

Los paradigmas tecnocrático, humanista y holístico del parto

Doctora Robbie Davis-Floyd

International Journal of Gynecology and Obstetrics, vol. 75, suplemento nº 1, noviembre de 2001, pp. S5-S23

Resumen

Este artículo describe tres paradigmas de los cuidados sanitarios que tienen un gran efecto en el parto contemporáneo, especialmente en los países occidentales industrializados pero que se están dando cada vez más en todo el mundo.¹ Llamo a estos tres paradigmas *los modelos tecnocrático, humanista y holístico de la medicina* (Davis-Floyd, 1992; Davis-Floyd y St. John, 1998). Estos modelos difieren fundamentalmente en sus definiciones del cuerpo y su relación con la mente, y por lo tanto en el modo de enfocar los cuidados sanitarios que éstos definen. El modelo tecnocrático subraya la separación entre mente y cuerpo y ve el cuerpo como una máquina; el modelo humanista subraya la conexión entre mente y cuerpo y define el cuerpo como un organismo; el modelo holístico insiste en la unidad de cuerpo, mente y espíritu y define el cuerpo como un campo de energía en interacción constante con otros campos de energía. Tras muchos años de investigación en el parto contemporáneo, en especial mediante entrevistas con médicos, parteras, enfermeras y madres, este artículo pretende describir los doce principios de cada paradigma tal como se aplican a los cuidados sanitarios y obstétricos contemporáneos así como señalar sus implicaciones futuras. Propongo que las personas que atienden partos y que combinan elementos de los tres paradigmas tienen una oportunidad única

EL MODELO TECNOCRÁTICO DE LA MEDICINA

La manera como la sociedad concibe y utiliza la tecnología refleja y perpetúa el sistema de valores y de creencias que la sustenta. A pesar de sus pretensiones de rigor científico, el sistema médico occidental se basa menos en la ciencia que en su contexto social más amplio; como todos los sistemas de cuidados sanitarios, personifica los prejuicios y las creencias de la sociedad que la creó. El sistema de valores fundamentales de la sociedad occidental está fuertemente orientado hacia la ciencia, la alta tecnología, el beneficio económico y las instituciones dirigidas patriarcalmente (Davis-Floyd, 1992). Nuestro sistema médico refleja el sistema de valores fundamentales: sus éxitos se basan en la ciencia, están influenciados por la tecnología y se llevan a cabo a través de grandes instituciones dirigidas por ideologías patriarcales en un contexto determinado por la búsqueda de beneficios económicos. Entre estos valores fundamentales, tanto en la medicina como en el conjunto de la sociedad, la tecnología reina por encima de todo. Tal como ha quedado patente desde hace más de veinte años, la mayoría de las prácticas obstétricas tienen pocas o ninguna evidencia científica que las justifiquen. Se realizan de forma rutinaria no porque tengan sentido científico sino porque tienen un sentido cultural. Tal como veremos a continuación, ejemplifican aspectos esenciales de la vida tecnocrática.

Los doce principios del modelo tecnocrático

(1) La separación mente-cuerpo, y (2) El cuerpo como máquina

El principal valor que sustenta el paradigma tecnocrático de la medicina es la separación. El principio de separación estipula que las cosas se entienden mejor fuera de su contexto; o sea, separadas de los objetos o las personas con los que están relacionados. La tecnomedicina divide continuamente al individuo en las partes que lo componen, el proceso de reproducción en los elementos que lo constituyen, y separa

la experiencia de dar a luz del flujo de la vida. Pero antes que nada separa al cuerpo humano de la mente humana.

El cuerpo presenta una paradoja conceptual profunda para nuestra sociedad ya que es a la vez una creación de la naturaleza y el centro de atención de la cultura. ¿Cómo se nos puede separar de la naturaleza cuando formamos parte de ella? Descartes y Bacon, entre otros, solucionaron claramente este problema en el siglo XVII al establecer la separación filosófica de mente y cuerpo de la que depende la metáfora de la máquina como cuerpo. Esta idea significó que la esencia cultural superior del hombre, su mente –así como la esencia espiritual, su alma– podían permanecer inmutables mientras que el cuerpo, como mera parte de la naturaleza mecánica, se podía dividir, estudiar y reparar.

Esta metáfora del cuerpo-como-máquina podía haber sido inherentemente igualitaria pero las naciones industrializadoras de Occidente eran sociedades patriarcales dominadas por el hombre. Así pues, el cuerpo masculino pasó a considerarse médicamente como el prototipo del cuerpo-máquina que funciona bien. El cuerpo femenino, dado que se desviaba del estándar masculino, se veía como inherentemente defectuoso y peligrosamente bajo la influencia de la naturaleza que, al ser imprevisible, se consideró necesitaba ser constantemente controlada por el hombre (Merchant, 1983; Davis-Floyd, 1992). En consecuencia, a pesar de la creciente aceptación del parto como algo mecánico como todos los demás procesos corporales, pasó a ser visto como un proceso mecánico inherentemente imperfecto y poco fiable, y la metáfora del cuerpo femenino como una máquina defectuosa finalmente formó la base filosófica de la obstetricia moderna. Además, a medida que la producción mecanizada de productos se fue convirtiendo en una metáfora organizativa fundamental de la vida social, también pasó a ser la metáfora dominante del parto: el hospital se convirtió en la fábrica, el cuerpo de la madre en la máquina, y el bebé en el producto de un proceso de fabricación industrial. A la obstetricia se le exigió por tanto que desarrollara herramientas y tecnologías para tratar y mejorar el proceso inherentemente defectuoso del parto y hacer que éste se ajustase al modelo de cadena de montaje de la producción en serie.

(3) El paciente como objeto, y (4) La alienación del médico de la paciente

Mecanizar el cuerpo humano y definir al cuerpo-máquina como el objeto adecuado del tratamiento médico libera a los tecnomédicos de cualquier sentido de responsabilidad hacia la mente y el espíritu del paciente. Así pues, los médicos a menudo no sienten la necesidad de involucrarse con el individuo que vive en ese cuerpo-máquina prefiriendo por el contrario ver y hablar de una paciente como «la cesárea de la 112». Jordan (1993) demuestra cómo esta tendencia a objetivar a los pacientes puede incluso hacer que se nieguen a discutir ningún detalle de un caso con la persona que lo personifica. Esta especie de alienación de sus pacientes a menudo la aprenden los médicos en la facultad de medicina o durante la residencia, ya que les enseñan a protegerse evitando involucrarse emocionalmente. De aquí que lógicamente no haya ningún motivo para ocuparse de las emociones del paciente. Por lo tanto, se les permite proteger sus propios sentimientos de tener que preocuparse en demasía. Los médicos tecnocráticos no valoran el mantener una larga conversación con sus pacientes sino que prefieren que las visitas sean breves. Aunque es bien sabido que el contacto físico y el afecto son factores poderosos que pueden afectar positivamente tanto la experiencia que la mujer tiene del trabajo de parto como el resultado del mismo (ver más abajo), es raro ver a los tocólogos tocar a las parturientas, aguantarles la mano o confortarlas con un abrazo.

(5) El diagnóstico y el tratamiento desde fuera hacia dentro

Cuando la mayoría de las máquinas se estropean, no se las repara desde dentro; se tienen que reparar desde fuera, y alguien debe hacerlo. Así pues, en la tecnomedicina, resulta que se tiene que intentar diagnosticar problemas, curar enfermedades y reparar disfunciones desde fuera. La información más valiosa es la que dan muchas máquinas de diagnóstico de alta tecnología que ahora se consideran fundamentales para un buen cuidado sanitario. Tales tecnologías de diagnóstico abundan durante el embarazo y el parto, desde ecografías en los primeros meses del embarazo a la monitorización fetal durante el trabajo de parto. Y el tratamiento también se hace desde fuera hacia adentro –cuando el trabajo de parto se hace más lento, el saco amniótico se perfora y a la paciente se inyecta oxitocina endovenosa para acelerarlo; cuando un bebé parece que está atascado, se amplía la episiotomía o se extrae con el fórceps.

La administración rutinaria del gota a gota a las mujeres que están de parto es un buen ejemplo de un uso excesivo generalizado de este enfoque desde fuera hacia dentro. Existen muchas pruebas científicas (Enkin et al., 2000; Goer, 1995, 1999; Rooks, 1997) que indican que es mucho más sano para una mujer comer y beber durante el trabajo de parto. Pero el gota a gota tiene una poderosa carga simbólica: es el cordón umbilical con el hospital. El gota a gota hace que la vida de la mujer dependa tanto del centro hospitalario como la del bebé que lleva en su vientre depende de ella (Davis-Floyd, 1992). Por extensión, se puede considerar el gota a gota como una expresión simbólica perfecta de la vida en la tecnocracia: estamos umbilicalmente unidos a las instituciones y, a través de ellas, a la sociedad. De la misma manera que en una vena se introduce una aguja y a continuación el fluido fluye a través del tubo del gota a gota, a nuestras casas entran el agua, las cloacas, el teléfono y las líneas eléctricas. La carga simbólica más completa del gota a gota radica en su expresión y despliegue de nuestras fusiones continuadas de nosotros mismos con las tecnologías que creamos. Un «ciborg» es un organismo cibernético, una fusión de humano y máquina. En el ámbito cultural de la reproducción, vamos intensificando el ritmo de nuestra propia ciborgificación (ver Davis-Floyd y Dumit, 1998).

(6) La organización jerárquica y la estandarización de los cuidados

Como su predecesor industrial, la tecnocracia es una sociedad jerárquicamente organizada. El término tecnocracia implica el uso de una ideología de avance tecnológico como fuente de poder político (Reynolds, 1991). Así pues, expresa no sólo las dimensiones tecnológicas sino también jerárquicas, burocráticas y autocráticas de este modelo de realidad culturalmente dominante. Aunque muchas empresas pretendan hacer un cambio paradigmático al transformarse en «redes organizativas» y «empresas horizontales», el sistema médico se mantiene fiel a su papel como microcosmo de la sociedad, rígidamente jerárquico en términos del poder de los médicos como grupo, el énfasis en la especialidad por encima de los cuidados primarios, y en términos de subordinación de las necesidades individuales a prácticas y rutinas institucionales estandarizadas.

La estandarización de los partos hospitalarios es muy evidente en la mayoría de hospitales modernos. Al ingresar en el hospital, a la parturienta se la llevan en una silla de ruedas a la sala de dilatación. Allí le quitan la ropa, le piden que se ponga una bata y se le practica una exploración vaginal. Se le limita o prohíbe el acceso a la comida y le insertan una aguja intravenosa en la mano o en el brazo. El monitor fetal externo se conecta a la mujer para monitorizar la fuerza de sus contracciones y el latido del corazón del bebé. Se le practican exploraciones vaginales periódicas para comprobar el grado de dilatación. En la mayoría de hospitales modernos todas estas prácticas se

realizan de forma rutinaria sin ninguna justificación científica (Enkin et al., 2000; Goer, 1995, 1999; Rooks, 1997).

A medida que se acerca el momento de dar a luz, se intensifican las acciones que se hacen a la mujer, ya que la llevan al paritorio, la colocan en posición de litotomía, la cubren con una sábana estéril y le esterilizan la zona con antiséptico, y se le practica una episiotomía. Después del parto, le dejan abrazar al bebé unos breves momentos, le extraen la placenta si no ha salido por sí sola, le suturan la episiotomía, la asean y la trasladan a una cama del hospital. O pueden hacerle una cesárea: en países como Brasil y México, al parecer esta operación ha pasado rápidamente a ser rutinaria (Castro, 2001; Potter et al., 2001).

Por supuesto, existen muchas variaciones al respecto. Algunas prácticas que solían ser estándar en los países estadounidenses en los años cuarenta, cincuenta o sesenta como atarles las manos, no permitir la entrada de los padres y rasurarlas o ponerles enemas ya no se utilizan, aunque algunas aún son comunes en países en vías de desarrollo. Entre otros cambios importantes introducidos desde entonces figuran la presencia del padre y que las mujeres permanecen conscientes mientras paren. Siempre y cuando sea posible, muchas mujeres optan por parir en una sala de partos o en la misma sala de dilatación, donde pueden vestir su propia ropa, hacerlo sin tener que llevar el gota a gota y andar durante el trabajo de parto. Sin embargo, a pesar de estas concesiones a la demandas del consumidor de un parto más humanista, continúa existiendo un modelo básico de intervención de alta tecnología: la mayoría de los hospitales exigen ahora como mínimo un seguimiento electrónico periódico de todas las parturientas: analgésicos, excitocina y epidurales se administran de forma muy habitual; y están aumentando los casos de cesárea. Así pues, aunque algunas prácticas médicas han caído en desuso, la utilización de los significantes más poderosos de la dependencia de la mujer de la ciencia y la tecnología sigue creciendo.

(7) La autoridad y la responsabilidad inherentes al médico, no a la paciente

De acuerdo con su estructura jerárquica, el modelo tecnocrático confiere autoridad a los médicos y a los centros y a las personas que allí trabajan. Elementos muy obvios como los títulos y las batas blancas indican la autoridad del médico, que puede reforzar su estatus al no revelar información y utilizar una jerga médica que la paciente no puede entender. Cuando el doctor es la autoridad, a la paciente le falta responsabilidad.² Muchos doctores son capaces de presentar con mucha facilidad una opción como la respuesta, simplemente negándose a discutir alternativas que no se ajustan al paradigma. En este escenario, para la paciente es mucho más fácil renunciar a su preferencia personal a favor de lo que escoge el doctor.

En el parto, una de las demostraciones más gráficas del poder de la «elección del doctor» es la posición de litotomía que tanto les gusta a los doctores no porque sea fisiológicamente lógica sino porque les permite atender partos de pie, con un campo de maniobra claro. Sabemos muy bien que su posición complica el parto pero las muchas buenas razones fisiológicas que justifican que las mujeres paren en cuchillas (entre otras, aumenta el riego sanguíneo del bebé y con ello el nivel de oxígeno, hace que empujar sea más eficaz y amplía la abertura pélvica) son mucho menos importantes para la mayoría de médicos que su propia comodidad, conveniencia y estatus. En Occidente, «arriba» es bueno y «abajo» es malo: la persona que está «arriba» tiene el estatus y el poder, y pocas veces renuncia a ello en beneficio de la parturienta y del bebé.

El hecho que la tecnomedicina invista autoridad y responsabilidad tanto a los médicos como a los hospitales es un arma de doble filo. Aunque el personal médico sí tiene

poder para dar órdenes a las pacientes y establecer políticas y prácticas institucionales, pueden ser y a menudo son responsables de muertes y resultados que ningún mortal podría prevenir. La proliferación de causas penales contra tocólogos en las dos últimas décadas evidencia cómo los ciudadanos han dirigido este principio del modelo tecnocrático contra sus defensores.

(8) La sobrevaloración de la ciencia y de la tecnología

El gran público suele asumir que los doctores son científicos, pero la mayoría de los estudiantes de medicina reciben poca o ninguna formación sobre metodología y análisis de investigación. Según un estudio de 1978 llevado a cabo por la Oficina de Evaluación del Congreso de los Estados Unidos, «sólo un 20% de todas las prácticas utilizadas normalmente han demostrado ser eficaces en pruebas supervisadas»; en los años noventa, aún es cierto que más de la mitad de las técnicas que emplean rutinariamente los médicos no han sido probadas en un control riguroso. Sin embargo, el poder del paradigma tecnomédico es tal que los médicos aceptarán rápidamente prácticas y tecnologías acordes con él, al tiempo que rechazarán las que no lo están. Así pues, mientras que la ciencia es «sobrevalorada» como una ideología en este paradigma, los descubrimientos reales a menudo se menosprecian o se ignoran.

De igual modo, las tecnologías que predominan en el tratamiento médico son las que apoyan el espíritu de «la evolución mediante la tecnología» del modelo tecnocrático, en el que el progreso implica el desarrollo de máquinas cada vez más sofisticadas. Cuando un doctor utiliza una herramienta de «baja tecnología» como un estetoscopio, toca a la paciente, habla con ella, escucha con sus propios oídos los latidos de su corazón o del bebé, interpreta los sonidos a través de sus propias percepciones corporales, y llega a un diagnóstico que depende en gran medida de sus sentidos físicos. Cuando el mismo doctor utiliza un escáner de tomografía axial computarizada (TAC) o un monitor fetal electrónico (NST), sólo la máquina toca o interactúa con la paciente durante estas pruebas. El papel del médico es interpretar los resultados mecánicamente mediados que se consideran más objetivos y fiables que sus percepciones.

Estas nuevas tecnologías normalmente las introducen sus publicistas, que suelen describirlos sólo en términos del uso óptimo y minimizan cualquier efecto perjudicial. es un ejemplo que hace al caso (Kunisch, 1989). Sus fabricantes pagaban con regularidad a los médicos sus viajes a conferencias médicas; al llegar se encontraban paseando entre sofisticados expositores de NST para entrar a las salas de reunión (Wagner, 1997). Omnipresente ahora en los partos hospitalarios, el NST no ha comportado mejores resultados pero sí mayores costos y más número de cesáreas. Sin embargo, muchos hospitales de los Estados Unidos emplean rutinariamente estas máquinas en más del 80% de los partos.

La rápida difusión y aceptación de una nueva tecnología a menudo tiene que ver más con su valor simbólico que con su eficacia real. Las máquinas pueden mesmerizar:

El sonido amplificado de los latidos del corazón del feto resuena como a caballos al galope... tanto el sonido del galope como la visión de la aguja moviéndose sobre el papel son hipnóticos y a menudo te hacen creer que son las máquinas las que hacen que el corazón del bebé siga latiendo (Harrison, 1982: 90).

Tan poderosa es esta ilusión que enfermeras entrevistadas por Davis-Floyd se muestran a menudo reticentes a desconectar a la madre del monitor porque tienen miedo que el corazón del bebé deje de latir. Aunque saben intelectualmente que esto

no tiene sentido, están emocionalmente influenciadas por el poder simbólico de estas máquinas.

Cuando se dispone de máquinas como el NST, junto con el TAC y escáneres de tomografía de emisión de positrones (TEP) y muchas otras, se tienen que tener en cuenta, y cualquier decisión de no usarlas empieza a parecer que se administran cuidados inferiores al nivel normal; una realidad que ilustra tanto la sobrevaloración económica como simbólica de la tecnología en el sistema médico estadounidense. Tales máquinas son útiles para el poderoso propósito simbólico de «actualizar» los cuidados médicos de acuerdo con nuestras nociones de progreso evolutivo; efectivamente, nuestro valor cultural más reciente es el flujo de grandes cantidades de información a través de sofisticados sistemas electrónicos; el tipo de opción que proporciona el NST.

(9) La intervención agresiva centrada en los resultados a corto plazo, y (10) La muerte como derrota

Desde el advenimiento de la Revolución Industrial, la sociedad occidental ha pretendido dominar y controlar la naturaleza. Y cuanto más controlábamos la naturaleza, incluyendo nuestros cuerpos naturales, más temíamos los aspectos de la naturaleza que no podíamos controlar. Esto condujo a la aparición de un fenómeno que el antropólogo Peter C. Reynolds (1991) dio en llamar «Paso Uno-Dos» de la intervención tecnológica. Tomemos como ejemplo un proceso natural que parece que necesita ser arreglado: un río en el que los salmones anualmente nadan a contracorriente para desovar. Paso Uno: «Mejorémoslo» con la tecnología – construyamos una presa y una planta de electricidad, generando la desafortunada consecuencia que el salmón ya no puede nadar hasta los lugares donde desova. Paso Dos: Arreglemos el problema creado por la tecnología con más tecnología; saquemos a los salmones fuera del agua con máquinas, dejemos que desoven y hagamos crecer los huevos en bandejas, alimentemos a las crías con un elaborado sistema de canalizaciones y tubos, a continuación devolvámoslos al río y liberémoslos río abajo. La brillante perspicacia de Reynolds era que, mientras que la mayoría de las personas ven el Paso Dos como una consecuencia accidental del Paso Uno, la verdad más profunda es que el Paso Dos es lo más importante. Nosotros en Occidente nos hemos llegado a convencer de que alterar procesos naturales hace que éstos sean mejores, más predecibles, más controlables y, por tanto, más seguros.

No es nada difícil ver cómo se aplica este Paso Uno-Dos de la mutilación y prótesis al parto. El proceso de parir nos parece algo caótico, incontrolable y, por lo tanto, peligroso. Así pues, lo «mejoramos» con la tecnología. Primero lo dividimos –lo deconstruimos– en segmentos identificables. A continuación controlamos cada segmento con el equivalente obstétrico de las presas y las compuertas (NST, oxitocina, medicamentos). Cuando la desafortunada consecuencia de esta reconstrucción tecnológica del parto es un bebé en peligro a causa de un trabajo de parto que ahora es disfuncional, rescatamos a ese bebé con más tecnología (episiotomía, fórceps, sección cesárea). Entonces nos felicitamos por el trabajo bien hecho, igual que los constructores del criadero de salmones se congratulan por «salvar a los salmones».

El Paso Uno-Dos de Reynolds es una poderosa fuerza motivadora en la sociedad estadounidense; lo que llamo el *imperativo tecnocrático*. Este impulso por mejorar la naturaleza mediante la tecnología tiene como objetivo final liberarnos a todos de las limitaciones de la naturaleza. Cuanto más somos capaces de controlar la naturaleza, incluyendo nuestros cuerpos naturales, más miedo nos dan los aspectos de la naturaleza que no podemos controlar. La muerte se convierte en el significante final

del fracaso, la demostración de que efectivamente no hemos conseguido trascender las limitaciones de la naturaleza y, por lo tanto, es nuestro enemigo final, al que tenemos que derrotar al precio que sea. Los métodos para salvar la vida de bebés nacidos con un peso inferior al normal, a menudo puestos en práctica sin respeto por su calidad de vida definitiva, como la aplicación de la alta tecnología para enfermos terminales, representan intentos de sostener el frágil hilo de vida contra viento y marea. El espíritu que subyace detrás de la aplicación rutinaria de demasiadas prácticas innecesarias en el acto de dar a luz es el miedo a la muerte. Estas prácticas mantienen el miedo a raya al proporcionarles tanto a los médicos como a las mujeres que paren la ilusión de seguridad: parecen minimizar el riesgo cuando de hecho a menudo generan más problemas de los que solucionan.

La hegemonía tecnomédica: (11) Un sistema que busca el beneficio económico, y (12) La intolerancia hacia otras modalidades

La palabra «hegemonía» hace referencia a una ideología que ha abrazado el grupo dominante en una sociedad determinada. En una sociedad multicultural como la de los Estados Unidos a finales del siglo XX, nadie comparte ningún conjunto de ideas sobre la medicina, la religión, la economía o cualquier otra cuestión. Sin embargo, hay ideologías que son claramente dominantes: en economía, la ideología del capitalismo, y en los cuidados sanitarios, el modelo tecnomédico. Cuando una ideología es hegemónica, todas las otras ideologías rivales se convierten en la «alternativa». Así pues, modalidades de curación como la partería, la quiropráctica, la naturopatía, la acupuntura y demás se han considerado una alternativa a la alopátia. Si bien estas modalidades se han granjeado gran respeto y son ampliamente usadas, la tecnomedicina alopática aún fija los estándares aplicados a los cuidados médicos. Su estatus hegemónico sirve para garantizar su rentabilidad: las empresas farmacéuticas y de tecnología médica son con mucho las industrias más rentables de los Estados Unidos. En 1993, el volumen de beneficios medio para los fabricantes de medicinas recetadas fue más de cinco veces mayor que el volumen de beneficios de todas las empresas citadas por *Fortune 500* del mismo año (Pollack, 1995). Cualquier sistema – médico, económico, religioso o de cualquier otro tipo– que adquiere una ascendencia sociocultural y a continuación se vuelve inflexible, excluyendo cualquier información nueva y negándose a incorporar pruebas contradictorias, está en peligro de muerte tanto consigo mismo como con el público al que sirve. Tales sistemas hegemónicos pueden beneficiarse de ataques frontales, que pueden ayudarles a ser flexibles y responder a las realidades cambiantes de tiempos cambiantes. Es con esta voluntad que he presentado este análisis.

EL MODELO HUMANISTA DE LA MEDICINA

En los Estados Unidos y en todas partes, los excesos de la tecnomedicina hace años que son el tema de acaloradas discusiones y debates. El humanismo surgió como reacción a estos excesos como un esfuerzo propiciado por enfermeras y médicos que trabajan dentro del sistema médico para reformarlo desde dentro. Los humanistas desean simplemente humanizar la tecnomedicina; o sea, hacer que sea relacional, orientada a la asociación, individualmente sensible y compasiva. Este enfoque racional de los cuidados sanitarios cuenta con muchos adeptos y apoyo internacional. Claramente menos radical que el holismo, claramente más tierno que la tecnomedicina, este paradigma humanista tiene el mayor potencial para abrir el sistema tecnocrático, desde dentro, a la posibilidad de una reforma de amplio alcance.

Los doce principios del modelo humanista

(1) La conexión mente-cuerpo

El enfoque humanista ni marca una separación total entre mente y cuerpo, como hace la tecnomedicina, ni reivindica la unicidad de mente y el cuerpo, tal como hace el modelo holístico. Más bien, reconoce la influencia de la mente sobre el cuerpo y defiende formas de curación que se ocupan de ambos. Los defensores de este paradigma consideran que el cuerpo y la mente están en comunicación constante, apoyándose en investigaciones científicas en el campo de la psiconeuroinmunología y en todos los ámbitos. Así pues, el paradigma humanista insiste en que es imposible tratar los síntomas físicos sin ocuparse de sus componentes psicológicos.

El psiconeuroinmunólogo Candace Pert explica:

Los virus usan [los mismos receptores que los neuropéptidos que transmiten emociones] para entrar en la célula, y dependiendo de la cantidad de péptidos que haya alrededor, al virus le costará más o menos entrar en la célula. Así pues, nuestro estado emocional afectará si nos enfermamos de la misma dosis inicial de un virus. Las fluctuaciones emocionales y el estado emocional influyen directamente la probabilidad que el organismo enferme o esté sano. (1993: 190)

Las implicaciones para el parto de la noción que la mente afecta a lo que sucede en el cuerpo son obvias y profundas. El humanismo en el parto permite la posibilidad que las emociones de la mujer que da a luz puedan afectar al progreso del trabajo de parto y tratar con más eficacia los problemas que puedan surgir durante esta fase mediante el apoyo emocional que mediante la intervención tecnológica.

(2) El cuerpo como organismo

Aunque de alguna manera el cuerpo humano es como una máquina, es un hecho de la vida biológica que el cuerpo no es una máquina sino un organismo. Tal conclusión tiene poderosas repercusiones para el tratamiento ya que el modo como se defina el cuerpo determinará la manera como lo trate el sistema de cuidados sanitarios de una cultura. «Incluso las terapias médicas que son lo más parecidas a una máquina serían ineficaces sin los poderes curativos innatos del organismo», que tiene «propiedades que ninguna máquina tiene: las de crecer, regenerar, sanar, aprender y autotranscender» (Tresolini et al., 1994)

Definir el cuerpo como un organismo implica el desarrollo de una serie de tratamientos que pueden ser irrelevantes para una máquina pero que tienen mucha importancia para un organismo. A diferencia de las máquinas, los organismos mamíferos sienten dolor y responden emocionalmente a interacciones con otros y a cambios en su medio. La mayoría de los mamíferos responden emocionalmente al consuelo de una caricia y se contraen si el contacto es rudo o punitivo. Así pues, un paradigma de la curación basado en una definición del cuerpo humano como un organismo subrayaría lógicamente la importancia de la amabilidad, el tacto y el afecto. Estas dimensiones son especialmente importantes para el cuidado de las parturientas, desde el modo como las tratan en el trabajo de parto a la necesidad de la mujer y del bebé de permanecer juntos después del nacimiento. La mejor analogía para el término humanismo en la literatura médica es el término biopsicosocial, que reconoce que este modelo tiene en consideración la biología, la psicología y el medio social.

(3) La paciente como sujeto relacional

La mayoría de humanistas no tienen miedo de establecer una conexión humana real con sus pacientes, a verlos no sólo como pacientes sino como individuos, no como la

«cesárea de la 112» sino como «la madre con gemelos cuya hermana acaba de morir». David Spiegel (et al.,1989) demostró que las mujeres con cáncer de mama avanzado que participaron en un grupo semanal de apoyo no sólo se sentían mejor emocionalmente sino que vivían una media de dieciocho meses más que mujeres con un cáncer de mamá y cuidados médicos parecidos que no asistían a esas reuniones. Este tiempo de tiempo de vida añadido fue, según Spiegel (1993), «más largo del que se podía esperar con cualquier medicación u otro tratamiento médico en mujeres con un cáncer de mama tan avanzado». A este estudio le han seguido muchos estudios a gran escala que demuestran que más y mejor apoyo social por parte de la familia y amigos va asociado a menos probabilidad de morir y mejor probabilidad de curación a una edad determinada.

A principios de los años setenta, muchos activistas a favor del parto natural en los Estados Unidos y en otros países empezaron a exigir que los padres y otros familiares pudieran estar en el paritorio, que no se separase a la madre del hijo después de dar a luz, y que los amigos y familiares pudieran quedarse con la parturienta si así lo deseaba ella. El efecto de la presencia de seres queridos durante el parto hace mucho más que simplemente conseguir que la experiencia de parir sea más placentera; puede ser fundamental para el resultado positivo de esa experiencia.

(4) La conexión y el afecto entre médico y paciente

Mientras que el paradigma tecnomédico se basa en el principio de la separación y el modelo holístico en el de la integración, el principio que sostiene el enfoque humanista es la conexión: la conexión de la paciente con los múltiples aspectos de sí misma, su sociedad y las personas que le proporcionan cuidados sanitarios. El humanismo requiere tratar a la paciente de una manera conectada y relacional tal como a todo ser humano le gustaría que le trataran: con consideración, amabilidad y respeto. Este paradigma insiste en la profunda humanidad de los individuos involucrados y subraya la importancia de la relación paciente-médico en el proceso de curación. Se ha propuesto la expresión «cuidados centrados en la relación» para «ilustrar la importancia de la interacción entre personas como base de cualquier actividad terapéutica o de curación» (Tresolini et al.,1994).

En el parto la prueba más clara del poder de los cuidados centrados en la relación proviene de la investigación *doula*. Una *doula* es una compañera especialmente formada para dar apoyo durante el parto. Sosa, Kennell, Klaus y demás (1980, 1982, 1988), compararon los resultados de trabajos de parto hospitalarios normales con trabajos de parto atendidos individualmente por una *doula*. Descubrieron que el apoyo de la *doula* reducía en gran medida los problemas de asfixia fetal y la distocia durante el *trabajo* de parto, acortando la duración del mismo y reforzando la interacción madre-bebé después de dar a luz (ver también Klaus, Kennell, y Klaus, 1993).

(5) El diagnóstico y la curación desde fuera hacia dentro y desde dentro hacia fuera

Si bien el modelo tecnomédico subraya el diagnóstico y la curación desde fuera hacia dentro, y el modelo holístico de dentro hacia fuera, el modelo humanista aboga por una aplicación moderada de ambos enfoques. La comunicación médico-paciente que subraya permite a los médicos obtener información desde muy dentro de la paciente y combinarla con descubrimientos objetivos. En consecuencia, los humanistas piensan que el modo como escuchan es tan importante como saber lo que tienen que decir. Saber escuchar es crucial para obtener la correcta combinación de datos que se necesitan para el diagnóstico.

Al observar que un médico hará de 120.000 a 160.000 entrevistas a lo largo de su carrera, Smith (1996) indica que el modelo biomédico enseña a los estudiantes a obtener síntomas de enfermedad mediante un proceso de entrevistas «centrado en el doctor». El médico saca muchos datos no personales, empezando con el mal que más afecta al paciente, a continuación los sintetiza en una descripción de la enfermedad del paciente. Pero los doctores humanistas saben que de lo que se queja un paciente a menudo enmascara un problema fundamental. Una mujer que se queja de cansancio, depresión y dolor en el cuerpo puede tener lupus o estar triste por una boda frustrada. Los médicos tienen que adoptar un enfoque de aprendizaje de final abierto para crear el espacio y tiempo necesarios para producir la dinámica esencial.

Este enfoque de aprendizaje de final abierto forma una parte importante de lo que Smith (1996) llama la «entrevista centrada en el paciente». En vez de hacer una serie de preguntas cerradas y rápidas, el médico anima a los pacientes a expresar lo que para ellos es más importante, que normalmente sale a la luz como una combinación de datos personales y datos sobre síntomas. Permitir que sean los pacientes quienes dirijan hace que sus ideas y preocupaciones sean lo más importante y refuerza su sentido de la autonomía. La entrevista centrada en el paciente puede formar una parte inestimable de la habilidad del médico de ser técnicamente competente y a la vez humanísticamente afectuoso.

(6) El equilibrio entre las necesidades del centro hospitalario y el individuo

El humanismo compensa la tecnomedicina con un enfoque más suave, que puede variar desde una apariencia superficial a métodos profundamente alternativos. Es superficialmente humanista decorar un paritorio tecnocrático para que las máquinas no sobresalgan mucho; es profundamente humanista ofrecer a las mujeres espacios flexibles en los que puedan moverse tanto como quieran, estar en el agua si lo desean y parir como ellas elijan.

La mayoría de los centros médicos están diseñados para dar apoyo e implementar principios tecnocráticos. Estos centros están tan fuertemente regulados en cuanto a control de infecciones, prácticas médicas/quirúrgicas y de enfermería, seguridad y responsabilidad que a menudo no es posible que un individuo efectúe un cambio significativo. Así pues, a veces médicos de tendencia humanista se tienen que contentar con mejoras superficiales; pero muy a menudo, individuos comprometidos piensan que pueden hacer más. En los Estados Unidos, las enfermeras-parteras se han ganado una reputación ya que son las que intentan tanto como pueden proporcionar cuidados humanistas en los hospitales (ver Rooks, 1997; Davis-Floyd, 1998). Así pues, dos cambios humanistas que a menudo pretenden conseguir los activistas del parto incluyen convencer a los hospitales que den a las mujeres el derecho a elegir a las parteras para atender el parto y tener acceso a cuidados individuales proporcionados por una *doula*.

(7) La información, la toma de decisiones y la responsabilidad compartida entre paciente y médico

Los polos entre empoderamiento y dependencia forman el marco dentro del cual los doctores y los pacientes toman decisiones. La mayoría de los profesionales de la salud están formados para utilizar información lineal en sus tomas de decisiones; además, el paradigma humanista permite que un procesamiento subjetivo no lineal tenga un papel importante. Este es el estilo de pensamiento equilibrado o empático. «Empático» se refiere a la habilidad de una persona de comprender la realidad del otro incluso si la realidad está más allá de su experiencia directa. Incluso cuando una evidencia clara de enfermedad está presente, los doctores tienen aún considerable libertad en cuanto

al grado de consenso que están dispuestos a conceder a la toma de decisiones. En el modelo tecnomédico, cada situación parece dictar una acción a tono. El modelo humanista abre situaciones a múltiples opciones.

La doctrina del consentimiento informado establece que los pacientes tienen derecho a entender su diagnóstico y pronóstico, el tratamiento que proponen, y sus riesgos y beneficios. En el modelo tecnocrático la discusión de las opciones fuera de la medicina convencional es generalmente imposible a causa de la lealtad a enfoques tecnocráticos y el desconocimiento de alternativas. Discutir la posibilidad de no tratamiento es igualmente improbable. Pero en el humanismo, la discusión abierta de las opciones de tratamiento conduce naturalmente a examinar en profundidad y compartir valores, y los doctores tienen más posibilidades de responder favorablemente o al menos neutralmente al deseo del paciente de probar métodos alternativos o de no querer recibir ningún tratamiento.

Arthur Kleinman (1988) amplía las nociones del derecho del paciente a la información y la «entrevista centrada en el paciente» a un enfoque más dialógico. Propone que el objetivo del médico debería ser entrar en la experiencia de la enfermedad como la perciben los pacientes escuchando sus explicaciones con atención. Para comprender más profundamente la historia de un paciente, el médico puede intentar interpretar los síntomas del paciente como símbolos de temas vitales más profundos y captar la influencia de los modelos culturales, personales y familiares que explica el paciente. Al igual que otros médicos humanistas y holísticos, Kleinman (1988) subraya el valor del efecto placebo, que se puede activar simplemente mediante la fuerza de la relación médico-paciente y que por lo tanto se debería utilizar en cada encuentro curativo.

El sociólogo médico Eliot Freidson (1967) afirma que la necesidad de información es susceptible de traducirse en un conflicto simplemente porque una cultura profana se encuentra con una cultura profesional en un momento de crisis. Para equilibrarlo, el doctor necesita comunicar al paciente que puede confiar en él para así poder aceptar o rechazar recomendaciones sin sentirse ni presionado ni negado. Aunque algunos médicos pueden tener miedo de las implicaciones legales derivadas del hecho de compartir tanta información, la Conferencia de Consenso sobre Comunicación entre Doctor y Paciente celebrada en Toronto en 1992 dejó claro que la mayor parte de causas abiertas contra doctores son el resultado de fallos de comunicación más que errores de juicio médico.

(8) La ciencia y la tecnología compensadas por el humanismo

Los médicos humanistas toman la ciencia como su estándar y utilizan virtualmente las mismas herramientas que los doctores tecnomédicos. La diferencia radica en la medida del tiempo y la selección. Los humanistas pueden estar más inclinados a esperar, ser más susceptibles a ser conservadores, más abiertos a enfoques mente/cuerpo. Los humanistas que son médicos de asistencia primaria (médicos de familia, internistas, pediatras, ginecólogos) pueden posponer derivar a un paciente a un especialista e intentar solucionar un problema utilizando métodos conservadores, siempre y cuando tengan el consentimiento del paciente para hacerlo. Los especialistas humanistas estarán naturalmente inclinados a utilizar la tecnología de la que disponen, pero además darán gran importancia a las atenciones y a la relación, una combinación que John Naisbitt (1980) ilustró en la expresión «alta tecnología, alto contacto».

Se ha desarrollado una clase totalmente nueva de tecnologías del parto que pueden considerarse humanistas, desde mesas portátiles para permitir reanimar a los bebés en peligro al lado de su madre a sofisticadas sillas de parto para que las mujeres den a

luz en cuclillas. Pero para que tales intervenciones sean verdaderamente humanistas, se deberían utilizar a petición o deseo de una paciente y su uso debería estar lógicamente basado en la evidencia. Por ejemplo, la anestesia epidural se puede considerar una intervención humanista porque anula el dolor al tiempo que permite que las mujeres estén «despiertas y concientes». Pero no tiene nada de humanista obligar a que se administren epidurales a mujeres que no lo quieren. Por otra parte, ¿es muy humanista permitir a las mujeres que ingresan en el hospital pidiendo una epidural administrársela en los primeros momentos del parto? Ahora hay muchas pruebas que demuestran que si se administra antes de dilatar 5 centímetros, las epidurales pueden retardar sensiblemente el trabajo de parto. Pero cuando se administran después de cinco centímetros de dilatación, esos problemas son raros. Los tocólogos y las parteras humanistas intentan evaluar la evidencia y tomar decisiones que reflejen el equilibrio entre las necesidades y los deseos de las mujeres a las que atienden.

Un buen ejemplo de la compensación entre ciencia y tecnología con principios humanistas proviene de un parto que presencié una vez Davis-Floyd en el que la mujer que estaba de parto en un hospital y que contaba con el apoyo de su marido y una *doula* rechazó la mesa de partos y pidió poder parir en el suelo. El médico y las enfermeras presentes se preguntaron lo que la ciencia exigía realmente en una situación parecida. La respuesta fue que no había nada de científico en parir boca arriba en una mesa de partos; de hecho, parir en cuclillas en el suelo tenía mucho más fundamento. Lo que la ciencia requería era una zona limpia para el parto. Así pues las enfermeras retiraron las sábanas de la mesa y las pusieron en el suelo, y la mujer, apoyada en almohadas, se sentó felizmente encima de ellos para dar a luz. En otras palabras, de forma ideal, los cuidados humanistas deberían ser cuidados basados en la evidencia que refleja la ciencia verdadera y no la tradición médica.

(9) Concentrarse en la prevención de enfermedades

La mayoría de los defensores del humanismo son también firmes defensores de iniciativas de salud pública basadas en la ciencia que prestan especial atención a la prevención y se ocupan inteligentemente del medio público. Señalan que suministrar agua limpia a un pueblo o a un país beneficiará más a la salud y a muchas más personas que construir hospitales de alta tecnología, ya que garantizarán aire limpio, alimentación adecuada y acceso a la atención sanitaria primaria.

La prevención se ha limitado al campo de la salud pública presumiblemente porque no da beneficios económicos, no como la venta de equipos médicos de alta tecnología y medicamentos. Nadie se beneficia inmediatamente cuando la gente deja de fumar pero en un modelo en el que la compasión, y no el beneficio económico, sea el motor, tienen cabida la prevención y los programas sociales que reflejen agendas que protejan a los que no tienen poder. Así pues, el paradigma de salud pública que presta especial atención a la prevención de enfermedades a largo plazo y a gran escala y la promoción de la salud se corresponde mucho al paradigma humanístico, el cual presta especial atención a la prevención (biopsicosocial) de enfermedades individuales y de la familia y a la promoción de la salud. De hecho, los humanistas muchas veces dejan la práctica privada para trabajar en el ámbito más amplio de la salud pública.

Las implicaciones de este enfoque basado en la prevención en el parto son enormes. La verdadera prevención de complicaciones en el parto pasaría por ocuparse de raíz de los problemas que conducen a la muerte de la madre y del feto. Pero a menudo programas de salud pública como la Iniciativa de Maternidad Segura están altamente influenciados por perspectivas tecnomédicas. La tecnomedicina identifica la hemorragia, la toxemia, la anemia y demás como causas de la muerte de la madre.

Pero las causas esenciales de estos problemas son los factores interrelacionados de pobreza, malnutrición, alimentos y agua contaminados, el estatus inferior de las mujeres y la sobrecarga de trabajo. Las iniciativas que intentan solucionar el problema de la mortalidad materna construyendo más hospitales y llenándolos con más máquinas no consiguen ocuparse de estos problemas fundamentales; al contrario, siguen la agenda de la tecnomedicina.

Tanto el paradigma de salud pública como el modelo humanista están movidos por la compasión; ambos se centran en la prevención de enfermedades, la promoción de la salud y la educación pública. El paradigma de la salud pública asume un enfoque a gran escala que afecta al conjunto de la población mientras que el modelo humanista presta mayor atención a las relaciones individuales entre familia, paciente y a quien proporciona los cuidados y a los efectos de estas relaciones en la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades.

(10) La muerte como consecuencia aceptable

En el parto, donde la muerte normalmente llega de repente, el enfoque tecnocrático a la muerte de un bebé es arrebatar a los padres el cuerpo de su hijo, dejándoles con los brazos vacíos. La vía humanista permite a los padres pasar todo el tiempo que necesitan con el bebé de modo que el dolor de la muerte no aumente con el dolor de una separación repentina. En el ámbito cultural más amplio, el enfoque humanista a la muerte es una elección individual sobre la manera de morir. Las personas pueden firmar testamentos vitales pidiendo que se limiten las medidas para mantenerlos en vida. El movimiento a favor de una muerte digna ha devuelto la muerte al hogar apoyando al moribundo y a la familia sin gran intervención médica pero sí con el consuelo de poder aligerar el dolor. Este enfoque altamente humanista proviene de una filosofía que valora profundamente la individualidad y la libertad de elección del paciente. El proceso de morir conciente tanto bajo el paradigma humanista como el holístico se convierte en una oportunidad para remediar las relaciones de cada uno con sus esposas, amantes, uno mismo y Dios. Los agravios se pueden olvidar, se pueden cerrar antiguas heridas, se pueden satisfacer necesidades y deseos. En tales casos, la muerte de un individuo puede proporcionar enormes oportunidades de curación para familias y comunidades enteras.

(11) Los cuidados movidos por la compasión

Byron y Mary Jo Good (1993, 1995) proponen que los «símbolos centrales» yuxtapuestos de la competencia y el afecto representan una tensión cultural desarrollada mediante la educación médica que está unida a un discurso dualista característico de la medicina occidental contemporánea. La competencia está estrechamente asociada con las ciencias naturales, el afecto con las humanidades. La competencia es una calidad del conocimiento y las aptitudes, el afecto una calidad de las personas. También observan que esta yuxtaposición de competencia y afecto, presente a lo largo de la historia de la medicina occidental, refleja la lucha más encarnizada entre ciencia y cultura, tecnología y humanismo, que en Occidente a menudo se consideran fuerzas opuestas.

Son precisamente estas contradicciones las que el enfoque humanista de la medicina intenta solventar. Ante el sufrimiento se espera que los médicos procesen la información rápidamente, lleguen a un tratamiento y a menudo lo pongan en práctica. En los círculos tecnomédicos se cree que las emociones interfieren con estas habilidades. Tanto en el ámbito humanista como en el holístico, se aceptan los sentimientos como parte de la respuesta curativa. El espíritu motor del humanista es la compasión; la habilidad de percibir y sentir las necesidades de los otros incluso si

están fuera de su propia experiencia. Cuando se sientan al lado de una mujer que está de parto y respiran con ella a lo largo de una contracción, los médicos humanistas están intentando re-crear un lugar en la medicina para los valores de asociación, relación, compasión y afecto. Sólo después de tres décadas de investigación científica que documenta los beneficios de este enfoque humanista los médicos formados tecnocráticamente se están permitiendo ser humanos, abandonando el temor de que otros piensen que son débiles e incompetentes si expresan sus propios sentimientos y aprenden a procesar los sentimientos de los pacientes sin estar abrumados emocionalmente.

(12) La falta de prejuicios hacia otras modalidades

La mayoría de los humanistas no tienen ninguna intención de aprender técnicas de curación alternativas, aunque en general no tienen prejuicios y apoyan a las pacientes que eligen utilizar alternativas siempre y cuando el programa incluya los cuidados convencionales. Mientras que muchos humanistas adoptan una especie de falsa tolerancia hacia las modalidades alternativas, algunos sí que defienden cambios del dietario y del estilo de vida que bordean en lo holístico y adoptan una postura más preactiva hacia otras alternativas de curación. Los médicos en tránsito hacia el humanismo no necesitan experimentar ningún cambio evidente en lo que creen causa o cura una enfermedad. Simplemente con ser más amables, más atentos, más dispuestos a tocar y a comunicar los reposiciona en el modelo humanista. La mayoría no experimentan el cambio radical en los valores que les permite ir más allá de la compasión para emplear el poder curador de esa cosa misteriosa llamada energía en una enfermedad. Este es el ámbito del médico holístico.

EL MODELO HOLÍSTICO DE LA MEDICINA

Si bien el modelo tecnocrático de medicina es la hegemonía imperante, el modelo holístico de medicina es la herejía final. De los tres paradigmas que examino, el modelo holístico abarca la más amplia variedad de enfoques, que van desde la terapia nutricional hasta las modalidades curativas tradicionales como la medicina china pasando por varios métodos que afectan directamente la energía personal. Algunos médicos holísticos estudian una modalidad en concreto mientras que otros emplean un enfoque ecléctico, a menudo diseñado por ellos mismos. A menudo el holismo exige a los individuos que sean activos, pidiéndoles que hagan grandes modificaciones en sus estilos de vida. También puede pedirles que sean pasivos, para simplemente recibir una plegaria o una transferencia de energía curadora.

El término holismo lo adoptaron algunos pioneros de este movimiento para expresar la inclusión de la mente, el cuerpo, las emociones, el espíritu y el medio del paciente en el proceso de curación. Los principios de conexión e integración que están en la base del paradigma holístico surgen del pensamiento fluido, multimodal y dominado por el hemisferio derecho del cerebro que después de siglos de desvalorización en Occidente, está finalmente empezando a ganar terreno perdido (Eisler 1995). Mientras que el conjunto del cerebro está implicado en todas las funciones cerebrales, es posible afirmar que el hemisferio derecho está predominantemente implicado en percibir el gestalt, el conjunto. En oposición al enfoque unimodal clasificador y segmentador de sistemas lineales de pensamiento del hemisferio izquierdo, los pensadores fluidos usan formas multimodales de percepción para aprehender el conjunto y para intuir las relaciones siempre cambiantes de sus partes. Es un pensamiento de, con y mediante el cuerpo y el espíritu; el espíritu holístico, el espíritu fluido que va más allá del razonamiento lógico y las clasificaciones rígidas a favor de lo que Starhawk (1989), uno de sus principales portavoces, llama la «danza espiral». Se refiere a la espiral del vórtice, el tornado, la matriz creativa en la que todas las cosas

se agitan y se mezclan más allá de cualquier sentido. Desde el profundo caos integrador de esta vórtice de energía surge la sorpresa; la impredecible relación, la inesperada conexión, la intuición reveladora, que tan a menudo constituye un elemento holístico fundamental de la curación holística.

Los doce principios del modelo holístico

(1) La unidad de cuerpo-mente-espíritu

Mente y cuerpo, divididos en dos por el racionalismo cartesiano y reconectados en el humanismo médico, se vuelven a unir en los cuidados médicos holísticos. El mayor problema aquí es el lenguaje: estamos tan acostumbrados a hablar en términos de la separación de mente/cuerpo que incluso los curadores holísticos se dan cuenta de que aún utilizan las palabras «mente» y «cuerpo»; cuando lo piensen con más atención, se referirán al «cuerpomente» para indicar que todo es una misma cosa. Una amplia parte del ímpetu inicial para volver a unir la mente y el cuerpo en la curación holística provino de comprender recientemente que el cerebro, el asiento físico de la mente, no está situado en la cabeza sino que de hecho se extiende a lo largo del sistema nervioso central. Entender que el cerebro está distribuido a lo largo del cuerpo hace que sea más difícil hablar o pensar en el cuerpo y la mente como entidades separadas.

Si la mente es el cuerpo, y el cuerpo es la mente, entonces la manera como responde uno al tratamiento de una cosa aún tan mecánica como un brazo roto tendrá tanto que ver con cómo uno piensa y siente en relación a ese brazo roto como con relación al tipo de escayola que le pondrán. En el enfoque holístico, ocuparse de los estados y emociones psicológicos de la embarazada o de la parturienta no sólo ayuda sino que es el aspecto esencial de los cuidados. Al igual que los humanistas, los médicos holísticos están descubriendo que necesitan comprometerse mucho más con el paciente para llegar a esos intangibles de la mente y la emoción que ahora se consideran tanto una parte de la enfermedad como su manifestación física.

El paradigma holístico también insiste en la participación del espíritu en el conjunto humano. Al incorporar el alma en el proceso de curación, los curadores holísticos están devolviendo la medicina al mundo de lo espiritual y lo metafísico del que fue separado durante la Revolución Industrial. La espiritualidad de los curadores holísticos suele ser fluida y adoptar la forma de una vaga identificación con las filosofías orientales o la New Age más a menudo que el judaísmo, el cristianismo o el Islam. Si el modelo tecnomédico es rígido y separatista, el modelo holístico no reconoce divisiones tajantes ni límites distintos. Esta es otra razón por la que el holismo es tan amenazador: en las mentes de muchas personas, jugar con los límites significa invocar el caos. Y de hecho, la teoría del caos y la teoría de los sistemas proporcionan una base al paradigma holístico y su insistencia en la unidad de cuerpo, mente y espíritu.

(2) El cuerpo como un sistema de energía interrelacionado con otros sistemas de energía

El paradigma holístico va mucho más allá de la perspectiva reduccionista del cuerpo como máquina, dejando atrás la visión holística del cuerpo como organismo hasta llegar a una perspectiva ilimitada del cuerpo como energía. Definir el cuerpo como un sistema de energía proporciona una poderosa estructura para el desarrollo y uso de formas de medicina y de tratamiento que funcionan energéticamente como la acupuntura, la homeopatía, la diagnosis intuitiva, el reiki, la curación con las manos, la terapia de campos magnéticos y el tacto terapéutico. «La medicina de la energía»

reconoce las posibilidades que la salud de un individuo pueda verse afectada por tales sutilezas como las alteraciones de ira o de hostilidad o los campos electromagnéticos producidos por centrales eléctricas y microondas, que presuponen una realidad no física. A los médicos actuales les entusiasma documentar la frontera difusa entre materia y energía. La investigación médica requeriría una reestructuración completa si aceptara tales conclusiones de otras disciplinas. Por ejemplo, mientras que la medicina rechaza con firmeza el impacto del investigador en la investigación, la física reconoce el principio de Heisenberg, que reconoce la influencia del observador sobre el observado. Incluso la intencionalidad del experimentador puede afectar profundamente el resultado de un experimento (Wiseman y Schlitz, 1996). ¿Cómo puede un observador evitar que el fenómeno observado afecte su conducta? Aceptar este segundo principio da respuesta a esta pregunta: el observador y lo observado no están separados sino que son campos enérgicos en interacción constante entre sí.

Muchas de las parteras que Davis-Floyd ha estudiado en los Estados Unidos se definen a sí mismas como holísticas y concientemente buscan trabajar con lo que llaman la «energía del parto». Efectivamente, creen que la intervención principal que una partera puede hacer tiene lugar a nivel energético. Intervenir para «redirigir las energías» puede garantizar que se necesitará otro tipo de intervención. Si el trabajo de parto se detiene y una cesárea parece inminente, una partera que siente el poder de la energía puede abrir la ventana de par en par, poner música y hacer que la mujer se ponga a bailar. O puede salir de la habitación para dejar que la mujer que está a punto de parir y su acompañante tengan cierta privacidad para que la energía amorosa de su relación pueda infundir la experiencia de dar a luz. Lo importante es que para el médico que trabaja a nivel de la energía, estos tipos de intervenciones no serán ideas adicionales o elementos añadidos, sino básicas y fundamentales –la primera línea de los cuidados.

(3) Curar el conjunto de la persona en el conjunto del contexto de la vida

Este principio del modelo holístico de la medicina, un corolario lógico de los dos primeros, reconoce que ninguna explicación de un diagnóstico por sí sola, ningún medicamento o enfoque terapéutico por sí solos se ocuparán suficientemente de los problemas de salud de un individuo; al contrario, tales problemas se tienen que tratar en términos del conjunto de las personas y del conjunto de los ambientes en los que viven. No es casual que la pregunta que más se hace en la salud holística es: «¿Qué le está pasando a tu vida?» Esta pregunta expresa la perspectiva holística que la enfermedad es una manifestación del desequilibrio en el conjunto del cuerpo y mente. Aquí el holismo acepta totalmente descubrimientos de la psiconeuroinmunología y otros campos que el sistema inmunológico, o el proceso de quedarse embarazada y parir, pueden complicarse por cansancio, depresión, estrés emocional, la pérdida de un ser querido, toxinas en el aire y en el agua, las diferentes formas de estrés de la vida tecnocrática. El corolario de esta perspectiva, por supuesto, es que un sistema inmune sano, así como un embarazo y un parto sanos, pueden hacerse más fáciles de múltiples maneras, desde el diálogo al análisis de los sueños o el baile, desde el masaje al ejercicio y a la comida de cultivo biológico.

(4) La unidad esencial de médico y cliente

Muchos médicos holísticos intentan sustituir la palabra «paciente» por «cliente» ya que este término implica una relación mutuamente cooperativa, igualitaria. Si bien el modelo humanista subraya el valor de una conexión mutuamente respetuosa entre médico y cliente, aún seres esencialmente separados y distintos, el modelo holístico ofrece la posibilidad que no estén separados sino que sean fundamentalmente uno. Si

el cuerpo es un campo de energía, entonces a medida que interactúan los campos de energía del cliente y del médico pueden fusionarse.

(5) El diagnóstico y la curación desde dentro hacia fuera

Si bien pueden, si lo creen conveniente, pedir pruebas de diagnóstico «de fuera hacia dentro», los médicos holísticos principalmente diagnosticarán de dentro hacia fuera; o sea, confiarán muchísimo en el conocimiento que surge de su propia intuición, al igual que confiarán en el conocimiento interior de sus clientes. En la tercera edición del *American Heritage Dictionary* se define la intuición como «el acto o facultad de saber o sentir sin tener que usar procesos racionales, la cognición inmediata». El conocimiento basado en qué decisiones se toman se define como «conocimiento autoritativo» (Jordan, 1993). Los tecnomédicos suelen considerar los libros de referencia, las pruebas de diagnóstico y el consejo de expertos como autoritativos e ignoran la silenciosa y pequeña voz de la intuición. Pero los médicos holísticos (al igual que algunos humanistas) suelen considerar la intuición como una fuente principal de conocimiento autoritativo, junto con los libros y las máquinas. Así pues, en la práctica holística, «el diagnóstico y la curación desde dentro hacia fuera» puede referirse a la información que sale desde muy dentro tanto del paciente como del médico; un fenómeno explicado en lo esencial por su unidad. Las parteras a menudo consideran la intuición como la fuente principal de conocimiento sobre el embarazo y el parto, al igual que todos los tocólogos holísticos que ha entrevistado Davis-Floyd (Davis-Floyd y Davis, 1997; Davis-Floyd y St. John, 1998). Su disposición a confiar en la intuición surge de su profundo conocimiento del cuerpo como energía y su confianza en tipos de pensamiento dominados por el hemisferio derecho del cerebro, gestálticos, que no dependen de la lógica sino de ese repentino flash de perspicacia de donde pueden emerger la unidad y la curación

(6) Estructura de organización en red que facilita la individualización de los cuidados

La formación de los médicos holísticos se basa en la tecnomedicina y han visto el daño estandarizado que las políticas y jerarquías hospitalarias pueden causar en los individuos. En general, hacen todo lo posible para responder a la individualidad y a las necesidades únicas de cada paciente dentro de los límites que les imponen el hospital y las normas legales. Para la mujer que está de parto, la individualización de los cuidados implica que no se aplica la estandarización. Su trabajo de parto es únicamente suyo. Come y bebe y se mueve si así lo quiere. Pare en el lugar que elige atendida por la gente y los médicos de su elección. Y el médico no responde a las variaciones durante el trabajo de parto de forma estandarizada. Una partera que atiende un trabajo de parto que no avanza puede invitar a la mujer a bailar, puede preguntar a otra si le da miedo parir y puede sugerir a otra que ande un buen rato. Su intuición la guiará para responder a las circunstancias individuales de forma individual. Pero el centro de atención continúa siendo la parturienta. Sus necesidades y ritmos personales serán fundamentales en todo el proceso de su parto.

Los giros inesperados que pueden surgir del alto valor que el holismo otorga a la individualización y a la posibilidad de interconexión se sugieren en la teoría de los sistemas de autoorganización (Wheatley, 1992), según la cual incluso el hecho más pequeño, si sucede en el lugar y en el momento adecuados, puede alterar muchísimo todo el sistema. Los curadores holísticos intentan no hacer suposiciones sobre causa y efecto. Suelen atenerse a lo inesperado y estar preparados para que la curación surja en sitios extraños y de maneras misteriosas. Una observación fortuita puede transformar al instante la manera como una mujer percibe su enfermedad y convertirse en la base para una cura. Los curadores holísticos saben asumir mucho mejor que son

ellos y ellas quienes curan al paciente. Saben que cualquiera de las muchas interacciones sobre las que no tienen control puede provocar un proceso de curación. Su genialidad reside en su habilidad para reconocer esa diminuta llama cuando está encendida y ayudarla a que crezca en vez de apagarla.

(7) La autoridad y la responsabilidad inherentes al individuo

Un principio básico de la curación holística es que en último término son los individuos los que tienen que ser responsables de su propia salud y bienestar. Nadie puede realmente curar a otro; los individuos deben decidir por sí mismos si quieren que les curen, y si es así, tienen que tomar medidas para alcanzar ese objetivo: dejar de fumar, hacer ejercicio, comer bien e incluso dejar un trabajo lucrativo que les hace infelices o una relación que es nociva para su salud. Los médicos holísticos en general suelen verse a sí mismos como parte de un equipo, del que el paciente es un miembro completo, por no decir el más importante. Muchos de nuestros entrevistados expresaron repetidamente su frustración con pacientes que se niegan a hacerse responsables de su propia salud. Pueden dar la bienvenida a la nueva clienta que está dispuesta a darles poder, su participación total en la toma de decisiones, elecciones informadas y otras, y sin embargo la paciente puede que quiera que le receten algo y le digan cuántas pastillas tiene que tomar, o programar su cesárea entre convocatorias de conferencias (Davis-Floyd, 1994). Aunque algunos de los entrevistados rechazan volver al modo jerárquico y pueden enviar tales pacientes a otro doctor, la mayoría aceptan y atienden el deseo del paciente de que sea el médico el responsable, o intentar reeducar a los pacientes para que recuperen la autoridad y la responsabilidad que han cedido.

(8) La ciencia y la tecnología al servicio del individuo

Si bien el modelo tecnocrático de la medicina se puede caracterizar concisamente como «alta tecnología/poco contacto personal», aparentemente resultaría lógico que el modelo holístico de la medicina fuera el de «baja tecnología/alto contacto personal». A veces esto es cierto, como en el caso de la energía práctica, la medicina nutricional, las terapias con hierbas... las modalidades de curación donde no se usan artefactos tecnológicos. Pero la curación holística puede incorporar, y a menudo lo hace, la alta tecnología de máquinas biofeedback en pruebas de laboratorio y en ordenadores de diagnóstico. Los curadores holísticos en general no rechazan la tecnología sino que la colocan al servicio de sus clientes, en vez de permitir que las tecnologías de la salud dominen, intimiden y establezcan las normas básicas para el tratamiento. Normalmente estas tecnologías no son invasivas ni producen los efectos tóxicos de muchas de las tecnologías de la medicina convencional. En el proceso de dar a luz, varían desde la administración de oxígeno a una mujer que está de parto y que necesita energía a pelotas de dilatación para facilitar cambios de posición o a jacuzzis con cuerdas en la parte superior para que la mujer pueda estirar mientras está empujando. Tales tecnologías no dominan y controlan sino que utilizan la fisiología para capacitar a la mujer a dar a luz.

¿Y qué pasa con la ciencia? Tal como hemos visto, los médicos se muestran reticentes a cambiar muchas de las prácticas comúnmente utilizadas incluso cuando se demuestra que son inadecuadas. El médico francés Michel Odent, líder mundial en partos holísticos, a menudo señala que «la ciencia nos salvará». Se refiere a la tendencia emergente en la obstetricia occidental hacia cuidados basados en la evidencia. Si los cuidados obstétricos en la mayoría de hospitales se basaran realmente en la evidencia, entonces la mayoría de las prácticas estándar, incluyendo los gota a gota rutinarios, el uso rutinario de oxitocina y la posición de litotomía (boca arriba) tendrían que suprimirse; las mujeres comerían, beberían y se moverían a su

antojo durante el trabajo de parto; y parirían sentadas o en cuclillas (Enkin et al., 2000; Goer, 1995, 1999; Rooks, 1997).

(9) Crear y mantener la salud y el bienestar: objetivo a largo plazo

Los médicos tecnocráticos a menudo expresan su gran frustración porque los pacientes no siguen las órdenes del doctor. Por el contrario, la mayoría de las veces los médicos holísticos suelen expresar su frustración hacia pacientes que no se comprometen a largo plazo a mejorar su salud sino que quieren que el doctor rápidamente les cure y les permita continuar viviendo como antes. Las curaciones rápidas son malos substitutos de cambios a largo plazo en el estilo de vida que pueden mantener una buena salud. Los médicos holísticos quieren que sus clientes hagan cambios a largo plazo en sus dietas y estilos de vida que no únicamente prevendrán enfermedades sino que generarán activamente buena salud. Dejar el azúcar, la cafeína y los alimentos preparados, tomar suplementos vitamínicos, comer verduras de cultivo biológico ricas en nutrientes, hacer ejercicio de forma regular y controlar el estrés mediante la meditación son ejemplos de los tipos de cambios a largo plazo que a menudo son necesarios para la creación de bienestar. Los tocólogos holísticos saben que el embarazo es un momento importante para hacer esos cambios, no sólo para la salud del bebé sino también para asegurar la salud a largo plazo de la madre. El problema es por supuesto que muchas personas se muestran reticentes a tales cambios a largo plazo en su estilo de vida. Los médicos holísticos tienen que involucrarse mucho en la educación de los clientes y tener mucha paciencia para animar a las personas a hacer este tipo de cambio.

(10) La muerte como paso en un proceso

La redefinición del paradigma holístico de la muerte radica más allá de la perspectiva humanista de la muerte como «la fase final de crecimiento», no como ningún tipo de fin sino como un paso esencial en el proceso de vivir. Esta perspectiva surge de la definición de los holistas del cuerpo como campo de energía y de su conocimiento profundamente asentado del carácter transmutable de la energía. A causa de sus perspectivas integradas de la unidad esencial de cuerpo, mente y espíritu, es sólo en el momento de morir cuando los holistas les otorgan una separación conceptual. Al morir, según esta perspectiva, la energía del cuerpo decae y regresa a la tierra, mientras que la energía del espíritu o la conciencia individual continúa. La mayoría de los holistas parecen aceptar alguna versión de las filosofías orientales de la reencarnación, una perspectiva procedimental que permite la interpretación de la muerte como una oportunidad para un crecimiento continuado en un nuevo tipo de vida en el espíritu y a continuación una vez más en la carne. Si bien esta perspectiva positiva de la muerte no lleva a los holistas a apresurarse a abrazar la muerte, sí que acostumbra a darles un fuerte sentido de confianza en la seguridad esencial del universo y en la sabiduría y valor de sus formas.

(11) La curación como centro de atención

Decir que el modelo holístico se centra en curar más que en los beneficios significa rechazar el papel del dinero y la necesidad del médico de ganarse la vida dentro del sistema. Los médicos holísticos tienen sólidas opiniones sobre el dinero –tanto para sí mismos como parte de su identidad profesional. Aunque son conscientes de la necesidad de ganarse la vida, es el resultado de su compromiso personal más que la causa. Pocos de los médicos holísticos que he entrevistado trabajaban dentro del contexto del sistema estructurado, por ejemplo, donde la medicina y el dinero están fuertemente vinculados. Sólo pocos de ellos trabajaban en hospitales, en los que el gasto en salud es mayor, y prácticamente ninguno era miembro de la medicina

organizada (ejemplificada por el Colegio Estadounidense de Médicos y sus equivalentes regionales).

Reconocer que la curación se da no como respuesta a sus acciones sino a su apoyo y estimulación de la fuerza vital en el intercambio de energía entre individuos o en el avance a paso rápido o despacio hacia la muerte que a menudo premia con serios cambios del estilo de vida, los doctores holistas son muy conscientes de su relación de igualdad con los pacientes. El dinero forma parte de este intercambio. A diferencia de los doctores que practican la tecnomedicina y están dispuestos a vivir vidas estresadas y muy ocupadas en las que son incapaces de cuidarse a sí mismos adecuadamente, los doctores holísticos suelen encontrarse con que su cuidado personal a menudo va ligado al de sus pacientes, ya que es prácticamente imposible abrazar una filosofía holística sin aplicarla a uno mismo. En el aprecio mutuo que suele surgir entre el doctor holístico y el paciente, una experiencia profunda del valor substituye la importancia fundamental del dinero.

(12) La inclusión de múltiples modalidades de curación

Como hemos visto, la definición del paradigma holístico del cuerpo como campo de energía en constante interacción con otros campos energéticos hace posible que abarque múltiples modalidades que continúan siendo inaceptables para los defensores del paradigma tecnomédico. La visión holística final comporta una profunda revolución en los cuidados sanitarios. Si este paradigma se impusiera culturalmente, el predominio del modelo tecnomédico sería substituido por la valoración cultural de una multiplicidad de enfoques. La partería, la homeopatía, la acupuntura, entre otros, asumirían su lugar como disciplinas respetadas y legítimas. Los médicos de cada modalidad sabrían bastante de las otras para enviar a alguien a otro médico si es necesario. Sobre todo, el público sería educado en técnicas de cuidado personal, estilo de vida sano y el uso adecuado de muchos tipos de enfoques a los cuidados.

El hecho que la medicina holística abarque múltiples modalidades de curación está ganando creciente atención y aceptación por parte del público. La prueba más clara la tenemos en un estudio que determinó que una tercera parte de los estadounidenses buscaron los servicios de un médico no ortodoxo en el periodo de un año –y pagaron de su propio bolsillo las tres cuartas partes del costo de estos servicios (Eisenberg et al, 1993). Otro descubrimiento del estudio fue que el 72% de los pacientes radicales no explicaron a sus doctores que utilizaban medicina alternativa. Quizás el protagonismo dado a este estudio refleja el impacto económico sobre la medicina así como el descubrimiento que los usuarios de terapias no convencionales tenían estudios, eran blancos de clase media, de 25-49 años; uno de los mejores mercados para la medicina ortodoxa.

EL MODELO TECNOCRÁTICO, HUMANISTA Y HOLÍSTICO DE LA MEDICINA

El modelo tecnocrático de la medicina

1. La separación mente-cuerpo
2. El cuerpo como máquina
3. El paciente como objeto
4. La alienación del médico de la paciente
5. El diagnóstico y el tratamiento desde fuera hacia dentro (curar la enfermedad, reparar la disfunción)
6. La organización jerárquica y la estandarización de los cuidados
7. La autoridad y la responsabilidad inherentes al médico, no a la paciente
8. La sobrevaloración de la ciencia y de la tecnología
9. La intervención agresiva centrada en los resultados a corto plazo

- 10. La muerte como derrota
 - 11. Un sistema que busca el beneficio económico
 - 12. La intolerancia hacia otras modalidades
- Principio básico subyacente; la separación
 Tipo de pensamiento: unimodal, regido por el hemisferio izquierdo, lineal

El modelo humanista (biopsicosocial) de la medicina

- 1. La conexión mente-cuerpo
 - 2. El cuerpo como organismo
 - 3. La paciente como sujeto relacional
 - 4. La conexión y el afecto entre médico y paciente
 - 5. El diagnóstico y la curación desde fuera hacia dentro y desde dentro hacia fuera
 - 6. El equilibrio entre las necesidades del centro hospitalario y el individuo
 - 7. La información, la toma de decisiones y la responsabilidad compartida entre paciente y médico
 - 8. La ciencia y la tecnología compensadas por el humanismo
 - 9. Centrarse en la prevención de enfermedades
 - 10. La muerte como consecuencia aceptable
 - 11. Los cuidados movidos por la compasión
 - 12. La falta de prejuicios hacia otras modalidades
- Principios básicos subyacentes: equilibrio y conexión
 Tipo de pensamiento: bimodal

El modelo holístico de la medicina

- 1. La unidad de cuerpo-mente-espíritu
 - 2. El cuerpo como un sistema de energía interrelacionado con otros sistemas de energía
 - 3. Curar el conjunto de la persona en el conjunto del contexto de la vida
 - 4. La unidad esencial de médico y cliente
 - 5. El diagnóstico y la curación desde dentro hacia fuera
 - 6. Estructura de organización en red que facilita la individualización de los cuidados
 - 7. La autoridad y la responsabilidad inherentes al individuo
 - 8. La ciencia y la tecnología al servicio del individuo
 - 9. Crear y mantener la salud y el bienestar: objetivo a largo plazo
 - 10. La muerte como paso en un proceso
 - 11. La curación como centro de atención
 - 12. La inclusión de múltiples modalidades de curación
- Principios básicos subyacentes: conexión e integración
 Tipo de pensamiento: fluido, multimodal, regido por el hemisferio derecho

Al igual un sistema médico de la sociedad refleja sus valores fundamentales en el microcosmos, también la evolución puede afectar la evolución de una cultura más amplia. Tenemos que preguntarnos: ¿en qué queremos convertirnos mediante los tipos de salud que creamos? Los médicos obstétricos contemporáneos tienen una oportunidad única para entrelazar elementos de cada paradigma y así crear el sistema más eficaz de cuidados nunca diseñado en este planeta. Contamos con información sobre prácticas indígenas de dar a luz de muchas culturas, algunas de las cuales (como el masaje y las posiciones verticales para dar a luz) son muy beneficiosas y se deberían incorporar. Ahora contamos con más información que nunca a partir de estudios científicos que nos explican mucho de lo que tenemos que saber sobre la fisiología del parto y los tipos de cuidados que realmente ayudan a las mujeres a parir. Y las tecnologías existen para apoyar cualquier elección referida al hecho de parir. Si pudiéramos aplicar tecnologías apropiadas, en combinación con los valores del humanismo y de la abertura espontánea a la individualidad y la energía establecidas por el holismo, podríamos de hecho crear el mejor sistema obstétrico que el mundo

haya nunca conocido. Este es el reto que ofrecemos a los que asistieron a la conferencia de Fortaleza y a los que desean continuar su trabajo.

Agradecimientos

Deseo expresar mi gran afecto al Dr. Anibal Faundes por su cuidadosa, exhaustiva y comprensiva asistencia editorial en este artículo, y a Gloria St. John, coautora de *From Doctor to Healer*, por permitirme adaptar parte de nuestro trabajo común para este artículo.

REFERENCIAS

Castro, Arachu, Angela Heimbürger y Ana Langer. (2001). «Iatrogenic Epidemic: How Health Care Professionals Contribute To The High Proportion Of Cesarean Sections in Mexico». Tesis de máster inédita.

Davis-Floyd, Robbie E. (1987). «Obstetric Training as a Rite of Passage», *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 1, nº 3, pp. 288-318.

(1990). «The Role of American Obstetrics in the Resolution of Cultural Anomaly», *Social Science and Medicine*, vol. 31, nº 2, pp. 175-189.

(1992). *Birth as an American Rite of Passage*. Berkeley, Los Angeles y Londres: University of California Press.

(1994). «The Technocratic Body: American Childbirth as Cultural Expresión», *Social Science and Medicine*, vol. 38, nº 8, pp. 1125-1140. También disponible en <www.davis-floyd.com>.

(1998). «The Ups, Downs, and Interlinkages of Nurse- and Direct-Entry Midwifery», en Jan Tritten and Joel Southern (eds.), *Getting an Education: Paths to Becoming a Midwife*, pp. 67-118.

Eugene OR. *Midwifery Today*. También disponible en www.davis-floyd.com

Davis-Floyd, Robbie E. y Elizabeth Davis. (1997). «Intuition as Authoritative Knowledge», en Robbie Davis-Floyd y Carolyn Sargent (eds.), *Childbirth and Authoritative Knowledge: Crosscultural Perspectives*. Berkeley: University of California Press, pp. 315-349. También disponible en <www.davis-floyd.com>.

Davis-Floyd, Robbie E. y Gloria St. John. (1998). *From Doctor to Healer: The Transformative Journey*. New Brunswick: Rutgers U. Press.

Davis-Floyd, Robbie E. y Joseph Dumit. (1998). *Cyborg Babies: From Techno-Sex to Techno-Tots*. Nueva York: Routledge.

Davis-Floyd, Robbie y P. Sven Arvidson. (1997). *Intuition-The Inside Story: Interdisciplinary Perspectives*. Nueva York: Routledge.

Eisenberg, David M., R.C. Kessler, C. Foster, F.E. Norlock, D.R. Calkins, T.L. Delbanco. (1993). «Unconventional Medicine in the United States: Prevalence, Costs, and Patterns of Use», *New England Journal of Medicine*, nº 328, pp. 246-252.

Eisler, Rianne. (1995). *Sacred Pleasure: Sex, Myth, and the Politics of the Body*. HarperSanFrancisco.

Enkin, Murray, Marc Keirse, James Neilson, Caroline Crowther, Lelia Duley, Ellen Donet y Justus Hofmeyr. (2000). *A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth*. 3ª edición. Nueva York: Oxford University Press.

Friedson, Elliot. (1967). Reseña, «Health Factories: The New Industrial Sociology», *Social Problems*, nº 14, primavera, pp. 493-400.

Good, Mary-Jo Delvecchio (1995). *American Medicine: The Quest for Competence*. Berkeley: University of California Press.

Good, Byron y Mary-Jo Delvecchio Good. (1993). «“Learning Medicine”: The Construction of Medical Education at Harvard Medical School», en Shirley Lindenbaum y Margaret Lock (eds.), *Knowledge, Power, and Practice: The Anthropology of Medicine and Everyday Life*. Berkeley: University of California Press, pp. 81-107.

Goer, Henci. (1995). *Obstetric Myths versus Research Realities*. Westport: Bergin and Garvey.

(1999). *The Thinking Woman's Guide to a Better Birth*. Nueva York: Perigree/Penguin.

Harrison, Michelle. (1982). *A Woman in Residence*. Nueva York: Random House.

Jordan, Brigitte. (1993 [1978]). *Birth in Four Cultures: A Cross-Cultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden and the United States*, 4ª edición, revisada y ampliada por Robbie Davis-Floyd. Prospect Heights: Waveland Press.

Kennell, John. (1982). «The Physiologic Effects of a Supportive Companion (Doula) During Labor», en Marshall H. Klaus y Martha O. Robertson (eds.), *Birth: Interaction and Attachment*. Nueva Jersey: Johnson and Johnson, pp. 92-105.

Kennell, John, Marshall Klaus, Susan McGrath, Steven Robertson y Clark Hinckley. (1988). «Medical Intervention: The Effect of Social Support During Labor», *Pediatric Research*, nº 211, abril (resumen nº 61).

Klaus, Marshall H., John Kennell y Phyllis Klaus. (1993). *Mothering the Mother: How a Doula Can Help You Have a Shorter, Easier, and Healthier Birth*. Addison Wesley.

Kleinman, Arthur. (1988). *The Illness Narratives: Suffering, Healing, and the Human Condition*. Nueva York: Basic Books.

Kunisch, Judith. (1989). «Electronic Fetal Monitors: Marketing Forces and the Resulting Controversy», en Kathryn Strother Ratcliff (ed.), *Healing Technology: Feminist Perspectives*. Ann Arbor: University of Michigan Press, pp. 41-60.

Merchant, Carolyn. (1983). *The Death of Nature: Women, Ecology, and the Scientific Revolution*. San Francisco: Harper & Row.

Naisbitt, John. (1980). *Megatrends: Ten New Directions Transforming Our lives*. Nueva York: Warner Books.

Pert, Candace. (1993). «The Chemical Communicators», en Bill Moyers y Betty Sue Flowers (eds.), *Healing and the Mind*. Nueva York: Doubleday, pp. 177-194.

Pollack, Ron. (1995). «Worthless Promises: Drug Companies Keep Boosting Prices», *Oakland Tribune*, nº 7, julio.

Potter, Joe C., Elza Berquo, Ignez H. O. Perpetuo MD, Ondina Fachel Leal, Marta Rovey Souza, Maria Celia de Carvalho Formiga y Kristine L. Hopkins. (2001). «Unwanted Cesarean Sections among Public and Private Patients in Brazil», tesis de máster inédita.

Reynolds, Peter C. (1991). *Stealing Fire: The Mythology of the Technocracy*. Palo Alto: Iconic Anthropology Press.

Rooks, Judith. (1997). *Midwifery and Childbirth in America*. Filadelfia: Temple University Press.

Smith, Robert C. (1996). *The Patient's Story: Integrated Patient-Doctor Interviewing*. Boston: Little, Brown and Co.

Sosa, R., J. Kennell, S. Robertson y J. Urrutia. (1980). «The Effect of a Supportive Companion on Perinatal Problems, Length of Labor, and Mother-Infant Interaction», *New England Journal of Medicine*, nº 303, pp. 597-600.

Spiegel, David. (1993). «Social Support: How Friends, Family, and Groups Can Help», en Daniel Goleman y Joel Gurin (eds.), *Mind-Body Medicine: How To Use Your Mind for Better Health*. Yonkers, Nueva York: Consumer Reports Books, pp. 331-349.

Spiegel, David, J. R. Bloom, H.C. Kramer y E. Gottheil. (1989). «Effect of Psychosocial Treatment on Survival of Patients with Metastatic Breast Cancer», *Lancet*, nº 2, pp. 888-891.

Starhawk. (1989). *The Spiral Dance: A Rebirth of the Ancient Religion of the Great Goddess*. HarperSanFrancisco.

Tresolini, Carol P. y The Pew-Fetzer Task Force on Advancing Psychosocial Health Education. (1994). *Health Professions Education and Relationship-Centered Care*. San Francisco: Pew Health Professions Commission.

Wagner, Marsden. (1997). «Confessions of a Dissident», en Robbie Davis-Floyd y Carolyn Sargent (eds.), *Childbirth and Authoritative Knowledge: Cross-Cultural Perspectives*. Berkeley: University of California Press, pp. 366-396.

Wheatley, Margaret. (1992). *Leadership and the New Science: Learning about Organization from an Orderly Universe*. San Francisco: Berrett-Koehler Publishers.

Wiseman, R. y Marilyn Schlitz. (1996). «Experimenter Effects and the Remote Detection of Staring», Actas anuales de la Convención Parapsicológica, San Diego, California.

Zukav, Gary. (2000). *Soul Stories*. Nueva York: Simon and Shuster.

Biografía de la autora:

Doctora Robbie Davis-Floyd, investigadora del Departamento de Antropología, Universidad de Texas (Austin), es una antropóloga cultural internacionalmente conocida especializada en estudios médicos, rituales y de género así como la antropología de la reproducción. Ha escrito numerosos artículos y el libro *Birth as an*

American Rite of Passage (1992); co-autora de *From Doctor to Healer: The Transformative Journey* y *The Power of Ritual* (de próxima publicación) y co-editora de ocho colecciones, entre las cuales *Childbirth and Authoritative Knowledge: Cross-Cultural perspectives* (1997); *Cyborg Babies: From Techno-Sex to Techno-Tots* (1998); *Reconceiving Midwives: The New Canadian Model of Care* (de próxima aparición); y *Midwives in Mexico: Continuity, Controversy, and Change* (de próxima aparición).

Financiado por la Wenner-Gren Foundation for Anthropological Research, ha terminado recientemente un gran proyecto de investigación sobre el desarrollo de la partería profesional en los Estados Unidos, cuyos resultados se incluirán en *Mainstreaming Midwives: The Politics of Change*, a la vez que sigue con sus estudios sobre las transformaciones contemporáneas en la partería mejicana.

Datos de contacto:

Doctora Robbie E. Davis-Floyd

Profesora, Departamento de Antropología, University of Texas at Austin

804 Crystal Creek Drive, Austin, Texas 78746

<davis-floyd@mail.utexas.edu> <www.davis-floyd.com>

Teléfono personal y de la oficina: 512-263-2212 Móvil/Buzón de voz: 512-426-8969

¹ Algunas partes de este artículo se basan en gran medida en *From Doctor to Healer: The Transformative Journey* (Davis-Floyd y St. John, 1998) y *Birth as an American Rite of Passage* (Davis-Floyd, 1992). Para más información, consulten estos trabajos; ver también Davis-Floyd, 1990, 1994; Davis-Floyd y Davis, 1997; y <www.davisfloyd.com>.

² Importante: la noción que la autoridad y la responsabilidad en relación a la salud son inherentes al individuo es útil para reflexionar sobre los cuidados sanitarios de las clases medias y altas. Pero los pobres normalmente no tienen el lujo de escoger su dieta, su trabajo o su estilo de vida. Ni pueden permitirse muchas de las opciones que los curadores holísticos proponen, ya que normalmente el sistema de salud privado o público no las cubre. Una limitación enorme de la curación holística ha sido el hecho de ser confinada a los segmentos más adinerados de la sociedad y su casi total no disponibilidad por parte de los pobres: será necesario un cambio global del paradigma de proporciones épicas para que los sistemas de seguros en todos los países cubran múltiples formas de cuidados. Pero ésta es la visión holística final: que la hegemonía alopatía sea substituida por sistemas en los que todas las modalidades sean igualmente accesibles a todas las personas.