



Las representaciones del procedimiento anestésico

Anabella Barragán-Solís,* Omar F Ramírez de la Roche**

RESUMEN

En este trabajo presentamos la imagen que un grupo de pacientes tiene respecto al procedimiento anestésico, caracterizado desde su inicio en el momento en que éste es informado sobre la necesidad de intervenir quirúrgicamente bajo anestesia general. Continúa cuando el anestesiólogo se presenta ante el paciente y le informa sobre el procedimiento a seguir, el itinerario del cuarto hospitalario al quirófano, su estancia en la sala de espera, en el quirófano mismo y en la sala de recuperación, y termina cuando el anestesiólogo le informa sobre los hechos ocurridos durante la cirugía y determina que el paciente ya no necesita de su atención. Cada una de las opiniones que los pacientes tienen respecto a la anestesia y al anestesiólogo permite conformar lo que nosotros llamaremos "el imaginario colectivo", es decir, las representaciones que se construyen socialmente alrededor de un proceso determinado y que no son homogéneas, sino que tienen particularidades dependiendo de condicionantes sociales y culturales.

Palabras clave: Anestesia, anestesiólogo, anestesiología, antropología médica.

ABSTRACT

In this work we present the image that a group of patients have regarding the anesthetic procedure, characterized from the beginning when is informed of the necessity of intervening surgically under general anesthesia. It continues when the anesthesiologist is shown up with the patient and he/she informs on the procedure to be done, the itinerary in the hospital from the waiting room, the operating room and in the recovery one, and it finishes when the anesthesiologist informs on the facts happened during the surgery and it determines that the patient no longer needs anesthesiologist care. Each one of the opinions that the patients have regarding to the anesthesia and the anesthesiologist allows to conform what we will call "the collective imaginary", that is the representations that are built socially around certain process and that they are not homogeneous but rather they have particularities depending on social and cultural conditions.

Key words: Anesthesia, anesthesiologist, anesthesiology, medical anthropology.

INTRODUCCIÓN

Entendemos por representaciones los sistemas de nociones, orientaciones y actitudes que los conjuntos sociales expresan respecto de una realidad social determinada, donde se sintetizan contenidos ideológico-culturales determinados históricamente.¹ En el siguiente trabajo describimos y analizamos las representaciones que sobre el procedimiento anestésico tienen un grupo de pacientes intervenidos quirúrgicamente bajo anestesia general. La problemática ex-

plorada la hemos planteado a partir de reconocer que los grupos sociales constituyen ideas o representaciones acerca de los procesos de salud, enfermedad, atención, así como de los curadores profesionales con los que se ven involucrados. En el caso específico del procedimiento anestésico durante una cirugía, estas ideas se tornan significativas debido al desconocimiento de las características técnicas, fisiológicas y los riesgos que implica dicho procedimiento, y a la deficiente información que reciben al respecto por parte del personal de las instituciones de salud.

Este desconocimiento forma parte de los elementos que conforman la problemática de reconocimiento social y profesional de los especialistas en anestesia, cuyos aspectos hemos señalado en anteriores

* Escuela Nacional de Antropología e Historia.

** Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal. Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana.

trabajos,² y que se caracteriza por el poco reconocimiento a su labor, principalmente, por parte de los integrantes de otras especialidades médicas y por los propios pacientes.

Es en este contexto que nos hemos planteado como objetivos de este trabajo indagar las imágenes construidas por los pacientes acerca del procedimiento anestésico y las formas de identificación del médico anestesiólogo, a través de la aplicación de entrevistas a pacientes intervenidos quirúrgicamente bajo anestesia general, así como entrevistas a médicos anestesiólogos, con la finalidad última de contribuir a esclarecer las preconcepciones que tanto médicos como pacientes han constituido alrededor de la anestesia general, así como describir los elementos que condicionan el desconocimiento del anestesiólogo como parte fundamental en la atención del paciente quirúrgico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Este trabajo fue elaborado a partir de los resultados de entrevistas realizadas en el año de 1997, a 130 pacientes de uno u otro sexo, intervenidos quirúrgicamente bajo anestesia general en distintas instituciones de salud: 70 de ellos (53.8%) en el Hospital General de México (HGM), institución perteneciente a la Secretaría de Salud (SS), 10 pacientes (7.6%) del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), 20 individuos (15.3%) del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), 10 correspondientes al 7.6%, intervenidos en servicios de salud del Departamento del Distrito Federal (DDF) y 20 sujetos (15.3%) de dos instituciones de salud privadas. Todas éstas ubicadas en la Ciudad de México. Y cinco entrevistas realizadas a médicos anestesiólogos, en el año de 1996, todos ellos trabajadores del Hospital General de México.

El grupo de estudio, tanto pacientes como médicos, fueron seleccionados con el criterio de intencionalidad, es decir a conveniencia de los investigadores y sin un criterio estadísticamente establecido, las entrevistas a los pacientes se realizaron en un lapso no mayor de 20 días posteriores a la intervención quirúrgica bajo anestesia general.

Los conceptos teóricos utilizados en este trabajo pertenecen a la especialidad de antropología médica, disciplina de las ciencias antropológicas encargada del estudio de los procesos de salud-enfermedad-atención de los grupos sociales, en tanto a sistemas sociales y culturales, procesos que se desarrollan en

diversos marcos de atención, desde la autoatención, en la que sólo se involucra el propio enfermo y su grupo familiar, doméstico, en el contexto de las denominadas medicinas alternativas, como la medicina tradicional o popular, la acupuntura, la herbolaria, la homeopatía, el espiritismo, etcétera, hasta la considerada medicina científica o biomedicina, que se han constituido en el sistema médico dominante o hegemónico. Estos sistemas curativos se han conceptualizado por la antropología médica de acuerdo a sus rasgos estructurales como modelos médicos.³

El problema que nos ocupa de cada uno de los informantes entrevistados coadyuva a conformar lo que nosotros llamaremos "el imaginario colectivo", es decir, las representaciones que se construyen socialmente alrededor de un proceso determinado específicamente por los grupos involucrados.

En el texto hemos señalado en *itálicas* las palabras textuales de los médicos y pacientes entrevistados, por lo que se respeta el vocabulario utilizado.

RESULTADOS

Los resultados se elaboran a partir de las entrevistas realizadas a 70 mujeres y 60 hombres, que constituyen un total de 130 pacientes, con un promedio de edad de 43 años. En su mayoría son originarios del Distrito Federal, Estado de México y Puebla. Residen fundamentalmente en la ciudad capital (46%) y el Estado de México (46%). El nivel de escolaridad nos permite conocer algunas características específicas del grupo de estudio, un 15.3% de los pacientes no concluyó su instrucción primaria básica, la mayoría de ellos (50 casos, correspondientes al 38.4%) tienen escolaridad promedio de primaria, veinte (15.3%) tienen estudios de secundaria y un 15.3% accedieron a la educación preparatoria. Sólo un pequeño porcentaje (15.3%) tienen nivel de licenciatura o carrera técnica.

Los tipos de ocupación son diversos: comerciantes (7.6%), campesinos (7.6%), amas de casa (23%), empleados (30.75%), obreros (7.6%) y profesionistas (7.6%), entre otros. La mayoría dijo profesar la religión católica.

Los tipos de cirugías practicadas a los pacientes fueron: Cesáreas, histerectomía, cirugía de vejiga, reducción de fracturas, apendicectomía, cirugía de hígado y vesícula biliar. La estancia hospitalaria fue variable, desde dos días de internamiento hasta cuatro semanas, la mayoría fueron intervenciones programadas, con excepción de 20 (15.3%), que tuvieron que realizarse de urgencia.

EL PROCEDIMIENTO ANESTÉSICO

En el discurso de los médicos anestesiólogos el procedimiento anestésico se puede definir como un proceso mecánico en donde la pericia y el dominio de sí mismo es fundamental:

Dar una anestesia es como volar un avión, el piloto lleva la responsabilidad de mucha gente, tu llevas la responsabilidad de una sola persona, el piloto tiene dos tiempos muy importantes, uno es el despegue y otro el aterrizaje... el dormir al paciente puede ser el despegue y el poderlo regresar al aterrizaje, porque básicamente el paciente tiene un regreso a la vida o al estado de consciencia que se compara con el aterrizaje del avión, ambos eventos son riesgosos, son peligrosos, son muy delicados y nos exige el máximo de cuidados y de detalles (médico anestesiólogo).

Para describir y analizar las imágenes de los pacientes acerca de dicho proceso lo hemos dividido en seis etapas distintas, que son:

- I. Tipo de información sobre la anestesia, previa a la intervención quirúrgica.
- II. El trayecto hacia el quirófano.
- III. Estancia en el quirófano y el procedimiento anestésico propiamente dicho.
- IV. El despertar
- V. Información posterior al procedimiento anestésico.
- VI. Representaciones sobre el riesgo anestésico.

I. Tipo de información sobre la anestesia, previa a la intervención quirúrgica

La mayoría de los pacientes no reciben la información, respecto al proceso anestésico y su función durante la cirugía ni de los posibles riesgos, antes de su traslado al quirófano. Es significativa la diferencia entre la atención privada y pública; los 20 pacientes que recibieron anestesia en una institución privada (15.3%) fueron informados por el propio anestesiólogo sobre el proceso y sus riesgos, momentos antes de ser intervenidos, mientras se encontraban en su cuarto de internamiento, y sólo 20 (15.3%) de los informantes atendidos en instituciones públicas recibieron esta información previamente.

El primer encuentro del anestesiólogo con el paciente ocurre en el cuarto del hospital, la sala de es-

pera del quirófano, en el quirófano mismo o en la sala de recuperación. La mayoría de los pacientes entrevistados conocieron a su anestesiólogo en lo que ellos denominan "la plancha", momentos antes de iniciar la intervención quirúrgica, el anestesiólogo se presenta y le comunica al paciente que él estará encargado de anestesiarlo.

II. El trayecto hacia el quirófano

Los pacientes, en general, se encuentran angustiados durante el trayecto al quirófano, evocan a su familia y a Dios, tienen miedo a morir, preocupación porque dejarían abandonada a la familia, a los hijos, principalmente. Es importante señalar que hasta en los momentos más críticos las mujeres se preocupan por los hijos y la familia, enseñadas socialmente a vivir para los demás, aun a costa de su propio bienestar, tienen una actitud que manifiesta su pertenencia a la colectividad, a diferencia de los hombres en donde el rasgo predominante es la individualidad.⁴

III. Estancia en el quirófano y el procedimiento anestésico propiamente dicho

Los pacientes refieren imágenes de su vida cotidiana, como su casa, o la presencia de algún ser querido, referidas como visiones oníricas, recuerdan olores característicos y sensaciones corporales aparentemente reales.

El estar anestesiado se explica por los hombres como una pérdida de la consciencia, pérdida de la fuerza y de la capacidad de decidir, actuar, pérdida del ser. Las mujeres consideran que estar anestesiadas es la ausencia de sensaciones, no sentir, dormirse para no sentir, dormirse para evitar el sufrimiento, impedir que el cuerpo perciba, sienta.

Culturalmente los hombres están enseñados a crear y proveer bienestar, son constructores y dependen de su fuerza moral y física, en cambio si la vida de las mujeres está llena de tareas sensoriales, la anestesia es vista como un obstáculo a la realización de dichas tareas.⁴

Estaba como muerta, porque lo duermen a uno ... tenía miedo de las cosas que tanto se dicen, que luego no queda uno bien, que uno tiene otros contratiempos, que le dejan a uno algo adentro. Pero no quisiera morir ahorita, tengo cuatro huérfanos, totalmente huérfanos, y no quiero dejar cinco hijos, unos ya están grandes, no me necesitan económicamente, pero moralmente sí (mujer).

IV. El despertar

Al despertar aparece un elemento fundamental, el dolor y alguien significativamente ausente, el anestesiólogo. Según las palabras de los profesionales de la anestesia su labor no se limita al área de quirófano, sino que su tarea debe estar también en los momentos anteriores y posteriores a la cirugía, encargarse del dolor posoperatorio. Sin embargo, algunos anestesiólogos señalan que las instituciones de salud no reconocen los saberes que al respecto tienen estos especialistas, que la misma organización hospitalaria les impide llevar a cabo su labor de manera óptima.

En nuestras manos está un paciente, el cirujano se dedica a hacer lo que tiene que hacer, y sucede lo que suceda, nosotros tenemos que sacar adelante al paciente, mantenerlo con vida y sacarlo en las mejores condiciones, sacarlo sin dolor, dormirlo en forma agradable y sacarlo en forma igualmente agradable” (médico anestesiólogo).

La sensación de despertar es una sensación agradable, *“satisfacción por haber salido de la cortada, por haber salido bien, volver a nacer, durar otros días más, estar vivo, regresar otra vez al mundo, me sentí feliz a pesar del dolor y la ansiedad”* (hombre). O puede ser una sensación desagradable, de muerte, *“una pesadilla fea, algo feo, sentía que me moría, sentía caer a una barranca, a un precipicio, caía, no podía despertar”*, se puede vivir una sensación de angustia, preocupación, ansiedad y asfixia.

Al despertar la imagen que recuerdan los pacientes es la enfermera o algún miembro del personal médico o paramédico, así como la luz agresiva de las lámparas y se preguntan si es necesaria o cumple alguna función específica la intensidad de la iluminación, en esos momentos en que son particularmente sensibles a los estímulos visuales.

V. Información posterior al procedimiento anestésico

En la mayoría de los casos estudiados los pacientes no recuerdan haber recibido información referente al proceso anestésico durante la cirugía, a diferencia de los 20 pacientes privados y 20 pacientes de instituciones públicas, siendo un total de 30.7% de los individuos a quienes el anestesiólogo sí les proporcionó información al respecto. Asimismo, en la mayoría de los casos el anestesiólogo no volvió a hablar con ellos después de la cirugía.

VI. Representaciones sobre el riesgo anestésico

Los pacientes manifestaron temor a una posible pérdida de la capacidad mental o sexual, o temor a una posible iatrogenia, a enfermarse a causa de la anestesia, que a su vez provocaría el abandono o descuido de la familia.

DISCUSIÓN

En términos generales, los pacientes constituyen representaciones sobre el procedimiento anestésico basado en su experiencia o en las experiencias transmitidas por familiares, principalmente. Al no contar con información precisa a través del personal de salud, las personas de nuestro grupo de estudio conforman sus propias imágenes al respecto; sin embargo, ello conlleva una serie de dudas, inquietudes y angustias en torno a la fisiología de la anestesia, se señalan sentimientos de miedo a posibles consecuencias indeseables, como la pérdida de la vida, la disminución de las capacidades físicas y mentales posteriores al procedimiento anestésico y quirúrgico.⁵

Los pacientes no deslindan claramente los riesgos de la cirugía de los riesgos del proceso anestésico. En sus respuestas es clara la importancia de la pericia del anestesiólogo, profesional que sí se distingue claramente del cirujano o del resto del personal médico y paramédico. Se reconoce que para “dormir” hay un médico especializado, y se identifica de manera particular.

Para el 100% del grupo estudiado la anestesia fue una experiencia desagradable, el “despertar” fue doloroso y con múltiples molestias de las que no habían sido prevenidos, la angustia y el miedo estuvieron presentes en algunos de ellos.⁵⁻⁷

Todos los pacientes identifican los diferentes momentos del proceso y señalan la importancia de ser informados previamente a la cirugía. Aquellos que conocieron a su anestesiólogo, antes de la intervención quirúrgica, reconocen mayormente la importancia de dicho proceso y la necesidad de contar con un anestesiólogo capaz profesionalmente.

Con respecto a la representación de los anestesiólogos sobre su propio papel como profesionales de la salud. La idea que ellos tienen respecto a que los pacientes no los reconocen como profesionales que realizan una labor fundamental durante el procedimiento quirúrgico, se contradice a través de los resultados de este trabajo ya que cada paciente reco-

noce y señala tanto la importancia del anestesiólogo en el proceso quirúrgico como la relativa determinación individual de este profesional.

Sin embargo, la individualización del anestesiólogo está condicionada por el momento en que se interrelacionan por primera vez con el paciente, que es principalmente en un estado de tensión, cuando es inminente la cirugía. Otro factor es la ausencia del anestesiólogo en el momento que el paciente recobra la conciencia.

CONCLUSIONES

A través de este trabajo hemos señalado un conjunto de elementos que indican el tipo de información que poseen los pacientes con respecto al procedimiento anestésico, y que al no contar con fuentes adecuadas vive un proceso de atención inmerso en la angustia, el miedo y la incertidumbre, debido principalmente a la falta de interacción médico-paciente, específicamente con el profesional de la anestesiología. Es necesario reiterar que los pacientes necesitan ser informados acerca de las técnicas de atención a las que son sometidos. Una adecuada información, es reconocida ya en múltiples investigaciones, conlleva una mayor confianza y cooperación en el proceso de atención que finalmente se verá reflejada en la recuperación de la salud.⁵

Podemos señalar que la imagen del anestesiólogo con respecto al supuesto desconocimiento que tienen los pacientes de su profesión y la importancia de su papel, no es tal, ya que los pacientes reconocen de manera general la significación del anestesiólogo; sin embargo, no lo individualizan como sujeto debido a la ausencia de este profesional en los momentos previos y posteriores a la intervención quirúrgica, principalmente.

La organización hospitalaria debe permitir y fomentar una mayor interacción entre el médico anestesiólogo y el paciente y una menor jerarquización entre las especialidades médicas, e incluso establecer estrategias de información a los pacientes sobre el significado y la importancia de las técnicas de control del dolor durante la cirugía, antes y después de ella.⁸ Ese sería el primer paso para reconocer la labor de la especialidad considerada hasta hace muy pocos años como el "patito feo" de las especialidades médicas, y que no es sino hasta estos últimos tiempos que se reconoce y legitima como una profesión fundamental, tanto dentro como fuera del quirófano. Por lo que toca también a cada anestesiólogo asumir la parte que le corres-

ponde en el compromiso de la construcción de una nueva imagen de su especialidad.⁹

Finalmente los sistemas de salud, siguiendo con los nuevos preceptos de la atención, deben fomentar la participación de los usuarios en su propia atención,¹⁰⁻¹² indagar sobre las opiniones e ideas de los pacientes y los médicos y escuchar sus palabras es un primer paso, al que pretende contribuir la antropología médica a través del presente trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Osorio-Carranza RM. Los saberes maternos: nuestros interrogantes y conceptos. En: *La cultura médica materna y la salud infantil*. México: ENAH, 1994; 1: 3-20.
2. Barragán-Solís A, Ramírez-de la Roche O, Barragán-Solís AN. La anestesiología, especialidad de alto riesgo. En: *Rev Med Hosp Gen Mex 1998*; 61 (1): 31-36.
3. Menéndez E. Estructura y relaciones de clase y la función de los modelos médicos. En: SEP. *Antropología médica: orientaciones desigualdades y transacciones*. México: Cuadernos de la Casa Chata, SEP, 1980; 3: 53-84.
4. Lagarde Marcela. Las madresposas. En: *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. México: UNAM, 1997; 9: 363-459.
5. Newman Stanton. Angustia hospitalización y cirugía. En: Fitzpatrick R, Graham Scambler A, Thompson J, Newman S, Hinton J. *La enfermedad como experiencia*. México: Fondo de Cultura Económica, 1990; 7: 150-172.
6. Domínguez-Márquez O. La autoridad del médico en los pacientes. En: Kuthy-Porter J, Martínez-González O, Tarasco-Michel M. *Temas actuales de bioética*. México: Editorial Porrúa, 1999; 4: 83-107.
7. Campos-Navarro R. La relación médico paciente ¿una relación de poder y subordinación? En: Lara-y Mateos RM, Aguilar-Sierra, Campos-Navarro, López-Rico. *Medicina y cultura*. Segunda parte. México: Plaza y Valdés, 1999; 3: 233-256.
8. Freidson E. La división del trabajo médico. En: *La profesión médica*. Barcelona: Ed Península, 1978; 3: 61-82.
9. García-Olivera, V. *Anecdotario de un anestesiólogo*. México: Diana, 1996; 10, 86-92.
10. Frenk Julio. Reformar sin deformar: la necesidad de una visión integral en la transformación del sistema de salud mexicano. En: *Observatorio de la salud*. México: FUNSA-LUD, 1994; 15: 347-358.
11. Mora F. Hersch P. Los sistemas de atención a la salud. En: *Introducción a la medicina social y salud pública*. México: Universidad Autónoma Metropolitana, 1984; 4: 62-78.
12. Pérez-Tamayo R. Viejas y nuevas enfermedades. En: *Enfermedades viejas y enfermedades nuevas*. México: Siglo XXI, 1992; 1: 11-60.

Dirección para correspondencia:

Antropóloga Anabella Barragán-Solís
Esfuerzo A 158
Col. Campestre Aragón
07530 México D.F.
Tel: 54851574
E-mail: anabsolis@hotmail.com