

# Consideraciones sobre la relación mente-cuerpo en el proceso del parto

Virginia Ballesteros\*. Universidad Complutense de Madrid (España)

Recibido 10/03/2023

[viballes@ucm.es](mailto:viballes@ucm.es)

## Resumen

Analizo algunos aspectos clave del modelo médico del parto, centrándome especialmente en los presupuestos que parece albergar sobre la relación mente-cuerpo. En primer lugar, examino las visiones del modelo médico como un modelo dualista ontológico. En contra de las críticas habituales a este dualismo, que sostienen que ha llevado a tratar el cuerpo de parto como una máquina, defiendo que el problema no reside en el propio dualismo, sino en que se obvia la interacción mente-cuerpo: son las propias personas de parto quienes se tratan como máquinas. En segundo lugar, analizo la centralidad de la noción de riesgo en el modelo médico del parto y defiendo que en ella trasluce nuevamente una escisión entre lo mental y lo corporal. Defiendo, además, una concepción constructorista del riesgo, pues este no resulta independiente de los discursos y prácticas médicas, sino que estos factores tienen un impacto causal en él. En tercer y último lugar, abordo brevemente el descrédito de los testimonios de las personas de parto, remitiéndolo nuevamente a esa escisión entre cuerpo y mente.

**Palabras clave:** filosofía del nacimiento, modelo médico, dualismo, riesgo, injusticia epistémica.

## Abstract

### Considerations on the mind-body relationship in the birthing process

I analyze some key aspects of the medical model of childbirth, focusing especially on the assumptions it seems to harbor about the mind-body relationship. First, I examine views of the medical model as an ontological dualist model. Contrary to the usual criticisms of this dualism, which argue that it has led to treating the birthing body as a machine I argue that the problem lies not in the dualism itself, but in the fact that the mind-body interaction is obviated: it is the birthing persons themselves who are treated as machines. Secondly, I analyze the centrality of the notion of risk in the medical model of childbirth and argue that it again reveals a split between the mental and the bodily. I also defend a constructionist conception of risk, since risk is not independent of medical discourses and practices, but rather these factors have a causal impact on it. Thirdly and finally, I briefly address the discrediting of the testimonies of birthing people, pointing again to the split between the body and the mind.

**Key words:** Philosophy of birth, Medical model, Dualism, Risk, Epistemic injustice.

\* Este trabajo ha sido financiado por el proyecto *Filosofía del nacimiento: un nuevo logos para el genos* (Programa de Excelencia Echegaray, Comunidad Autónoma de Madrid/Universidad Complutense de Madrid). Agradezco a Stella Villamea, investigadora principal del proyecto, su apoyo.



# Consideraciones sobre la relación mente-cuerpo en el proceso del parto

Virginia Ballesteros\*. Universidad Complutense de Madrid (España)

Recibido 10/03/2023

[viballes@ucm.es](mailto:viballes@ucm.es)

## § 1. Introducción

En este artículo realizaré unas breves consideraciones acerca de los presupuestos sobre la relación mente-cuerpo que parece albergar el modelo médico del parto. Mi intención aquí no es explorar en profundidad este modelo, sino realizar una pequeña incursión en algunos aspectos que traslucen una visión que escinde el cuerpo y la mente de las personas de parto. En primer lugar, consideraré la concepción del parto como un proceso puramente fisiológico. En segundo lugar, trataré la concepción del parto como un proceso *casi* patológico, lleno de riesgos para la salud *física* de quienes dan a luz y de quienes nacen. En tercer y último lugar, consideraré el descrédito que a menudo sufren las personas de parto cuando tratan de reportar alguna información sobre su propio cuerpo.

## § 2. El parto como un proceso puramente fisiológico

La naturaleza involuntaria de las contracciones uterinas es un elemento clave para la comprensión del parto como un proceso puramente fisiológico. Que el funcionamiento de este órgano escape al control voluntario de quien está dando a luz ha llevado al modelo médico a aproximarse al parto desde una mirada que ha sido caracterizada de *mecanicista*. A este respecto, cabe destacar el trabajo de la antropóloga Robbie Davies-Floyd (2022; 1993), quien explora a fondo el mecanicismo en su vertiente más cruda, incluso deshumanizada, cuando desde el modelo médico se comprende el cuerpo de las personas de parto como una máquina —más concretamente, como una máquina *defectuosa*, como veremos más adelante—. Una

buena muestra de ello es el siguiente pasaje que la propia Davis-Floyd (1993: 297) recoge para ilustrar su tesis:

«Pero, ¿es realmente necesario el hospital?», le preguntó una joven a su amigo obstetra. «¿Por qué no dar a luz al bebé en casa?»

«¿Qué harías si tu automóvil se estropeara en una carretera rural?», replicó el médico con otra pregunta.

«Tratar de arreglarlo», dijo la moderna chófer.

«¿Y si no pudieras?».

«Remolcarlo hasta el taller más cercano».

«Exactamente. Donde están los mecánicos formados y las herramientas que necesitan», convino el médico. «Lo mismo ocurre con el hospital. Puedo trabajar mejor —y en medicina siempre hemos de tener lo mejor— no en un pequeño y apretado apartamento o casa privada, sino allí donde tengo las instalaciones adecuadas y ayudantes capacitados. Si algo va mal, tengo todas las ayudas conocidas para hacer frente a tu emergencia».<sup>1</sup>

No deja de resultar sorprendente que, a pesar de que este paradigma mecanicista en el que el cuerpo humano se comprende como una máquina cuenta ya con unos cuantos siglos a sus espaldas, esta aproximación basada en el control y manejo del cuerpo como un sistema mecánico se presente como una aproximación puntera, como lo mejor que puede ofrecernos la técnica y la tecnología para lidiar con los riesgos del parto y promover la seguridad<sup>2</sup>.

Esta concepción del cuerpo humano podría recordarnos, desde luego, a un paradigma *vetusto*, de naturaleza dualista, en el que cuerpo y mente se hallan escindidos. Rápidamente, se piensa en el padre del dualismo ontológico, René Descartes, quien sostuvo que el ser humano se compone de dos sustancias distintas, la *res cogitans* y la *res extensa*, y concibió el cuerpo humano como una máquina. Así pues, con frecuencia encontramos una mención al filósofo francés cuando se critica el modelo médico del parto (Davis-Floyd, 1993; 1990; Rothman, 2007: 55-56; Reed, 2005: 24), y también cuando se critica la medicina en general (Switankowsky, 2000). Ahora

<sup>1</sup> Esta y todas las traducciones que siguen son propias.

<sup>2</sup> Nótese que no es mi intención defender que el parto está exento de riesgos, sino más bien cuestionar que esta aproximación mecánica, más que mecanicista, sea la más apropiada para lidiar con los riesgos asociados a la salud física, y menos aún con los riesgos asociados a la salud mental; los cuales, dicho sea de paso, suelen quedar desatendidos, y ello no es de extrañar, cuando la mirada se dirige exclusivamente hacia el cuerpo, como si de una máquina se tratara.

bien, si bien es cierto que Descartes sostuvo una concepción maquinal del cuerpo —siendo este comprendido como un mecanismo sujeto a las leyes de la naturaleza—, no es menos cierto que no redujo al ser humano a su cuerpo; los seres humanos conforman una unidad compuesta por *dos* sustancias, el alma y el cuerpo y, además, entre ellas hay interacción. El dualismo cartesiano es un dualismo ontológico *interactivo*<sup>3</sup>. Y es que Descartes no sólo admitía que los cambios corporales pueden producir sensaciones en el alma, sino también a la inversa, pues contemplaba que el alma influyera en el cuerpo a través de las emociones:

Por ejemplo, si recibimos una noticia y la mente la juzga buena, la «alegría intelectual» que se siente en la mente se convierte en una sensación de «alegría animal» cuando los espíritus fluyen desde el cerebro hasta el corazón y excitan los pequeños nervios que hay allí. [Duncan, 2000: 490]

Así pues, si defendemos que en el modelo médico del parto subyace una doctrina metafísica dualista ontológica, habríamos de percatarnos de que, si esta resulta deshumanizadora, como a menudo se plantea, no es tanto porque considera el cuerpo como una máquina<sup>4</sup>, sino porque considera *a las personas de parto* como máquinas; esto es, porque no las contemple como una unidad conformada por mente, o alma, y cuerpo. Dicho de otro modo, el problema es que este tipo de dualismo es un dualismo no-interactivo. Y, dado que el objetivo de la obstetricia es, fundamentalmente, el lidiar con los problemas de salud física, como veremos, difícilmente tendrá cabida atender al alma; ello excedería la labor médica.

El modelo médico del parto parece obviar la posibilidad de que, aunque el control de las contracciones uterinas quede allende la voluntad de quien las experimenta, estas puedan verse influenciadas —favorecidas u obstaculizadas— por los estados mentales de quien da a luz. Sin embargo, la evidencia que sostiene la relevancia del papel de la experiencia subjetiva en el progreso del parto no es nada desdeñable, conforme queda

<sup>3</sup> Ha de admitirse, sin embargo, que las explicaciones propuestas por Descartes para la interacción entre estas sustancias enteramente distintas resultan, vistas desde la perspectiva actual, implausibles; pero del hecho de que sus explicaciones sean insatisfactorias no debemos concluir que la intención de Descartes era la de negar la interacción entre cuerpo y mente.

<sup>4</sup> Esto puede resultar problemático, sin embargo, a otros respectos: por ejemplo, cuando se espera que el cuerpo opere siguiendo una férrea temporización, como ocurre al establecer rígidamente la duración normal de las diferentes fases del parto, o incluso al pretender distinguir nítidamente entre unas y otras fases (Winter y Cameron, 2006).

recogido en la revisión sistemática llevada a cabo por la Cochrane, donde se constatan los beneficios que conlleva el apoyo psicológico y emocional continuo de las personas de parto:

El apoyo continuo durante el trabajo de parto puede mejorar los resultados para las mujeres y los recién nacidos, entre ellos el aumento de los partos vaginales espontáneos, la menor duración del trabajo de parto y la disminución de los partos por cesárea, el parto vaginal instrumental, el uso de cualquier analgésico, el uso de analgésicos regionales, la baja puntuación de Apgar a los cinco minutos y los sentimientos negativos sobre las experiencias del parto. [Bohren *et al.*, 2017]

El hecho de que el apoyo psicológico y emocional continuo promueva los partos vaginales espontáneos e incluso disminuya la necesidad de emplear analgesia farmacológica nos debe llevar a subrayar la estrecha relación entre el funcionamiento fisiológico y el funcionamiento mental. Si bien es cierto que diversas doctrinas de la relación cuerpo-mente podrían dar cuenta de este hecho, no aparece apropiado, al menos a nivel práctico, decantarse por planteamientos reduccionistas o *eliminativistas*, donde acabe primando el nivel biológico, pues corremos el riesgo de desatender nuevamente la experiencia subjetiva.

A este respecto, es pertinente traer aquí a colación el trabajo que Ibone Olza y sus colegas vienen realizando sobre los aspectos psicológicos, también sociales, del parto (Olza *et al.*, 2020). Comprendiendo el parto como un proceso neuro-psico-social, el trabajo de Olza *et al.* busca realizar una aproximación integradora de las diferentes dimensiones del parto. Por ejemplo, su propuesta nos lleva a percatarnos del hecho de que evaluar el progreso del parto centrándonos únicamente en parámetros fisiológicos —como la dilatación o la frecuencia de las contracciones— puede resultar una aproximación insuficiente, pues desatiende los diferentes estados mentales por los que también transitan las personas de parto; los cuales, así mismo, pueden aportar información valiosa acerca del progreso del parto. Este modelo da cabida, además, a plantear la posibilidad de que si el parto no está progresando como se esperaría, sea pertinente realizar una intervención de tipo psicológico; esto es, por ejemplo, ofrecer acompañamiento y un mayor apoyo psicológico para tranquilizar, para ofrecer seguridad; para potenciar también el sentido de la agencia de quien está realizando el trabajo de parto.

El modelo neuro-psico-social resulta interesante no sólo por el abandono de un estrecho paradigma mecanicista, sino porque tiene por objetivo ofrecer explicaciones integradoras que subrayen el vínculo entre los procesos mentales y los procesos fisiológicos, hormonales, que se traducen en cambios corporales que facilitan la progresión del parto. Por ejemplo, la producción de oxitocina, que favorece las contracciones uterinas, puede ser estimulada mediante el apoyo psicológico —también mediante estímulos táctiles, como pueden ser las caricias—, lo cual, además, hace que disminuya el miedo, el dolor y el estrés. Aprender la relevancia de unos y otros factores resulta importante para no acabar cayendo en un paradigma que obvie la importancia de los aspectos fisiológicos del parto y nos instale en una visión psicologista. Esta visión encerraría el peligro de que acabemos planteando que con una disposición y manejo psicológicos adecuados puede resolverse *cualquier* problema fisiológico que aparezca durante el parto. Si bien es cierto, como vengo señalando, que la atención a los aspectos psicológicos juega un papel crucial en el desarrollo del parto —y en que este resulte una experiencia positiva y no deje una negativa huella en la salud mental de quienes han dado a luz, como veremos más adelante— no es menos cierto que, en ocasiones, las intervenciones de carácter médico son absolutamente ineludibles.

Entiéndase bien el punto: con ello no quiero expresar una contraposición entre la atención a los aspectos psicológicos y las intervenciones médicas —pues no debería haber conflicto, siempre que se respete a la persona de parto y se busque su participación en la toma de decisiones— sino más bien enfatizar que el funcionamiento fisiológico no depende enteramente del funcionamiento psicológico, y en ocasiones es necesario intervenir médicamente sobre el cuerpo.

Es importante observar también, por otra parte, que comprometerse con un profundo vínculo entre los factores psicológicos y fisiológicos el parto no implica haber de aceptar una metafísica de corte, podríamos decir, *antinaturalista*. Independientemente de la relación cuerpo-mente que suscribamos, plantear una imbricación entre procesos mentales y procesos fisiológicos no debería conducirnos a abandonar el marco de la biomedicina, sino que, más bien, habría de llevarnos a ampliar este marco y, desde luego, a desechar esa visión de la obstetricia que comprende su función como la de lidiar con un *mero* sistema mecánico. Por ejemplo, adoptar un marco evolucionista nos permite comprender cómo el miedo que siente

una persona que está dando a luz pone en marcha toda una serie de procesos que, a la postre, van a dificultar el progreso del parto. A pesar de que la vivencia del miedo está atravesada por numerosos factores personales y culturales —y, en este sentido, podríamos aducir que excedemos el marco de la biomedicina—, tomar en consideración el negativo rol del miedo en el parto no resulta, en absoluto, una práctica *oscura* cuando comprendemos que remite, a fin de cuentas, a la conocida respuesta adaptativa de lucha o huida, la cual detiene el avance del parto para posibilitarnos hacer frente a la amenaza o huir a otra ubicación más segura (Olza *et al.*, 2020)<sup>5</sup>.

Promover una sensación de seguridad y confianza, e incluso de intimidad, atenuando las luces y cuidando la decoración de la habitación donde se da a luz —pues la evidencia parece apuntar a que promueve los partos vaginales espontáneos (Hodnett *et al.*, 2009)— probablemente no son prácticas que asociaríamos a la puntera biomedicina. Sin embargo, todo ello debe abrirse paso en la obstetricia, no sólo porque, en efecto, favorece los partos vaginales espontáneos —lo cual disminuye la necesidad de intervenciones y su concomitante riesgo— sino porque también tiene un impacto positivo en la vivencia del parto, de modo que igualmente disminuyen los riesgos en el terreno de la salud mental. Ahora bien, para que todo ello tenga cabida, es preciso repensar la relación entre lo mental y lo físico, y ampliar el marco de la biomedicina.

### § 3. El parto como un proceso cuasipatológico

No es posible abordar satisfactoriamente el modelo médico del parto sin hacer mención al hecho de que, en él, el parto se concibe como un proceso que roza la patología (Van Teijlingen, 2005). Todo parto se halla lleno de riesgos; y, además, usualmente es necesario intervenir para evitar que el riesgo se materialice en daño físico. Por ello mismo, porque todo puede salir muy mal, muy rápido, es mejor tener el parto monitorizado de cerca. La mirada centrada en el riesgo inherente del proceso del parto vuelve indispensable la observación y monitorización, y frecuentes las intervenciones médicas. Así pues, si en el anterior apartado hablábamos de la comprensión del parto como un proceso propio de un sistema meramente mecánico,

---

<sup>5</sup> Véase también el trabajo de Orly Dahan (2020) para una aproximación evolucionista al estado de conciencia específico del parto.



ahora deberíamos añadir que este proceso a menudo se lleva a cabo de manera *defectuosa*, resultado del hecho de que nuestro propio cuerpo no es sino fruto del proceso ciego y azaroso de la evolución; un proceso no-diseñado que ha dado lugar a un canal de parto insuficientemente amplio como para que por él puedan transitar sin peligro nuestras crías: es el precio a pagar por el bipedismo (Cruz, 2021).

Nótese, nuevamente, que al llamar la atención sobre este punto no pretendo poner en cuestión que, en ocasiones, el parto conlleve serios riesgos para la salud tanto de quienes dan a luz como de quienes paren: la monitorización y las intervenciones son, en ocasiones, absolutamente necesarias. El problema aparece cuando la *posición por defecto* que adoptamos es la de tratar todo embarazo y todo parto como lleno de riesgos y necesitando una observación o monitorización continua. Y ello también guarda relación con la desatención a los aspectos psicológicos del parto, por dos motivos: en primer lugar, porque la noción de riesgo se centra mayormente en los riesgos para la salud física; en segundo lugar, porque la noción de riesgo se construye desde una perspectiva que bien podríamos denominar realista, esto es, sin tener en consideración el rol de la misma observación y la percepción subjetiva, tanto de quien da a luz como de quienes atienden el parto.

Comencemos por el primer punto. Que el foco del modelo médico se dirige fuertemente hacia la salud física se hace patente, por ejemplo, cuando al abrir un manual de obstetricia usualmente observamos que en él se abordan las múltiples complicaciones, y su manejo, que pueden ocurrir a nivel corporal, mientras que apenas encontramos información acerca de cómo favorecer el parto sin necesidad de intervenciones o de cómo evitar los daños en la salud mental de las personas de parto<sup>6</sup>. La cuestión de los riesgos que conlleva el parto para la salud no es menor, como evidencia el número de testimonios de personas que han vivido su parto como una experiencia traumática, o que incluso han llegado a desarrollar un trastorno por estrés post-traumático (TEPT): se ha llegado a estimar en un 30% el número de personas que han vivido sus partos como experiencias traumáticas (Olde *et al.*, 2006); mientras que las estimaciones acerca de la incidencia del TEPT rondan el 4% para la población general, y 18% en el caso de población de riesgo (Yildiz, Ayers y Phillips, 2017)

---

<sup>6</sup> Dos muestras de ello serían *Williams Obstetrics* (Cunningham *et al.*, 2014) y *Oxford Handbook of Obstetrics and Gynaecology* (Collins *et al.*, 2013).

—población que, por ejemplo, ha sufrido violencia sexual o que padece problemas de salud mental—.

Aunque dirimir las causas de estas altas cifras es una cuestión compleja, estudios recientes apuntan a ciertos aspectos de la experiencia subjetiva de quienes dan a luz como factores clave a la hora de determinar si el parto resultará, o no, una experiencia traumática. Entre estos factores destacan la percepción de control de quien da a luz —que se concreta en poder ejercer el derecho a la autonomía, participando en la toma de decisiones y contando con información que sea presentada de manera accesible— y la percepción de estar recibiendo un trato respetuoso y estar siendo cuidada (Ayers *et al.*, 2016; Chabbert, Panagiotou y Wendland, 2021; McKelvin, Thomson y Downe, 2021). Todos estos datos muestran la relevancia de atender a los aspectos psicológicos del parto, reconociendo los riesgos, también para la salud mental, que una indebida atención entraña para las personas de parto.

Abordemos ahora el segundo aspecto que he mencionado más arriba: la concepción *realista* del riesgo. Por concepción realista del riesgo entiendo aquella que asume que el riesgo puede ser establecido sin tener en consideración factores subjetivos, tanto de quien pare como de quienes atienden el parto. Por la parte de quienes dan a luz, ya he planteado más arriba que el miedo resulta un factor clave en la progresión del parto: cuando las personas de parto se sienten inseguras y sienten miedo, hay más probabilidades de que sea preciso llevar a cabo intervenciones médicas debido a la falta de progreso del trabajo de parto. En este sentido, el propio discurso médico, al comprender el parto como un proceso casi patológico, plagado de riesgos, puede ser un factor que infunda una sensación de temor en quienes han de dar a luz. Se da, por tanto, la paradoja de que al centrarnos en los riesgos podemos incrementarlos, en una suerte de profecía autocumplida: si formamos parte de una cultura donde imperan los discursos —también las prácticas— que conciben y manejan el parto como un proceso altamente arriesgado, es más probable que sintamos miedo y ansiedad frente a esa situación; y, como ya he mencionado, la evidencia apunta a que estos factores psicológicos, el miedo y la ansiedad frente al parto, son factores de riesgo tanto para tener una experiencia traumática, como para que no se dé un parto vaginal espontáneo, sino que este requiera de intervención médica.

Algo semejante ocurre con la monitorización. En la década de los 70, los dispositivos de monitorización fetal continua se introducen para lidiar con la incertidumbre y con el riesgo durante el trabajo de parto y para tener controlado al bebé —aunque no podemos obviar que su introducción también se debió a factores logísticos, pues estos dispositivos permiten que una misma obstetra pueda atender a más personas a la vez, sin haber de estar continuamente presente—. En la actualidad, el uso de estos dispositivos está comenzando a ser restringido únicamente a los casos en que existe una clara indicación médica para la necesidad de monitorización; es decir, no se emplearían por defecto en todos los casos, como solía hacerse, incluso en los partos de bajo riesgo (Owens, 2017). La evidencia aquí parece apuntar al hecho de que este dispositivo, que se introduce para controlar el riesgo, en realidad puede hacer que aumente el riesgo y las intervenciones médicas —como el uso de fórceps o las cesáreas— cuando se usa indiscriminadamente. ¿Por qué? Determinar las causas no resulta sencillo, pero parece habría, al menos, dos factores implicados: en primer lugar, el hecho de que, frente a cualquier variación del ritmo cardíaco del bebé, el personal sanitario se ve inclinado a intervenir rápidamente para prevenir, aun cuando de otro modo no habría sido necesario —lo cual también conlleva sus riesgos, como cualquier intervención médica—; otros factores, en cambio, tendrían que ver con la propia percepción y experiencia subjetiva de quien está pariendo. Los monitores fetales dificultan la libertad de movimiento de las personas de parto, lo cual puede convertirse en una fuente de estrés; pero, además, también pueden ser una fuente de distracciones o de preocupaciones, y dificultar la concentración total y despreocupada en el trabajo de parto; lo cual, a su vez, puede dificultar su progresión y, además, incrementar el dolor.

Conforme narra una mujer: «Tenía que tener el monitor encendido todo el tiempo y era realmente restrictivo... Lo último que quieres cuando tienes dolor o estás tratando de concentrarte es tener que pensar en otra cosa» (Whitburn *et al.*, 2014: 1032). Por último, *gracias* a los monitores, se convierte en innecesaria la presencia continua del personal sanitario en la sala —ese personal que podría ofrecer tranquilidad y apoyo psicológico y emocional—; e, incluso, cuando sí están presentes: «al centrarse en la máquina hay menos atención hacia la mujer y hacia su experiencia, por parte de todo

el mundo —doctores, marido o compañero/a, y posiblemente incluso por la propia mujer—» (Bergum, 1986: 172).

Es por el hecho de que los discursos y prácticas que empleamos para lidiar con el riesgo tienen un impacto causal en el propio riesgo que considero oportuno hablar de su construcción. Con ello no quiero señalar que el propio concepto de riesgo ya está cargado de valores, como ya ha sido advertido (Hansson, 2010)<sup>7</sup>, sino más bien apuntar al hecho de que la propia monitorización en el parto es un factor con un poder causal sobre el riesgo. A este respecto, resulta pertinente traer a colación aquello que Ian Hacking (1996) llamó *looping effect* y que, más tarde, Sally Haslanger (2012) comprendió como construcción discursiva: esto es, el hecho de que el discurso, las clasificaciones médicas, las prácticas médicas, etc. tienen un impacto causal en el comportamiento y la autocomprensión de quienes son objeto de ellas. En este sentido, cabría señalar que el discurso y prácticas médicas que conciben y tratan a las personas de parto como personas que atraviesan un momento de especial vulnerabilidad física puede, de hecho, incrementar su exposición al riesgo.

El riesgo, por tanto, no es algo que exista de manera independiente de su clasificación, observación y manejo. Y en toda esta cuestión, de nuevo, trasluce esa escisión entre los aspectos psicológicos y fisiológicos del parto; no sólo por el enfoque centrado en los riesgos para la salud física propio del modelo médico del parto, sino por abordar la observación del cuerpo como si se tratase de la observación de un sistema mecánico, esto es, de un sistema cuyo estado no se ve afectado por aspectos subjetivos. El cuerpo no es un sistema mecánico, sino un cuerpo vivido, y ello marca la diferencia.

Antes de concluir este apartado me gustaría recalcar que es perfectamente concebible que todas estas prácticas propias del modelo médico se lleven a cabo con la mejor de las intenciones (aunque probablemente también habría que tener en cuenta consideraciones sobre la eficiencia y sobre la gestión de los recursos sanitarios, pero dejemos de lado esta cuestión). No se trata de denunciar, pues, un incremento

---

<sup>7</sup> Podríamos, en este sentido, percatarnos de que el propio concepto de riesgo implica un resultado que deseamos evitar, pues lo consideramos negativo. Así pues, dado que diferentes personas pueden discrepar en la valoración de diferentes resultados, aquello que consideran un riesgo varía.

deliberado del riesgo en los partos. Ahora bien, cuando se parte de unas premisas inadecuadas, es fácil errar, aun con la mejor de las intenciones.

#### § 4. El descrédito del conocimiento encarnado

El último aspecto que aquí consideraré y que, nuevamente, está relacionado con esa desconexión entre el cuerpo y la mente que venimos abordando, es el que tiene que ver con la falta de reconocimiento del conocimiento encarnado que las personas de parto pueden poseer. Aproximarse al cuerpo como un sistema mecánico, predispuesto al fallo, obviando la interacción mente-cuerpo, como hemos venido explorando, nos conduce a la desconsideración de los aspectos psicológicos, pero también nos puede llevar al descrédito del testimonio de las personas de parto, desechando que sus propias sensaciones puedan ser una fuente de conocimiento. En este sentido, resulta iluminador traer a colación el testimonio de la filósofa Sarah Cohen Shabot, quien, en un ejercicio de reflexión sobre su propio parto, lo identifica como un caso de injusticia epistémica, esto es, de un descrédito injusto de su testimonio debido a prejuicios. La citamos por extenso:

«Estoy de parto», dije, agachándome, arrodillándome, abrazando las piernas de mi pareja durante una contracción increíblemente fuerte. «Las habitaciones están ocupadas», respondió la comadrona. «Tendré que revisarte para saber si realmente estás de parto. Si no es así, tendrás que esperar». «¡Pero lo estoy!» Casi lloré. «¿No lo ves?» «Tendré que examinarte por vía vaginal», respondió, inflexible. Ese fue el final de la conversación. [...] Tenía 8cm de dilatación, según el examen: en efecto, estaba de parto. Durante mucho tiempo consideré que ese primer examen vaginal extremadamente doloroso (uno de los muchos que siguieron) fue el primer procedimiento violento e innecesario al que me sometí durante ese parto, pero al reflexionar más sobre ello, a través de las teorías de la injusticia epistémica, quedó claro que la violencia comenzó antes: cuando supe algo sobre mi parto (a través de mi cuerpo, la dolorosa dilatación de mi cuello uterino) y no fui escuchada. Mi conocimiento, mi certeza encarnada (a lo largo de mi parto), fue firmemente desacreditada por el personal médico. [Cohen Shabot, 2021: 635-636]

La injusticia epistémica puede venir dada por ciertos prejuicios negativos asociados a ciertos colectivos. Un ejemplo de ello, obviamente, son los prejuicios de género que operan sobre las mujeres de parto. Sin embargo, cabe también plantear que hay ciertos

marcos teóricos que pueden promover las injusticias de tipo epistémico: este sería el caso que nos ocupa, donde los presupuestos acerca de la relación mente-cuerpo y la naturaleza puramente fisiológica del proceso del parto nos podrían llevar a desacreditar sistemáticamente los testimonios de las personas de parto, las cuales jamás podrían encontrarse en una posición adecuada para tener conocimiento acerca de su propio parto, pues *solamente* tienen acceso a su experiencia vivida.

Si partimos de la concepción del cuerpo como un sistema mecánico cuyo funcionamiento es ajeno al funcionamiento mental, va a resultar particularmente complejo, cuando no imposible, plantear que las personas de parto puedan tener un conocimiento encarnado: el modo de acceso al conocimiento de los sistemas mecánicos es la observación en tercera persona. Si a esto le sumamos que las personas de parto carecen del conocimiento experto propio del personal sanitario profesional, añadimos otro obstáculo en el camino para dar crédito a sus testimonios: en cualquier caso, sus sensaciones no pueden considerarse fiables. Quienes están dando a luz carecen de conocimiento sobre su propio parto porque sólo tienen acceso a su perspectiva subjetiva, la cual no puede ser reconocida como fuente de evidencia.

Mi intención aquí, como en los apartados anteriores, no es argumentar en contra del conocimiento médico, sino poner en valor cierto conocimiento encarnado que pueden poseer las personas de parto sobre su propio cuerpo. Y es que si adoptamos la postura de que quien pare no tiene evidencia alguna sobre el proceso del parto o sobre lo que es necesario hacer —por ejemplo, sobre cuándo es el momento de empujar, cuándo caminar, cuándo cambiar de postura, etc.—; estaremos mermando nuevamente la agencia de las personas de parto, contribuyendo a que no se sientan ni vistas ni escuchadas y, en definitiva, abonando el terreno para que el parto no progrese y para que además se convierta en una experiencia negativa, si no directamente traumática (Ballesteros, 2022).

## § 5. Conclusiones

A lo largo del texto he considerado algunos aspectos del modelo médico donde trasluce la escisión asumida entre el cuerpo y la mente de las personas de parto. La conclusión a la que llegamos es que no atender al profundo vínculo entre los aspectos

psicológicos y fisiológicos del parto puede tener un impacto negativo tanto en la salud física como en la salud mental de quienes dan a luz. A pesar de que el modelo médico aparece para dar respuesta a la exposición al riesgo de las personas de parto, en ciertas circunstancias puede tener el efecto contrario, esto es, el de aumentar el riesgo y el daño.

Es necesario, por tanto, potenciar aproximaciones alternativas para abordar la vulnerabilidad propia del proceso del parto (Ballesteros y Moreno-Romero, en prensa). Tales aproximaciones deben pasar por la atención al vínculo entre psicología y fisiología, pues ello tiene beneficios para el trabajo del parto, al tiempo que reduce la necesidad de intervenciones médicas y el uso de medios analgésicos farmacológicos. Para integrar ambos factores no es necesario abandonar el marco de la biomedicina, pero sí ampliarlo para dar cuenta de su complejidad, huyendo de explicaciones y prácticas excesivamente centradas en la biología.

## Bibliografía

- Ayers, S.; R. Bond; S. Bertullies, y K. Wijma (2016), «The Aetiology of Post-Traumatic Stress Following Childbirth: A Meta-Analysis and Theoretical Framework», en *Psychological Medicine*, 46 (6), 1121-1134. <<https://doi.org/10.1017/S0033291715002706>>, [30/10/2022].
- Ballesteros, Virginia (2022), «A Stigmatizing Dilemma in the Labour Room: Irrationality or Selfishness?», en *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 28 (5), 875-882. <<https://doi.org/10.1111/jep.13747>>, [30/10/2022].
- Ballesteros, Virginia, y Moreno-Romero, Pablo (En prensa), «Dar a luz: de la vulnerabilidad al empoderamiento», en *En-claves del Pensamiento*, 33.
- Bergum, Vangie (1986), *The Phenomenology of Woman to Mother: the Transformative Experience of Childbirth*. Edmonton, University of Alberta. <<https://doi.org/10.7939/R35H7C291>> [03/11/2022].
- Bohren, Meghan A.; Justus Hofmeyr, G.; Sakala, Carol; Fukuzawa, Rieko K., y Cuthbert, Anna (2017), «Apoyo continuo para las mujeres durante el parto», en *Cochrane Pregnancy and Childbirth Group. Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017 (7). <<https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub6>> [03/11/2022].
- Chabbert, Margaux; Panagiotou, Danaé, y Wendland, Jaqueline (2021), «Predictive Factors of Women's Subjective Perception of Childbirth Experience: A Systematic Review of the Literature», en *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 39 (1), 43-66. <<https://doi.org/10.1080/02646838.2020.1748582>> [03/11/2022].
- Cohen Shabot, Sara. (2021), «“You Are Not Qualified—Leave It to Us”: Obstetric Violence as Testimonial Injustice», en *Human Studies*, 44 (4), 635-653. <<https://doi.org/10.1007/s10746-021-09596-1>> [03/10/2022].



- Collins, Sally; Arulkumaran, Sabaratnam; Hayes, Kevin; Jackson, Simon, e Impey, Lawrence (eds.) (2013), *Oxford Handbook of Obstetrics and Gynaecology*, third edition. Oxford (United Kingdom), Oxford University Press. Oxford Medical Publications.
- Cruz, Eduardo R. (2021), «Giving Birth, Transhumanism and Human Nature», en *Revista de Filosofía Aurora*, 33 (59). <<https://doi.org/10.7213/1980-5934.33.059.A005>> [03/10/2022].
- Cunningham, F. Gary; Leveno, Kenneth J.; Bloom, Steven L.; Spong, Catherine Y., y Dashe, Jodi S. (2014), *Williams Obstetrics*, 24 ed. New York (EEUU), Mcgraw-Hill.
- Dahan, Orli (2020), «Birthing Consciousness as a Case of Adaptive Altered State of Consciousness Associated With Transient Hypofrontality», en *Perspectives on Psychological Science*, 15 (3), 794-808. <<https://doi.org/10.1177/1745691620901546>> [03/10/2022].
- Davis-Floyd, Robbie (2022), *Birth as an American Rite of Passage*. London, Routledge.
- Davis-Floyd, Robbie (1993), «The Technocratic Model Of Birth», en Susan Tower Hollis, Linda Pershing y M. Jane Young (eds.), *Feminist Theory in the Study of Folklore*. Illinois, University of Illinois Press, 297-326.
- Davis-Floyd, Robbie (1990), «The Role of Obstetrical Rituals in the Resolution of Cultural Anomaly», en *Social Science & Medicine*, 31 (2), 175-189. <[https://doi.org/10.1016/0277-9536\(90\)90060-6](https://doi.org/10.1016/0277-9536(90)90060-6)> [03/10/2022].
- Duncan, Grant. (2000), «Mind-Body Dualism and the Biopsychosocial Model of Pain: What Did Descartes Really Say?», en *The Journal of Medicine and Philosophy*, 25 (4), 485-513. <[https://doi.org/10.1076/0360-5310\(200008\)25:4;1-A;FT485](https://doi.org/10.1076/0360-5310(200008)25:4;1-A;FT485)> [11/12/2022].
- Hacking, Ian. (1996), «The looping effects of human kinds», en Dan Sperber, David Premack, y Ann James Premack (eds.), *Causal Cognition: A Multidisciplinary Debate*. Oxford, Oxford University Press, 351-394.
- Hansson, Sven Ove (2010), «Risk: objective or subjective, facts or values», en *Journal of Risk Research*, 13 (2), 231-238.
- Haslanger, Sally Anne (2012), «Ontology and Social Construction», en *Resisting Reality: Social Construction and Social Critique*. New York, Oxford University Press, 83-112.
- Hodnett, Ellen D.; Stremler, Robyn; Weston, Julie A., y McKeever, Patricia (2009), «Re-conceptualizing the hospital labor room: the PLACE (pregnant and laboring in an ambient clinical environment) pilot trial», en *Birth*, 36 (2), 159-166.
- McKelvin, Giliane; Thomson, Gillian, y Downe, Soo (2021), «The Childbirth Experience: A Systematic Review of Predictors and Outcomes», en *Women and Birth*, 34 (5), 407-416. <<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.09.021>> [11/12/2022].
- Olde, Eelco; Hart, Onno van der; Kleber, Rolf, y Son, Maarten van (2006), «Posttraumatic Stress Following Childbirth: A Review», en *Clinical Psychology Review*, 26 (1), 1-16. <<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.07.002>> [02/12/2022].
- Olza, Ibone; Uvnas-Moberg, Kerstin; Ekström-Bergström, Anette; Leahy-Warren, Patricia; Karlsdottir, Sigfridur Inga; Nieuwenhuijze, Marianne; Villarmeá, Stella; *et al.* (2020), «Birth as a Neuro-Psycho-Social Event: An Integrative Model of Maternal Experiences and Their Relation to Neurohormonal Events during Childbirth», en *PLoS ONE*, 15 (7), e0230992. <<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0230992>>.
- Owens, Kellie (2017), «Too much of a good thing? American childbirth, intentional ignorance, and the boundaries of responsible knowledge», en *Science, Technology & Human Values*, 42 (5), 848-871.
- Reed, Richard K. (2005), *Birthing fathers: The transformation of men in American rites of birth*. New Jersey, Rutgers University Press.



- Rothman, Barbara Katz (2007), «Laboring Now: Current Cultural Constructions of Pregnancy, Birth and Mothering», en Wendy Simonds, Barbara Katz Rothman, y Bari Meltzer Norman (eds.), *Laboring on: Birth in Transition in the United States*. New York, NY, Routledge, 29-93.
- Switankowsky, Irene (2000), «Dualism and Its Importance for Medicine», en *Theoretical Medicine*, n.º 21, 567-80.
- Teijlingen, Edwin van (2005), «A critical analysis of the medical model as used in the study of pregnancy and childbirth», en *Sociological Research Online*, 10 (2), 63-77.
- Whitburn, Laura Y.; Jones, Lester E.; Davey, Mary-Ann, y Small, Rhonda (2014), «Women's Experiences of Labour Pain and the Role of the Mind: An Exploratory Study», en *Midwifery*, 30 (9): 1029-1035. <<https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.04.005>>, [20/11/2022].
- Winter, Clare; y Cameron, Joan (2006), «The 'stages' model of labour: deconstructing the myth», en *British Journal of Midwifery*, 14 (8), 454-56.
- Yildiz, Pelin Dikmen; Ayers, Susan, y Phillips, Louise (2017), «The Prevalence of Posttraumatic Stress Disorder in Pregnancy and after Birth: A Systematic Review and Meta-Analysis», en *Journal of Affective Disorders*, 208, enero, 634-45. <<https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.10.009>> [20/11/2022].

