


Artículo

## La visión del cuerpo en el bloque quirúrgico

MARGARITA RÍOS DOMÍNGUEZ<sup>1</sup>

 0000-0001-9660-2505

Universidad Nacional de Educación a Distancia, España



[revistes.uab.cat/periferia](http://revistes.uab.cat/periferia)



Diciembre 2020

Para citar este artículo:

Ríos, M. (2020). La visión del cuerpo en el bloque quirúrgico. *Perifèria, revista de recerca i formació en antropologia*, 25(3), 102-119.  
<https://doi.org/10.5565/rev/periferia.812>

### Resumen

El objetivo de esta investigación es, mediante un estudio etnográfico, plasmar la visión del cuerpo como objeto en el bloque quirúrgico. Este concepto se ha ido fraguando a través de la historia bajo la influencia de factores sociotécnicos y socioculturales. Esto ha dado lugar a una desubjetivación de la agencia del enfermo reducida a agencia bioquímica. Para la investigación he utilizado la observación participante y entrevistas. Con todo ello se han podido analizar los factores relacionados con la actual visión del cuerpo en medicina y la relevancia de este conocimiento, especialmente para los profesionales sanitarios.

**Palabras clave:** Quirófano, opaco, paciente, cuerpo, espacio instrumental, componentes.

---

<sup>1</sup> Contacto: Margarita Ríos Domínguez – [margarita.rios.dominguez@gmail.com](mailto:margarita.rios.dominguez@gmail.com)



**Abstract:** *The vision of the body in the surgical block (operating suite)*

The objective of this research is, through an ethnographic study, to capture the vision of the body as an object in the surgical block. This concept has been forged throughout history under the influence of sociotechnical and sociocultural factors. This has led to a desubjectivation of the patient's agency reduced to a biochemical agency. For the research I have used participant observation and interviews. With all this, it has been possible to analyze the factors related to the current vision of the body in medicine and the relevance of this knowledge, especially for health professionals.

**Keywords:** Operating room, opaque, patient, body, instrumental space, components.

## Introducción

El presente artículo forma parte de una investigación llevada a cabo en un hospital de tercer nivel localizado en un gran centro urbano de la comunidad de Cataluña. A través de un estudio etnográfico se ha pretendido realizar un análisis de las prácticas humanas llevadas a cabo en el bloque quirúrgico de este centro, examinando sus significados e interacciones.

Sin duda se han llevado a cabo multitud de estudios en este departamento, la mayoría han sido estudios clínicos y farmacológicos, pero muy pocos se han centrado en los aspectos sociales. Este artículo pretende precisamente eso, una reflexión y descripción de los aspectos sociales en el bloque quirúrgico. El quirófano es un espacio que se presenta opaco y desconocido a la mayoría de personas, algunas quizás hayan podido conocer algunos aspectos a través de un ingreso propio o el ingreso de algún familiar. No obstante, el departamento sigue presentándose velado y de acceso restringido. Por eso este artículo invita a hacer una visita hacia su interior y descubrir algunos de sus significados, con el objetivo principal de ofrecer la visión del cuerpo en el espacio quirúrgico, un cuerpo convertido en objeto, que sin duda es un reflejo de nuestra modernidad occidental y del individualismo capitalista.

## **Metodología**

Se trata de un estudio etnográfico basado en observaciones presenciales y entrevistas. Las observaciones han sido realizadas en jornadas habituales de trabajo; comienzan cuando el paciente llega a la zona de preanestesia donde se le prepara para la cirugía, posteriormente pasa al quirófano, es operado y a continuación, se traslada a la sala de Reanimación. Finalizan cuando es dado de alta a la unidad hospitalaria.

Se han realizado 10 entrevistas a cirujanos/as, 10 entrevistas a anesestesiólogos/as y 10 entrevistas a enfermeros/as.

Con el material de observación y entrevistas he elaborado un diario de campo, y posteriormente he procedido al glosado del diario, es decir, al etiquetado o clasificación del material empírico en categorías analíticas. Con todo ello he elaborado una guía de campo, más tarde una guía de escritura y finalmente unas conclusiones.

Como he mencionado anteriormente, el bloque quirúrgico es un espacio acotado y restringido. El acceso al campo me ha sido facilitado porque trabajo como enfermera en este hospital. Las observaciones y entrevistas siempre han sido llevadas a cabo fuera de mi horario laboral y contando con todos los permisos institucionales pertinentes. Este estudio forma parte de una tesis doctoral que estoy llevando a cabo en el departamento.

Comenzaré haciendo una descripción del espacio físico y su representación, a fin de proporcionar un marco introductorio adecuado.

## **Estructura física y representación del espacio**

En la primera planta del hospital hay un ancho pasillo con sillas a ambos lados y en la parte derecha una puerta con el rótulo "Acceso área quirúrgica", sólo el personal autorizado puede entrar ahí, ya que se necesita una tarjeta con banda magnética para poder abrir esa puerta. Si la abrimos nos encontramos con un vestuario, dividido en zona de hombres y zona de mujeres y una máquina expendedora de uniformes necesarios para poder entrar en el departamento: pijamas separados por tallas, gorros, zapatos, polainas y mascarillas. Si nos vestimos con el equipo quirúrgico podremos subir las pequeñas escaleras que nos conducirán a un distribuidor. Hacia la derecha vemos una sala de repliegue para el personal con dos sofás situados uno

frente al otro, una máquina de café y otra de bebidas y alimentos. Allí siempre podremos encontrar a cualquier miembro del equipo charlando, leyendo, o sencillamente descansando en silencio. Y justamente enfrente de esta sala observamos una puerta que nos dará paso al área quirúrgica, un espacio acotado y restringido. Empujamos la puerta y lo primero que vemos es un largo pasillo y gente vestida de verde moviéndose muy deprisa de un lado a otro, a simple vista no se puede distinguir quién es cirujano, enfermero, auxiliar, sanitario (en este hospital los celadores reciben el nombre de sanitarios), personal de la limpieza, etc., todos visten igual, todos parecen tener prisa y todos aparentan saber muy bien lo que tienen que hacer. Al lado derecho está el despacho de supervisión, un poco más adelante la zona de preanestesia, que consta de cuatro boxes que corresponden a los cuatro quirófanos, una máquina expendedora de medicación endovenosa, y una mesa larga donde las enfermeras preparan habitualmente la medicación anestésica.

En la parte izquierda están los quirófanos; si entramos en cualquiera de ellos, podemos observar gran número de aparatos electrónicos de alta tecnología, empezando por la mesa de operaciones localizada en el centro del quirófano que puede adoptar casi una infinita variedad de posiciones y a la que se pueden acoplar gran número de suplementos dependiendo del tipo de cirugía. Se controla con un mando a distancia o desde el panel fijo de mandos instalado en la pared.

Muy cerca está el respirador, un aparato capaz de mantener artificialmente la ventilación del paciente durante toda la cirugía, el monitor que controla durante todo el proceso su función hemodinámica, la torre quirúrgica de laparoscopia con el monitor de vídeo, la fuente de luz, la cámara, el insuflador de dióxido de carbono y el bisturí, y dos grandes pantallas de vídeo fijadas al techo de la sala.

En otro quirófano además de todo eso encontramos el robot "Da Vinci" -como el genio del Renacimiento italiano-, que se controla a distancia desde la misma sala de operaciones, consta de la consola del cirujano, el carro del paciente y el carro de visualización. Es capaz de alcanzar con sus brazos lugares donde los dedos de un médico nunca llegarían, ofreciendo al cirujano una imagen en tres dimensiones y una movilidad total por los órganos del paciente.

Se trata de una visión pequeña, pero muy precisa y profunda de los tejidos, que encaja perfectamente con la noción de *oligóptico*, utilizada por Latour, para describir lugares desde donde se llevan a cabo visiones estrechas, aunque extremadamente

profundas del *todo* conectado, siempre y cuando se mantengan las conexiones con el resto de los elementos relacionados (Latour, 2008). El desarrollo tecnológico ha terminado por expandir el modelo *oligóptico*, ya que anteriormente predominaba un modelo *panóptico*, cuya visión es global, pero mucho más vaga e imprecisa.

Actualmente se están sustituyendo la mayoría de las cirugías abiertas por cirugías laparoscópicas, realizando pequeñas incisiones en el cuerpo del enfermo. Mediante una cámara de vídeo se hace posible visualizar el campo quirúrgico dentro del paciente y a través de unos trócares se puede accionar en sus órganos y tejidos. La cirugía convencional está quedando obsoleta tras la introducción de las nuevas tecnologías;

Si continuamos nuestra observación por el bloque quirúrgico notamos que el espacio dentro del quirófano parece dividido en dos partes; desde la entrada hasta aproximadamente la mitad del recinto está ocupado por material del equipo de anestesia: el respirador, el monitor, el carro de la medicación y el carro de material auxiliar. Desde la mitad hasta la puerta de salida está ocupado por material del equipo de cirugía: la torre quirúrgica, la mesa con el material estéril y otra mesa auxiliar con material embolsado, el carro con material accesorio, el negatoscopio (una pantalla luminosa constituida por un cristal esmerilado y alumbrado por detrás, sobre el cual se ponen radiografías u otros clisés para observarlos por transparencia), y un ordenador que solo utilizan el auxiliar y las instrumentistas. Si alguien del equipo de anestesia cruza esta barrera simbólica durante la cirugía es observado con cierta expectación y sospecha, lo mismo ocurre con el equipo quirúrgico si traspasa esa figurada línea divisoria. Todos tienen su lugar, todo tiene su orden.

El equipo de anestesia se encarga de las funciones del *input*. Introducen vías endovenosas al paciente y a través de ellas la anestesia, los líquidos y la medicación para mantener estable la función hemodinámica. Introducen también el tubo endotraqueal y por él insuflan oxígeno y gases. El equipo quirúrgico se encarga del *output*. En primer lugar, colocan una sonda vesical al paciente extrayendo la orina, a continuación, seccionan piel y tejidos y extraen muestras para analizar, extraen tumores y extraen órganos.

Cabría destacar la relación de la temperatura corporal con la prevención de las infecciones, así como con modificación en la acción de los componentes de la sangre. La temperatura dentro del recinto oscila entre 17 y 18°C, con una humedad y un

flujo continuo de aire que genera intercambios de aire total, lo cual produce mayor sensación de frío. Los pacientes al llegar suelen quejarse de frío, ya que sólo llevan puesta una especie de bata blanca sin mangas abrochada por detrás, pero durante la cirugía se les incorpora una manta térmica y algunos miembros del personal llevan una bata de manga larga que también forma parte del uniforme quirúrgico.

Podríamos afirmar que el frío no sólo se percibe a través de la temperatura, sino también a través de la impersonalidad del departamento, las prisas de los empleados, la funcionalidad de todos los elementos, la intensa luz blanca y casi deslumbrante de los potentes focos que los auxiliares movilizan constantemente a petición de los cirujanos, los sonidos constantes y repetitivos que emiten el respirador y también el monitor, las alarmas que suenan habitualmente y que el anestesiólogo desconecta de manera rutinaria al sonar en los parámetros marcados como límite. Todo ello apunta a ese ambiente descarnado, anónimo y desagencializador propio de los espacios técnicos instrumentales, y concretamente del departamento quirúrgico como núcleo duro del sistema médico.

Es interesante tener en cuenta que a partir del siglo XVI el hospital empezó a convertirse en espacio medicalizado, anteriormente era tan solo un espacio asistencial, pero a partir de ese momento el hospital comenzó a especializarse, influyendo para eso elementos económicos y políticos. Al paciente se le aisló de su entorno, ahora importaba el curso, no la causa, importaba más la narrativa del curso que la narrativa del paciente, importaba el relato nosológico, es decir, el relato del sistema médico experto, algo similar a lo que ocurre en la actualidad (Faure, 2005).

Pero, si seguimos observando, vemos que hay otros elementos que también están presentes y que sin duda cumplen una función de territorialización y personalización del lugar; durante las cirugías es habitual escuchar música, ya sea de alguna emisora de radio o música grabada en algún reproductor. Hay un gran número de estudios que indican lo desaconsejable de los ruidos y distracciones durante las cirugías (Tsiou, Efthymiatis, 2008). Pero en este caso se trata de algo diferente, se trata de una manera de incorporar la parte doméstica en un sistema experto y convertir el espacio en un lugar más cálido y personalizado. La tensión en el proceso quirúrgico varía a lo largo del mismo. Los momentos iniciales y finales son los que conllevan menor tensión y en estos momentos el equipo también se relaja.

Si salimos de los quirófanos y seguimos caminando hacia adelante por el pasillo nos encontramos con otra sala de repliegue para el personal, ésta es frecuentada normalmente solo por los cirujanos antes y después de cada cirugía. Los anestesiólogos o el personal de enfermería únicamente entran para hacer alguna breve consulta a algún cirujano, o para recoger alguna historia clínica.

Un poco más adelante el suelo cambia de color, eso significa que ya no es zona quirúrgica, es la marca divisoria de los dos espacios. Nadie que venga del otro lado y no lleve puesto el uniforme quirúrgico podrá cruzar esa frontera. Ésta es una norma sagrada en el departamento, que solo se ha transgredido en muy pocas y contadas ocasiones por razones de máxima urgencia quirúrgica y que tiene que ver con las normas de asepsia y esterilidad. Si seguimos caminando nos encontramos con la puerta de entrada de los familiares; esa puerta comunica la sala de Reanimación con un pequeño vestíbulo en el que los familiares deberán ponerse una bata verde, gorro y polainas a fin de acceder a la sala de Reanimación. Los familiares siempre son acompañados hasta allí por un guardia de seguridad y no entran hasta que el anestesiólogo de guardia y la enfermera de anestesia dan el consentimiento.

Muy cerca de esa puerta se encuentra el despacho de anestesia, es una zona de repliegue para los anestesiólogos, igualmente sería muy extraño observar a cualquier otro miembro del equipo participar en sus tertulias, únicamente entran las enfermeras o los cirujanos para consultas muy puntuales. Justo al lado de ese despacho se encuentra la sala de Reanimación y es habitual escuchar desde allí las voces de los anestesiólogos charlando. El bloque ha ido creciendo en función de las necesidades técnicas y de atención. Cabe recordar que, dado el hermetismo de la zona, los profesionales no salen del bloque en todo el día y los espacios de descanso y repliegue se sitúan, en ocasiones, cerca de las zonas de asistencia.

La sala de Reanimación es un espacio amplio dividido en boxes, delante de los boxes está el control de enfermería y hacia un lado, un pequeño almacén de material clínico al que llaman "el arsenal". Los viernes se suelen programar muy pocas cirugías, y la mayoría son con anestesia local, de manera que las enfermeras<sup>2</sup> de anestesia tienen poco trabajo, permanecen de guardia por si surge alguna complicación o urgencia,

---

<sup>2</sup> Utilizo este término en femenino porque actualmente en este departamento, el personal de enfermería está formado sólo por mujeres. Aunque en general se están incorporando hombres a la profesión, la mayoría del personal de enfermería siguen siendo mujeres. Por otra parte, utilizo los términos anestesiólogo y cirujano debido a que la gran mayoría de estos profesionales en este centro son hombres.

pero la mayoría de las veces las trasladan a cualquier parte del hospital donde se requiera su colaboración. El aprovechamiento de los recursos humanos es primordial en la organización de la gestión actual. Tal vez esto sea un reflejo de una de las características de nuestra sociedad contemporánea, la flexibilidad en el trabajo, concretamente en su organización: se fomenta la polivalencia, el trabajo en equipo y la capacitación, una consecuencia del impacto social de la revolución científico-tecnológica, que de alguna manera está modificando las condiciones de trabajo en el mundo occidental.

El control de enfermería se puede observar como un espacio abierto, un terreno común, en donde dialogan indistintamente anestesiólogos, enfermeras de anestesia y sanitarios, pero en muy rara ocasión se verá allí a algún cirujano, enfermera quirúrgica o auxiliar de quirófano; las enfermeras quirúrgicas y quirofanistas se suelen reunir en el almacén de material quirúrgico localizado en la parte trasera de los quirófanos, ésta es la llamada "zona sucia", es el lugar donde se lava el material quirúrgico y posteriormente se esteriliza y almacena, también es el lugar donde se guardan y clasifican los tejidos procedentes de biopsias, órganos y tumores extirpados, y cualquier otra muestra orgánica, antes de enviarlos al departamento de anatomía patológica.

Es interesante notar que las enfermeras, a diferencia de los anestesiólogos y cirujanos, no disponen de un espacio propio de trabajo, un despacho. Si tuviéramos que asemejar la posesión de espacio a poder, sin duda, sería enfermería el grupo menos dotado de poder, tal vez porque el trabajo de cuidados, en general, ha estado bastante desvalorizado históricamente, ligado a lo femenino, a la falta de prestigio, a la descualificación, y, en consecuencia, a los bajos salarios, y en algunas ocasiones, hasta inmerso en una economía sumergida. Pero, por otro lado, el trabajo de cuidar, en la actualidad, está cada vez más unido a la empatía, a la proximidad, a una visión más humana y holística del paciente, observando a éste como un ser biopsicosocial, dando una importante atención a los aspectos relacionales y a un trato más personalizado y humano con el enfermo (Finfgeld-Connett, 2008).



## Cuerpo como objeto

Cuando el paciente llega al quirófano, el equipo de anestesia se encarga de monitorizarlo, los auxiliares colocan sus brazos y piernas en una posición adecuada para el inicio de la intervención. Las enfermeras junto con el anestesiólogo comenzarán la administración de la anestesia y posteriormente procederán a la intubación. Una vez el paciente está anestesiado e intubado, todo el equipo participará en colocar su cuerpo en una posición idónea para que los cirujanos puedan operar correctamente, para que las funciones hemodinámicas y respiratorias del paciente se mantengan estables y evitar lesiones debidas a la intervención quirúrgica o a la posición. A continuación, se procederá a cubrir el cuerpo con tallas estériles, incluido el rostro y dejando únicamente al descubierto la zona donde los cirujanos deberán efectuar las incisiones quirúrgicas. Durante todo este proceso el cuerpo del paciente se convierte en un espacio instrumental en el que los distintos profesionales desarrollan sus actividades. El cuerpo es contemplado como un objeto al que hay que operar y en el que se deben mantener en correcto funcionamiento sus signos vitales.

Sin duda la noción moderna del cuerpo es distinta a la de épocas anteriores, la noción actual es un efecto de la estructura individualista del campo social, como resultado de una escisión entre la persona y la colectividad. Según Le Bretón:

(...) la aparición del individuo en una escala social significativa puede encontrarse en el mosaico italiano del Trecento o Cuattrocento en el que el comercio y los bancos juegan un papel económico y social muy importante. El comerciante es el prototipo del individuo moderno, el hombre cuyas ambiciones superan los marcos establecidos, el hombre cosmopolita por excelencia, que convierte el interés personal en el centro de sus acciones, aun en detrimento del 'bien general'. El individuo ya no está regido por la preocupación por la comunidad y por el respeto a las tradiciones" (Le Bretón, 1990, p. 39).

Más bien el individuo tiende a convertirse en el lugar autónomo de las elecciones y de los valores. Lo importante ahora ya no es el ser miembro de una comunidad, lo importante es ser él mismo. El cuerpo se convierte en la frontera que marca la diferencia entre un hombre y otro. Es muy significativo también en este periodo el surgimiento de la investigación anatómica a través de la disección del cuerpo humano.

“Especialmente a partir de ‘De corporis humani fabrica’ (1543) de Vesalio, surge una diferenciación implícita dentro de la episteme occidental entre el hombre y su cuerpo” (...) “El cuerpo se asocia al poseer y no al ser” (Ibíd.: 46). A partir de este momento empieza a surgir esa visión, tan común hoy en medicina, del cuerpo como un objeto, como un espacio instrumental. Aparece una ruptura epistemológica que facilita la dualidad contemporánea cuerpo-sujeto, dejando atrás muchas tradiciones populares, secularizando la visión del mundo, encaminándola hacia una racionalidad que continúa hasta nuestros días. El saber ya no proviene de la comunidad, ni de las tradiciones, ni de las culturas, ahora proviene de los especialistas, los únicos aptos para determinar lo que es verdadero y lo que no lo es (Ibíd: 46,49).

Con Vesalio aparece el auge de la disección de cadáveres como medio de aprender anatomía. En ese mismo siglo también tuvo lugar la Reforma protestante, y poco a poco fue desarrollándose la secularización del conocimiento y la liberación de lo religioso. Más tarde, ejercieron su influencia las corrientes racionalistas y positivistas y la aparición de la democracia. Todo ello contribuyó a remover barreras religiosas, políticas y sociales, que favorecieron la disociación entre el hombre y su cuerpo y, por tanto, la reificación de este último.

El racionalismo y el positivismo también llevaron consigo el intento de hacer desaparecer intermediarios entre el objeto y su representación, de hacer desaparecer la subjetividad y esto tuvo su repercusión también en medicina, ofreciendo paulatinamente más valor a los signos que a los síntomas, al *ojo* que a la *escucha* al paciente. Los avances científico-tecnológicos han provocado notables adelantos en el diagnóstico por la imagen y la medicina se ha dividido cada vez en más especialidades. Esto ha dado lugar al protagonismo de la parte frente al todo y a la consecuente cosificación del cuerpo.

Podríamos asegurar que hoy en día el saber biomédico es, en cierta medida, la representación oficial del cuerpo humano. Es el tipo de conocimiento que se enseña en las universidades, el que se utiliza en los laboratorios de investigación y el fundamento de la medicina moderna.

“El punto de partida epistemológico de la medicina actual está basado en el estudio riguroso del cuerpo, pero de un cuerpo separado del hombre, valorizado, percibido como el receptáculo de la enfermedad” (Ibíd: 178). Poco a poco, a través del tiempo, se ha ido construyendo esa depuración oligóptica propia de los cuerpos depositados

en la mesa de operaciones que mencionábamos anteriormente. Cuerpos formados por órganos y tejidos que pueden ser separados, clasificados y hasta intercambiados en el quirófano, cuerpos convertidos en meros espacios instrumentales.

Relacionado con esto, voy a hacer referencia a los trasplantes de órganos. En este hospital es bastante habitual ese tipo de cirugías, ya sea de órganos provenientes de donante vivo o de donante cadáver. Podemos ver aquí al cuerpo descompuesto en sus elementos, reificado, convertido plenamente en objeto, cuyas partes pueden resultar intercambiables con otras si existe la biocompatibilidad adecuada entre los tejidos.

Los trasplantes de órganos representan una manera de conservar la vida después de la muerte y también una forma de contribuir solidariamente hacia un cuerpo social y colectivo. Esa forma de adhesión y camaradería, sin duda, se ha visto influida por los medios de comunicación que han fomentado la responsabilidad social de la población hacia la donación de órganos y, por otra parte, la Ley de Trasplantes de 1979, ha hecho también su contribución en España a la legitimación social de la donación de órganos.

Según Velasco, el concepto de muerte ha sido objeto de debate a lo largo de la década de los 80 y los 90 del pasado siglo, por consiguiente, se podría concluir que la muerte "no es tan solo un hecho biológico, sino también cultural y que la muerte cerebral se ha convertido en una definición de muerte", dejando atrás los criterios tradicionales de defunción basados en la cesación de las constantes vitales. Ahora los individuos se consideran muertos por la cesación de actividad en un solo órgano, el cerebro, y esto da lugar a la fragmentación y desmembramiento del resto del cuerpo (Velasco, 2007, p. 235). Actualmente los profesionales han dejado poco definida la diferencia entre cuerpo vivo y cuerpo muerto, ya que se puede mantener de manera artificial el funcionamiento de las constantes vitales en un cuerpo que se encuentra bajo riesgo vital, gracias a la utilización de drogas vasoactivas y ventilación mecánica, de manera que los diferentes órganos corporales pueden ser trasplantados para mejorar la vida de otras personas.

Aquí el cuerpo aparece desobjetivado y fragmentado, se trata de una visión particular del cuerpo que se compone de órganos y tejidos separados que pueden ser estudiados aisladamente, partes del cuerpo quirúrgicamente "disociadas de su

entorno, divorciadas del organismo al cual pertenecen. Ya no es una unidad, no es un todo orgánico” (Ortega, 2010, p. 162).

En Occidente y desde la Ilustración se considera al cerebro como un órgano esencial, asociado a la racionalidad, a la mente y a la identidad personal. Cuando deja de funcionar el cerebro, cesan también las funciones de la razón. En contraste con esto, en países orientales como Japón se cuestiona si la muerte cerebral es lo mismo que la muerte biológica; tradicionalmente allí se consideraba “el estómago como sede del alma” (por ello “los guerreros que no soportaban la derrota se quitaban la vida clavándose la espada en el estómago a fin de liberarla”) y que la fragmentación de los cadáveres era una “violación del tabú de la integridad del cuerpo” y un robo verdaderamente injusto (Velasco, 2007, p. 236).

La muerte cerebral reduce el proceso de muerte a un solo instante, una interrupción que permitirá ahora a las tecnologías médicas mantener con vida a las “partes fuera del todo” y que por medio de fármacos inmunosupresores eliminará las reacciones de rechazo en los posibles receptores. Se acepta con ello la “divisibilidad y la separabilidad” de las partes del cuerpo, desprovistas ahora de identidad, aunque no desaparece por completo la cuestión de la propiedad, ya que los herederos, es decir, la familia, deberán ahora dar autorización (si el difunto no lo hizo por medio de un testamento vital) para la posible utilización de los órganos (Ibíd: 235,236,237).

Como afirma H. Velasco, si pudiéramos observar desde otras culturas la donación de órganos mediada por las tecnologías médicas,

podríamos ver reflejada no sólo la modernidad tecnológica, sino la moralidad occidental que también se supone superior, veríamos a un receptor enormemente agradecido y respetuoso hacia el donante, pero que no tiene persona a quien expresar ese agradecimiento, por eso es que en algunos casos han aparecido trastornos psíquicos no superados en receptores de trasplante (Ibíd: 238).

La mayoría de los países elaboran legislaciones sobre los trasplantes de órganos ya sea de donantes vivos o de cadáveres y los médicos y cirujanos tienden a disociar, lo más explícitamente posible, los vínculos entre el hombre y el cuerpo y promover una visión instrumental de este último.

Podríamos afirmar que el cuerpo es la condición del hombre, el lugar más inmediato de su persona. Lo que se extrae y lo que se agrega modifica de alguna manera la

relación que mantiene con el mundo. Todas las orientaciones técnicas y científicas de la modernidad tienen su clara influencia en la medicina y en el cuerpo cuyos rendimientos se pretenden controlar y mejorar. Cien billones de células, cabeza, tronco y extremidades, que constituyen el primer contacto con el mundo, la base para la experiencia, la mayor fuente de placer, la llave del éxito o del fracaso. Posiblemente la enfermedad podría poner en duda su identidad, ya que se enfrenta a la fragilidad y a la caducidad de su existencia corporal.

En el bloque quirúrgico se trabaja cotidianamente con cuerpos, cuerpos que se abren, se operan, cuerpos en los que se trasplantan piezas, a veces estos cuerpos pudieran llegar a asemejarse a un rompecabezas con elementos disponibles y permutables, en algunos casos, por materiales técnicos: prótesis, válvulas... Otras veces son cuerpos conectados a máquinas o aparatos de asistencia como en la hemodiálisis, diálisis peritoneal... Sin duda nuestra actual medicina occidental está profundamente afectada por las influencias de los tiempos que corren; su técnica y sus logros están dominados por las circunstancias del momento, pero siempre con un único y primordial propósito: intentar por todos los medios volver al cuerpo ajeno a la vejez, ajeno a la enfermedad, ajeno al sufrimiento y sin duda, ajeno a la muerte (Le Bretón, 1990).

### **Cosificación del cuerpo. Una escisión resultante**

Tal como hemos visto hasta ahora, a lo largo de la historia se han ido desarrollando una serie de condiciones socioculturales en las que se ha ido configurando la actual visión del cuerpo en el bloque quirúrgico, un cuerpo reducido a objeto, a espacio instrumental, un cuerpo cuya agencia se ha convertido en agencia bioquímica. Esto ha dado lugar a una escisión entre dos órdenes morales: el orden moral de la responsabilidad que corresponde a la acción técnica propia del personal experto, es decir, de los profesionales sanitarios y el orden moral de la aflicción subjetivamente vivida por los pacientes. A pesar de esta separación, se producen constantemente desplazamientos de uno al otro lado.

A fin de poder seguir mostrando consideraciones sobre el concepto de cuerpo en el quirófano y poner de manifiesto la resultante escisión entre estos dos órdenes morales mencionados, voy a hacer referencia a una de mis observaciones realizadas, concretamente a una Laparotomía exploratoria de urgencia practicada a una joven a

causa de un sangrado post quirúrgico. Esta paciente sufría insuficiencia renal crónica y se dializaba en este centro. Fue trasplantada en dos ocasiones y en las dos hubo rechazo del riñón. En la última ocasión fue necesario realizarle una trasplantectomía, es decir, extirpación del riñón trasplantado. Cuando fue dada de alta a su domicilio sufrió un importante sangrado procedente de la herida quirúrgica y se desplazó a las urgencias de este hospital. A consecuencia de esto se decidió intervenirla con una laparotomía exploratoria de urgencia, a fin de observar la causa del sangrado y repararla.

Es cierto que el sistema experto utiliza una racionalidad instrumental para conseguir los mejores resultados, sus actuaciones generalmente están protocolizadas para aumentar la efectividad y reducir los errores. Ha tenido que reducir el cuerpo a un objeto para poder trabajar sobre él y reparar los tejidos u órganos dañados. No obstante, no debemos olvidar que ese sistema experto está formado por seres humanos con emociones. En la mencionada cirugía de urgencia, la anestesióloga, unos días después de la intervención me dijo en la entrevista: "Por muy médicos que seamos muchas veces tenemos miedo y nos asustamos como cualquiera y más cuando ves a una chica jovencita y piensas que no es justo, que todavía no es su hora". Y el cirujano comentó: "Tenemos que mantener la cabeza fría" [...] "las emociones nunca juegan a nuestro favor". Dentro del quirófano, con un paciente anestesiado resulta imprescindible la cosificación del cuerpo convertido en espacio instrumental. No obstante, siempre se hacen desplazamientos hacia el lado aflictivo debido a que los profesionales también son humanos y, por tanto, permeables al dolor, el miedo y la incertidumbre.

Durante la mencionada cirugía la anestesióloga dijo lo siguiente a la enfermera mientras estaban anestesiando a la paciente:

Qué pena esta chica... a esto le llamo tener mala suerte; mira que ponerle dos riñones y tenérselos que quitar los dos... Y mira cómo está ahora, ya veremos si sale de ésta, tiene la hemoglobina por los suelos, cuando la durmamos habrá que transfundirla enseguida... Ahora ponle 2 de Fenta... Y luego 4 de Trakium... Creo que no es difícil de intubar, yo ya la intubé una vez... Y no me costó nada.

El cuerpo del paciente dentro del quirófano, en muchas ocasiones, pasa, de manera constante, de ser objeto a ser sujeto y viceversa. El sistema experto cosifica al cuerpo

y ejerce sobre él una visión oligóptica, propia de nuestra actual era digital, pero no puede evitar hacer incursiones sobre el orden aflitivo.

La paciente fue operada con éxito y cuando hubo despertado de la anestesia pidió poder ver a su madre. Esta petición estaba fuera del horario de visitas, pero el anestesiólogo que estaba de guardia hizo una excepción, se hicieron las gestiones necesarias y la madre de la joven pudo visitarla fuera del horario habitual. Este también es un ejemplo de los mencionados desplazamientos del orden de la responsabilidad hacia el orden aflitivo.

Durante el transcurso del tiempo en la sala de Reanimación, la paciente solicitó un amuleto que le había dado un sacerdote y que se encontraba en la unidad hospitalaria. La enfermera que la atendía hizo los trámites oportunos para que ese amuleto llegara hasta la paciente. Una vez más podemos comprobar otro ejemplo de los mencionados desplazamientos. Estudios realizados demuestran que amuletos u otros elementos simbólicos pueden adaptarse "al funcionamiento de las redes neuronales, gracias a lo cual se producen efectos en el cuerpo. Es lo que caracteriza al efecto placebo" [...] "Ciertamente, hoy los médicos no hablan de la influencia de los rituales mágicos y los conjuros en el equilibrio de los cuatro humores hipocráticos. Pero reconocen, en el efecto placebo, la influencia del entorno sociocultural y simbólico en los flujos de endorfinas y dopaminas en el cuerpo humano" (Bartra, 2019, p. 29). De manera que, en un medio puramente científico y altamente tecnificado, el sistema experto deja paso al mundo de las creencias. Deja paso a elementos mágicos y simbólicos, acercándose a ese campo aflitivo y empatizando con él.

El último ejemplo que mencionaré sobre estas complicidades y desplazamientos de los profesionales sanitarios hace alusión a la comunicación crítica. Cuando la paciente llegó al quirófano, yo estaba en calidad de observadora, pero con el mismo atuendo que el resto de mis compañeros; la paciente me miró a los ojos y me dijo: "¿verdad que me voy a morir?" yo le respondí que no, que se iba a dormir y cuando se despertara todo estaría solucionado. Lo cierto es que yo tenía serias dudas acerca de eso, pero se trataba de un tipo de comunicación crítica que implicaba un desplazamiento hacia el terreno aflitivo. Pensé que en esos momentos la paciente no buscaba realmente información, sino más bien una respuesta alentadora y

reconfortante que amortiguara el miedo y la incertidumbre. Generalmente todos los casos de comunicación crítica envuelven estos tipos de desplazamiento.

Por otra parte, es importante destacar que desde el terreno aflictivo también se producen desplazamientos hacia el orden moral de la responsabilidad. Los pacientes desean un trato cercano y amable de parte de los profesionales sanitarios, desean su empatía y su comprensión, pero prioritariamente, lo que buscan al acudir al hospital y en concreto al bloque quirúrgico, es la reparación del órgano dañado y el restablecimiento de su salud. Tal como me dijo un paciente entrevistado: "El médico tiene que hacer bien su labor, tiene que saber curar al enfermo y, si lo tiene que operar, tiene que saber hacerlo correctamente". Teniendo en cuenta ahora todos estos aspectos, pasaré a mostrar las últimas consideraciones.

## Conclusiones

Como hemos estado viendo hasta ahora, a través de la historia se ha ido configurando paulatinamente el actual concepto de cuerpo que existe actualmente en el bloque quirúrgico, un cuerpo reducido a objeto, un conjunto de tejidos y órganos que deben mantenerse bioquímicamente activos. Esta visión del cuerpo, a simple vista, quizá pudiera parecer incompleta, despersonalizada o poco holística, ya que carece de dimensión simbólica. No olvidemos que los símbolos nos representan e identifican (Velasco, 2017). La medicina ha dissociado al hombre de su cuerpo y parece que ha dejado atrás a todo un universo simbólico que también es necesario para el ser humano. Ha roto el vínculo entre el hombre, su cuerpo y el cosmos. Vínculo que existía en la Edad Media y que fue diluyéndose poco a poco a partir del Renacimiento (Le Bretón, 1990).

Frente a esto, el bloque quirúrgico constituye un extremo paradigmático de la desobjetivación de las prácticas médicas. Es un espacio altamente instrumentalizado y automatizado, a fin de asegurar el éxito terapéutico. La visión del cuerpo en el bloque quirúrgico es semejante a la visión que da la lente óptica típica de la cirugía laparoscópica, una visión reducida y profunda, una visión también característica de nuestra era digitalizada, una visión precisa, exacta, específica y rigurosa, una capaz de conseguir su cometido principal que es el de mantener vivo el cuerpo.



Por consiguiente, podría plantearse la cuestión de si sería adecuada una posible extensión de ese mismo modelo a otros escenarios sanitarios, como pudieran ser la unidad hospitalaria o la atención primaria. El modelo oligóptico resulta imprescindible en el quirófano con un paciente anestesiado, pero cuando el paciente está despierto, antes y después de la cirugía, empieza a ser conveniente una visión más panóptica. A medida que nos alejamos del núcleo duro del sistema médico, representado por el bloque quirúrgico, y nos dirigimos hacia la periferia, que pudiera estar representada por la atención primaria, resulta pertinente un modelo más global. Un trato personalizado y cercano al paciente.

Volviendo de nuevo al espacio quirúrgico, reconocemos que a pesar de la oligopsia típica del departamento, aparecen constantemente complicidades y desplazamientos hacia el terreno aflictivo, que permiten, en ocasiones, al objeto convertirse en sujeto. Los profesionales de este departamento son seres humanos permeables a las emociones, que hacen excepciones con sus pacientes, que tienen en cuenta sus creencias, que muestran empatía al ofrecer una comunicación crítica y que a veces, también sienten miedo e incertidumbre. Por otra parte, los enfermos aplauden a estos profesionales por permanecer la mayor parte del tiempo dentro de ese orden de la responsabilidad ofreciendo así la garantía de poder tratar y curar su enfermedad.

Recientemente están apareciendo diversas iniciativas dirigidas a la humanización de los cuidados intensivos<sup>3</sup>. Todo eso es importante y muy necesario, pero no olvidemos que el principal objetivo de la mayoría de los pacientes al ingresar en este departamento es el restablecimiento de su salud y el buen funcionamiento anatomofisiológico de su cuerpo, un cuerpo, que al fin y al cabo es la base para toda experiencia y el único vínculo capaz de hacernos conectar con el mundo, un cuerpo que constituye la estructura física que, en realidad, nos identifica como seres humanos. El conocimiento de todos estos elementos, sin duda, puede resultar de gran utilidad para todos y, especialmente para los profesionales de la salud, a fin de ofrecer un mejor cuidado y atención a los pacientes.

---

<sup>3</sup> <https://humanizandoloscuidadosintensivos.com/es/plan-de-humanizacion-de-las-uci>.

## Bibliografía

- Bartra, R. (2019). *Chamanes y robots*. Barcelona: Ed. Anagrama S.A.
- Faure, O. (2005): La mirada de los médicos, en Corbin, A. et al. (coord.), *Historia del cuerpo*, vol. II. Madrid: Ed Generales Santillana.
- Finfgeld-Connett D. (2008): *Meta-synthesis of caring in nursing*. J Clin Nurs. 2008;17(2):196-204.Extraído de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17331089/>
- Latour, B. (2001). *La esperanza de Pandora*. Barcelona: Ed. Gedisa. S.A.
- Latour, B. (2008). *Reensamblar lo social*. Buenos Aires (Argentina): Ed. Manantial SRL.
- Le Bretón, D. (1990). *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Ortega, F. (2010): *El cuerpo incierto, corporeidad, tecnologías médicas y cultura contemporánea*. Madrid: CSIC.
- Tsiou C., Efthymiatos G KT. (2008). *Noise in the operating rooms of Greek hospitals*. J Acoust Soc Am.123 (2):757-65. Extraído de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18247880/>
- Velasco, H. (2007) *Cuerpo y espacio*. Madrid: Editorial universitaria Ramón Areces.
- Velasco, H. (2006) *La sonrisa de la institución*. Madrid: Ed. Centro de Estudios Ramón Areces S.A.