectat. También forma parte del Centre d'Anàlisi i Programes Sanitaris (CAPS). Es experta en el ámbito de género y salud, sus proyectos de investigación se enmarcan en violencias de género, violencia obstétrica, medicalización del parto/embarazo/crianza, lactancia materna, migración y salud/salud mental.

BUSQUETS GALLEGO, MARTA

Licenciada en Derecho y máster en Género, Mujeres y Ciudadanía. Cursa en la actualidad el doctorado en Género, Mujeres y Ciudadanía. Es presidenta de Dona Llum, Associació Catalana per un Part Respectat, y miembro de Xarxa de Dones per la Salut. Es activista por los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y miembro de la Comisión Permanente del Observatori per l'Igualtat de Gènere.

CARDÚS I FONT, LAURA

Doctora en Antropología Social y Cultural, UB. Profesora colaboradora en los estudios de Psicología y Ciencias de la Educación (UOC). Socia fundadora de Mater Observatori M(P)aternitats Contemporànies. Se doctoró en 2011 con una investigación realizada en Chiapas, México, en relación con la autorrepresentación audiovisual de personas indígenas urbanas, y en los últimos años trabaja con los relatos y experiencias de parto y la transmisión intergeneracional del miedo al parto. Tiene dos hijas.

CUADRADA, CORAL

Profesora de Historia Medieval, Historiografía y Archivística de la Universitat Rovira i Virgili (URV) e Historia de las Mujeres en el Máster de Estudios de Mujeres, Género y Ciudadanía (Universidad de Barcelona), que coordina. Es directora del Archivo de los Marqueses de Santa María de Barberá. Asimismo, es investigadora del MARC (Medical Anthropology Research Center, URV) y del GRAMP (Grup de Recerca d'Arqueologia Medieval i Postmedieval, Universitat de Barcelona). Sobre historia de las mujeres ha publicado los siguientes libros: *Dones, coneixement, societat* (Reus, 2005); *Igualdad y diferencia: pensamiento, acción, revisión* (Madrid, 2008); *Memòries de dones* (Tarragona, 2009); *Les dones als orígens de Torreforta* (Tarragona, 2014), y *Oikonomia: cuidados, reproducción, producción* (Tarragona, 2015). Más información en: <https://coralcuadrada.academia.edu/>

GALAMAN, CATHERINE

Psicoanalista y psicóloga clínica. Ejerce la práctica privada del psicoanálisis desde 1982 en Tarragona y en Barcelona desde 1997. Actualmente es miembro del grupo de trabajo sobre la mujer (Tarragona) del Colegio Oficial de Psicología de Cataluña, y del Equip Clínic CIP AIS (Centre d'Intervenció Psicològica, Anàlisi i Integració). También está vinculada al campo freudiano desde 1982. Es miembro de la Escuela Lacaniana de Psicoanálisis y de la Asociación Mundial de Psicoanálisis. Ejerce de transmisora del psicoanálisis en varias instituciones públicas y privadas en Cataluña y Zaragoza. Colabora puntualmente con la Universidad Rovira i Virgili en conferencias y talleres.

MARCOS MARCOS, INMA

Comadrona e IBCLC. Con experiencia en hospitales y centros de salud durante siete años. Ha asistido más de 600 partos domiciliarios en los últimos 17 años. Desde 1998 es asesora de lactancia materna en un grupo que fundó en su barrio, perteneciente a la Asociación Alba Lactancia Materna, y es tutora de las aspirantes a asesoras de lactancia materna. Desde 2011 trabaja en equipo con sus compañeras comadronas en *Nèixer a Casa*. Es investigadora y docente en lactancia materna y atención al parto. Madre de familia numerosa.

MARTÍNEZ MANRIQUE, LUCÍA

Especialista en medicina familiar y comunitaria, Máster en Antropología Médica y Salud Global en la Universitat Rovira i Virgili (URV). Ha trabajado como médica de familia para el Ministerio de Salud Pública del Ecuador y como profesora en el Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador (PUCE). Actualmente trabaja en el Servicio Madrileño de Salud.

MASSÓ GUIJARRO, ESTER

Profesora titular en la Universidad de Granada (UGR), en el área de Antropología Social (2012-2019), y actualmente en el área de Filosofía Moral (Departamento de Filosofía I). Es doctora y doble licenciada en Antropología y Filosofía (UGR). Investigadora FPU (UGR) y JAE DOC (CSIC). Con estancias de investigación en el ICS (Universidad de Lisboa, Portugal), la Universidad de Windhoek (Namibia), NAI (Uppsala, Suecia) y el Instituto de Ciencias Antropológicas de la Universidad de Buenos Aires (Argentina). Es miembro de ocho proyectos de investigación de convocatorias local (UGR), autonómica (Junta de Andalucía), nacional (MINECO) y europea (7 Programa Marco-UE).

QUATTROCCHI, PATRIZIA

Antropóloga. Es profesora investigadora en la Universidad de Udine (Italia). Doctora en Etnoantropología en la Universidad de Roma La Sapienza (2005), con línea de investigación en la antropología de la salud y de la reproducción. Ha desarrollado investigaciones sobre el parto y el nacimiento en la comunidad lenca (Honduras, 1998); en la maya-yucateca (México, 2000-2009); en Italia, España y Países Bajos (2010-2015), y en Argentina (2016-2017). Desde 2006 hasta 2009 ha trabajado como investigadora en el Departamento de Medicina Social y Salud Pública del Centro de Investigaciones Dr. Hideyo Noguchi, de la Universidad Autónoma de Yucatán (México), enfocando su trabajo en la salud reproductiva de las mujeres mayas y en la capacitación de profesionales de la salud. Ha sido dos veces ganadora de la beca de investigación posdoctoral Marie Skłodowska-Curie, otorgada por la Unión Europea. En el primer proyecto investigó el parto domiciliario y en casas maternidades en Italia, España y Países Bajos (2010-2015); en la segunda investigación analizó el concepto de violencia obstétrica en Argentina, durante una estancia de doce meses en el Instituto de Salud Colectiva de la Universidad Nacional de Lanús (2016-2018, <<https://obstetriciviolence-project.com>>).



Serena Brigidi

Este libro es un ejercicio de libertad. La libertad de explorar de forma íntima, sincera y profunda nuestras *herstories*. Estas narraciones vivenciales y profesionales sirven para mostrar, contar, o llevar al espacio público lo obviado. Uno de los factores comunes del volumen ha sido el colocar el cuerpo y las emociones en el centro de la argumentación y combinar la experiencia vivida con la práctica clínica y académica. Es, en definitiva, un diálogo entre distintos saberes que plantea la maternidad como un fenómeno no reducido a la biología, sino complejo y plural.

