

**TECNOCENCIA Y SUBJETIVIDADES CONTEMPORÁNEAS: PRÁCTICAS EN
TORNO A UNA NUEVA TECNOLOGÍA DE VISUALIZACIÓN FETAL**

MARÍA CAMILA RESTREPO GALLARDO

UNIVERSIDAD ICESI

FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES

PSICOLOGÍA

SANTIAGO DE CALI

2014

**TECNOCENCIA Y SUBJETIVIDADES CONTEMPORÁNEAS: PRÁCTICAS EN
TORNO A UNA NUEVA TECNOLOGÍA DE VISUALIZACIÓN FETAL**

MARÍA CAMILA RESTREPO GALLARDO

TRABAJO DE GRADO

DIRECTORA: XIMENA CASTRO SARDI

**UNIVERSIDAD ICESI
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES
PSICOLOGÍA
SANTIAGO DE CALI**

2014

Contenido

1.	RESUMEN	2
2.	INTRODUCCIÓN	3
3.	ANTECEDENTES	7
4.	OBJETIVOS	11
	OBJETIVO GENERAL.....	11
	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	11
5.	MARCO TEÓRICO.....	11
5.1	Cambio en la cultura y la entrada en una nueva época Hipermoderna	12
5.2	Representaciones del cuerpo.....	14
5.3	El placer de espiar	15
5.4	Cuerpo controlado y dócil.....	19
5.5	Sobre las “Concepciones”	20
5.6	Modelos clásicos de la relación médico-paciente.....	22
6.	METODOLOGÍA.....	24
7.	RESULTADOS	27
7.1	LUGAR DE OBSERVACIÓN.....	27
7.2	EL PRINCIPAL MOTIVO DE CONSULTA:.....	30
	“VAMOS A VER A MI HIJO”	30
7.3	RELACIÓN CON EL BEBÉ IMAGEN:.....	41
7.4	LA ECOGRAFÍA COMO ESPECTÁCULO	45
7.5	LA TECNOLOGÍA Y LA INVASIÓN DE LA INTIMIDAD	48
7.6	PERCEPCIÓN DE LOS EFECTOS DE LA TECNOLOGÍA EN EL BEBÉ	51
7.7	RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE.....	54
8.	DISCUSIÓN.....	57
9.	CONCLUSIONES	66
10.	ANEXOS	68
11.	Bibliografía	70

1. RESUMEN

El objetivo de este trabajo de grado era indagar sobre las concepciones que tenían tanto médicos gineco obstetras como pacientes sobre el uso de esta tecnología. Identificar y caracterizar las prácticas que se dieran entorno a ésta, describir la relación médico-paciente, e identificar las concepciones sobre el cuerpo y la subjetividad. Y Poder mostrar cómo el uso de esta tecnología podría evidenciar una fina forma de ejercer poder sobre los cuerpos. Para esto, se hizo una aproximación etnográfica, realizando dos meses de observación participante, de la cual se observó quince sesiones de ecografía, en las cuales se observaba tanto lo que decían médicos, pacientes y acompañantes, y la manera en que éstos actuaban. Se realizó una entrevista a profundidad con uno de los médicos del centro médico, para indagar más sobre el ejercicio médico de éste y su concepción sobre la tecnología. Dentro de los hallazgos se pudo interpretar el uso y la práctica en torno a este dispositivo como una característica de la época actual en la cual se vive, como se genera un vínculo social en donde prima la imagen por encima de las palabras, y cómo ese ver trae consigo una intencionalidad, a partir de la cual no sólo se observa sino que se espía y se invade el espacio que anteriormente era considerado el más íntimo, el embarazo. Esto, generando el rompimiento entre lo público y lo privado, dejando todo a merced de las imágenes.

Palabras claves: Visualización fetal, Tecno ciencia, Hipermodernidad, Sociedad espectáculo, Sociedad vigilante, Relación médico-paciente, Subjetividad, Cuerpo.

2. INTRODUCCIÓN

Tras los cambios tecnológicos de la última década han surgido avances que implican un cambio en la manera en cómo se concibe, se representa y se imagina un bebé desde su concepción. Estos cambios tecnológicos se han podido ver con la creación de nuevos equipos de imágenes diagnósticas en medicina. A partir del 2012 se lanzó el equipo “Voluson E8 Expert BT-12” con la tecnología HD live, un ecógrafo en 3D y 4D con una imagen de alta resolución para ir más allá de la fotografía convencional y existente, añadiendo la “sensación de textura del bebe”. Este ecógrafo permite verlo en 4 dimensiones: ancho, largo, profundidad y tiempo. Una imagen que permite observar la textura y la forma del feto en tiempo real, obteniendo así una secuencia de imágenes tridimensionales en movimiento, donde se ve qué ocurre con el bebé en ese momento.

Esta tecnología, según el estudio *“Architecting New Dimensions of Medical Imaging”* de Harris, D. (2007) tiene como objetivo, reducir los costos médicos, mejorar las capacidades de diagnóstico, a interpretar imágenes, aumentar el potencial para encontrar anomalías en los órganos, en tejidos y células a través de medios menos invasivos. En otros estudios, se pudo ver que esta tecnología ha sido usada para aumentar el vínculo madre-feto, para calmar los nervios de las madres durante el embarazo, involucrar a los padres en el transcurso de este y lograr una mayor confidencialidad con sus médicos (Rayna Rapp, 2011). Esta tecnología también ha sido usada para ver el desarrollo neurocomportamental del feto (Hata, Dai, Marumo; 2010) en donde por medio de la creación de patrones faciales podría llegarse a identificar algún daño cerebral.

Para esto, es muy importante conocer porqué se ha dado la invención de este tipo de tecnologías. El siglo XXI ha sido un siglo de un importante cambio cultural, que ha traído consigo cambios en la manera de pensar y en la manera

en cómo se representa al otro y al cuerpo propio. Hemos entrado en una época “Hipermoderna” (Lipovetsky, 2006) una época de “revolución de la imagen”, donde prima el espectáculo. Época “Hiper” caracterizada por *“el hiperconsumo, la hipermodernidad, y el hipernarcisismo”* (Lipovetsky, y Charles 2006: 26) en la cual la manera en cómo se concibe el cuerpo humano ha cambiado, se ha deshumanizado. La ciencia deja de lado al cuerpo humano como un todo particular y subjetivo y lo considera como un imperfecto, que puede ser “corregido” (LeBreton, 1994).

Por ejemplo, Rayna Rapp (2011) muestra el impacto social de las nuevas tecnologías genéticas y su expansión. Esto ha llevado a concebir la fertilidad como un negocio. Ya que *<<este tipo de transformaciones se han dado porque nos encontramos en una época de globalización lo cual es selectivo y estratificado; “Globalización de la maternidad”>>* (Rapp, 2007: 695)

Así mismo, Le Breton (1994) un teórico sociológico y antropológico se ha referido en sus textos a como los avances tecnocientíficos han llevado a concebir el cuerpo como un imperfecto que debe ser corregido, dejándolo como objeto de creaciones de la ciencia. El cuerpo del hombre deja de ocupar el lugar de sujeto para transformarse en objeto de la medicina moderna, convirtiéndose así en una “maquina humana” donde lo que se busca es la máxima perfección del cuerpo. En la misma línea, y como ejemplo de la transformación del cuerpo, Paul Virilio (1998), plantea la visión cómo una industria, una máquina. Este planteamiento hace referencia a la expansión de la visión hacia una percepción sintética. Máquinas de visión destinadas para ver, y prever, y se disponen para suplantar lo que para nuestra capacidad visual es insuficiente.

Por otro lado, el psicoanalista Jorge Assef (2013) considera que en este momento “la subjetividad hipermoderna” se caracteriza por el “show del yo”. Hoy en día la imagen propia se comparte, y está en una continua autogestión. Por medio de las plataformas como Facebook la gente deja su privacidad de lado y dejan abierta una imagen al público. Desde ahí se comienza a plantear la idea de *“Me miran, luego existo”*, y cómo el referente del otro, del ojo externo y la

imagen son tan importantes hoy en día. Se coincide en que la tecnología es la que permite que la vida de todos sea transparente; *“Se confía tanto en la imagen que hay que verlo todo”*. Así es como, la “percepción sintética” que plantea Paul Virilio, se convierte en ese ojo externo que lo mira todo.

En esta misma línea, se introduce a uno de los autores fundamentales para plantear la pregunta de investigación; el psicoanalista Gerard Wajcman (2010), pues es quién dice que hemos entrado en una nueva época, en una nueva modernidad, donde toda la vida y la subjetividad están permeadas por lo tecnológico -una época hipermoderna, que está atravesado por la mirada-. Con la ciencia y la técnica, se conquista lo visible y se deja a la sociedad al desnudo por quienes miran. Wajcman (2010) plantea que hoy en día *“Ver es un arma”* y que por lo tanto, todo tiene que ser visto. En la sociedad actual somos observados, somos mirados todo el tiempo, inclusive no hay una sola parte del mundo que no esté cubierta por una imagen. Pero pasamos a querer ver todo, como dice él, *“Todo lo real debe ser visto, y por ende todo lo que no es visible no es real”* (Wajcman en Dessal, 2013:2)

Este autor plantea que la sociedad de hoy en día es una sociedad que quiere ver todo, a lo que él llama “sociedad transparente”. La ciencia y la tecnología han quitado las barreras de la visibilidad, volviendo todo visible, volviendo lo privado e íntimo en algo público. Ahora somos una civilización y una sociedad imagen, la cual está regida por la mirada y permeada por quién mira. Con las invenciones tecnocientíficas se convierte al hombre en hombre-imagen, reduciéndolo a esta última. De ahí la importancia de las imágenes ecográficas, las cuales cubren un mundo que antes pertenecía sólo a la imaginación y a lo privado, y que ahora por medio de la imagen, la gestación que antes era uno de los momentos más íntimos pasa a ser un momento público. Este es el caso del bebé imagen que plantea Wajcman (2010) pues hoy en día el ser humano *“nace al ojo universal. Antes de ver, incluso antes de nacer, el hombre es, primero, un ser mirado”* (Wajcman, 2010: 35) Esto se ha podido ver en estudios, como lo es el de la antropóloga Lisa Mitchell, quien dice que a través de estas tecnologías las

personas esperan “conocer al bebé”, generar una “experiencia de unión”, y “obtener una imagen del bebé, como una primera fotografía”.

Por último, se quiere evidenciar cómo en el último siglo, con las creaciones tecnocientíficas de la medicina gineco obstetra –imágenes de visualización fetal 3D y 4D- se genera un tipo de docilidad de los cuerpos, ejerciendo así un marcado ejercicio de “Biopoder”.(Foucault, 1977). Al ser el cuerpo considerado como una máquina, se convierte en un objeto de poder. En donde se genera un control de cuerpos a través de la ciencia y el capitalismo –creación tecnocientífica-. El control de cuerpos se comienza a dar en esta época por medio de la vigilancia y el espionaje, por lo cual, observar al bebé es una nueva forma de vigilancia. Se vigilan los cuerpos desde el vientre de la madre. Cómo dice Foucault (2002) “el cuerpo humano entra en un mecanismo de poder que lo explora” (Foucault, 2002: 126) quedando todos sus movimientos registrados y vigilados ante una cámara que lo hace público. Además de que se espía y se controla cada etapa de desarrollo del feto. Esto se puede evidenciar en el estudio “4D, or not 4D: that is the question” del médico Stuart Campbell (2002) quién dice que el ultrasonido en 4D permite tener dos ganancias que aún no han sido muy exploradas como son el comportamiento parental y el comportamiento del feto. En sus observaciones ha visto a padres besando la pantalla como reconocimiento placentero. Por lo que dice que, el término “ver por entretenimiento” (Campbell, 2002:2) es un insulto a un deseo natural de los padres por ver, conocer y amar a su bebé antes de nacer.

Lo que se quiere en esta investigación, es poder conocer realmente cuales son los usos de esta tecnología en la época actual. Considerando que las personas que asisten a practicarse estas ecografías, van a “conocer al bebé”, por lo que se “vería por placer”, y si se “vería por entretenimiento”. Por lo que la pregunta de investigación es: ¿Cuáles son las concepciones sobre los usos del equipo Voluson E8 Expert BT-12 con la tecnología HD live -una tecnología de visualización fetal (ecógrafo 3D-4D)- que tienen tanto médicos como pacientes?

Y cómo puede interpretarse este fenómeno como una fina forma de ejercer “poder sobre la vida”.

3. ANTECEDENTES

Se hizo un recorrido con investigaciones cercanas al tema sobre la tecnología en sí, y sobre la tecnología de visualización fetal. En la literatura se encuentran investigaciones del campo de la ingeniería para conocer en sí sobre la tecnología, de la antropología médica, la perspectiva médica, y la perspectiva psicológica y de la salud.

Desde el campo de la ingeniería, el estudio de Harris, D. (2007) *“Architecting New Dimensions of Medical Imaging”*, para conocer sobre la tecnología que se va a trabajar. En el presente artículo se muestra la innovación del ultrasonido de imagen en 4D. Se disponen a mostrar cuál es el cambio de las tecnologías entre el ultrasonido 2D, 3D y el 4D. Este artículo es relevante pues muestra el dramático aceleramiento del procesamiento de la imagen en 3D, lo que muestra un avance grande en el proceso del procesamiento de la imagen. Este proceso permite crear una imagen en 3D, u obtener dos o más imágenes obtenidas de diferentes dispositivos o del mismo dispositivo pero en diferente fecha. Las imágenes se fusionan para dar una completa información visual y para que sea más fácil la detección de los cambios en los tejidos. Esta tecnología tiene como objetivo; reducir los costos médicos, ayudar a mejorar las capacidades de diagnóstico, ayudar a interpretar imágenes y para aumentar el potencial de encontrar anomalías en los órganos, en tejidos y células a través de medios menos invasivos.

Por otra parte, se abordó la perspectiva de la antropología médica con Rapp, R. (2011) *“Reproductive entanglements: Body, State, and Culture in the Dys/Regulation of child Bearing”* y a Mitchell, L. (2001) *Baby’s First Picture: Ultrasound and the politics of fetal subjects*. En el estudio de Rayna Rapp (2011) se muestra el impacto social de las nuevas tecnologías genéticas. Utilizando

métodos antropológicos, observando en hospitales, laboratorios, casas y colegios para detallar la diferencia de los significados, las experiencias y las aspiraciones de una mujer y sus parejas en el uso de diagnóstico genético prenatal. Rapp insiste en la importancia de las conexiones y desconexiones globales para entender la expansión volátil de las tecnologías de reproducción asistida, para ver como son capitalizadas, reguladas, y gobernadas por un solo mercado.

Esta investigación se realiza alrededor de diferentes culturas para mostrar lo que mencioné anteriormente. <<De manera relevante se encontró, que la fertilidad en este momento es un gran negocio. Cabe mencionar que este tipo de transformaciones se han dado porque nos encontramos en una época de globalización lo cual es selectivo y estratificado; “Globalización de la maternidad”>> (Rapp, 2007: 695) Lo que viene de un movimiento de la época, un movimiento social y cultural que acoge a todos. Dentro de este estudio es relevante que se abordó el tema de una de las nuevas tecnologías de reproducción; la sonografía. Por ejemplo en Vietnam, el gobierno provee y alienta al uso de los sonogramas durante el embarazo. Esta tecnología de visualización es más barata y generalizada, y no es invasiva como otro tipo de procedimientos. Esta tecnología ofrece: controles de salud de los fetos en crecimiento, lo que supone que disminuirá la ansiedad materna. (Gammeltoft en Rapp, 2007: 702) Otros, opinan que la hipervigilancia pone de relieve los temores de la mujer, incrementando una dependencia a la tecnología. A pesar de que es un estudio transcultural en el que muestran la venta esperma, venta de otras partes del cuerpo, es relevante pues aquí se hace énfasis en dos aspectos importantes para mi investigación las cuales son la globalización y el mercado; la globalización de la maternidad como un negocio.

Dentro del campo de la antropología médica, Lisa Mitchell en su etnografía explora la relación que hay entre el ultrasonido, la construcción social del feto y las políticas de reproducción. Las mujeres con embarazos normales, tienen el placer de “conocer al bebé” con el ultrasonido. Este es usado para calmar los

nervios, involucrar a los padres, y tener más confidencialidad con sus médicos. Mitchell realiza un análisis crítico más allá de que el ultrasonido genere una experiencia positiva, enfocándose en las percepciones del conflicto entre las mujeres y sus fetos y relata aspectos sociales del control en embarazos.

Para este estudio se observaron más de mil ultrasonidos, se entrevistaron médicos obstetras, y se trabajó con técnicas de ultrasonido en el hospital de Quebec. Se hizo un estudio longitudinal con 49 mujeres, en el cual se categorizó como embarazos normales o de bajo riesgo. Los padres a través del sonógrafo esperan una experiencia de unión y una imagen del bebé para el “libro de recuerdos”. Mitchell documentó que los sonógrafos permiten crear unión o vínculo con los fetos durante el procedimiento. También mostró, que hay un gran efecto positivo en las experiencias con el ultrasonido, porque de muchas maneras a las 16-20 semanas el feto se puede visualizar del todo. Las madres hablan sobre lo que se ve en las ecografías mediadas por la palabra del médico. Adicionalmente, muestra que el segundo ultrasonido es menos placentero para la mujer que el primero. Este trabajo, también abre la pregunta sobre si ésta tecnología puede alterar la idea de la subjetividad fetal, y si esto viene a expensas del placer y las seguridades que la mujer encuentra en el ultrasonido fetal.

Del mismo modo, se abordó la perspectiva médica, Con el artículo *“4D, or not 4D: that is the question”* De Stuart Campbell (2002). Este autor hace comentarios sobre el uso de las modalidades del cuidado obstétrico. Esto lo va a hacer después de años de trabajo con ultrasonido en 3D y ahora reciente con el ultrasonido 4D. El ultrasonido en 3D permite tener mejor visualización que la 2D, por lo que es importante a la hora de realizar un diagnóstico. Ahora, el invento del ultrasonido en 4D es un avance significativo. El término 4D alude a que es un escáner en “tiempo real”, que no es tiempo real pero que permite acceder a 4-6 marcos por segundo dependiendo del tamaño de la región de interés.

En sus observaciones vio a padres besando la pantalla como reconocimiento placentero. Por lo que dice que, el término “ver por entretenimiento” (Campbell,

2002:2) es un insulto a un deseo natural de los padres por ver, conocer y amar a su bebé antes de nacer. Por otra parte, el comportamiento del feto también se puede observar a través de esta tecnología en 4D, pues se puede ver como bosteza, como succiona o hace deglución, además de verlo reír, llorar, y parpadear.

Por último y desde la perspectiva psicológica y de la salud, Pretorius, D., Gattu, S., Ji, E., Hollenbach, K., Newton, R., Hull, A., Carmona, S., D'Agostini, D., Nelson, T. (2006) con *“Preexamination and post examination Assessment of Parental- Fetal Bonding in patients Undergoing 3-/4- Dimensional Obstetric Ultrasonography*. Este estudio tenía como objetivo determinar los cambios en el vínculo parental y en las actitudes con los fetos después de realizar una ultrasonografía en 3D y 4D. En este estudio se aplicó un cuestionario para ver cuáles eran las relaciones madre-feto antes de realizar la ultrasonografía, marcando cuáles eran los sentimientos sobre la experiencia de la misma. Los padres cambian la actitud ante los fetos después de realizada la ultrasonografía. Las madres mostraron un incremento en su vínculo después de haberse practicado la ultrasonografía. Esto crea un cambio positivo en la actitud de expectativa que tienen los padres en el embarazo, reduce la ansiedad en ellos e incrementa la importancia del cuidado de su propia salud.

En este estudio se marca la diferencia entre “Bonding” y “Attachment”. Bonding, es definido como el vínculo o la unión con el recién nacido durante las primeras horas después de su nacimiento; y Attachment, es la relación entre el bebé y quien lo cuida durante el primer año de vida. Durante el embarazo la palabra que utilizan en “bonding” para hacer referencia a los sentimientos de los padres antes del nacimiento, y “attachment” se reserva para después del nacimiento.

Según Pretorius, D., Gattu, S., Ji, E., Hollenbach, K., Newton, R., Hull, A., Carmona, S., D'Agostini, D., Nelson, T. (2006) la ultrasonografía en 3D ha sido creada para proporcionar información adicional comparada con la ultrasonografía en 2D, para ayudar a la detección de anomalías, particularmente en la espina dorsal, en las extremidades, en el cráneo y en la cara. La

ultrasonografía es un potencial para saber sobre la salud del feto, para generar entusiasmo alrededor del embarazo, para incremental la unión de los padres con el feto, y para disminuir las conductas destructivas sobre el feto como fumar y el uso de drogas. En este estudio, ellos mostraron que con la tecnología 3D y 4D si se generaba un cambio positivo en los sentimientos de los padres hacia el feto.

4. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Indagar acerca de las concepciones que tienen tanto médicos gineco obstetras como pacientes sobre el uso de la nueva tecnología de visualización fetal -3D y 4D HD Live- en un centro médico especializado de la ciudad de Cali.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar y caracterizar las prácticas de médicos y pacientes en torno a esta nueva tecnología.
2. Describir y analizar la relación médico- paciente entorno está mediada por esta tecnología.
3. Identificar las concepciones que tanto médicos como pacientes tienen de la subjetividad y el cuerpo a partir del uso de la tecnología.

5. MARCO TEÓRICO

Los planteamientos teóricos se abordaron desde la filosofía, la antropología y sociología del cuerpo, el psicoanálisis crítico, el biopoder y la biopolítica, para dar cuenta sobre el cambio en la cultura, que lleva a una época hipermoderna, en donde la mirada es el sentido privilegiado y en donde se comienza a dar una vigilancia extrema gracias a los aparatos electrónicos. Para dar una luz sobre el tema que se abordó, y para dar cuenta si las concepciones que tienen médicos y pacientes sobre esta teoría están en la misma línea de los planteamientos teóricos de estos autores.

5.1 Cambio en la cultura y la entrada en una nueva época Hipermoderna

Hoy en día se ha entrado en una era de “Hipermodernidad” (Lipovetsky y Charles, 2006) en donde se “moderniza la modernidad misma”. Según este autor, el hiperconsumo se refiere al consumo que absorbe parte de la vida social, pues lleva a un consumo más allá de la necesidad, y por lo tanto a un consumo por placer mismo. La “Hipermodernidad” para Lipovetsky y Charles (2006: 27) es *“una sociedad liberal, caracterizada por el movimiento, la fluidez, la flexibilidad, más desligada que nunca de los grandes principios estructuradores de la modernidad”*. Lo que quiere decir, que esta sociedad forma sujetos que a la vez que están más informados, se encuentran más desestructurados, son más adultos y más inestables. Dejan de ser seguidores de una ideología, y son fieles seguidores de la moda.

Uno de los agentes encargados de generar este tipo de movimientos son los medios de comunicación ya que son un agente muy importante, pues muestra lo que se “debe” consumir, la libertad del cuerpo, generando así nuevas necesidades. Estos medios de información:

Han desempeñado un papel emancipador fundamental al difundir en el conjunto del cuerpo social los valores del hedonismo y la libertad (...) los medios se han convertido en agentes disolventes de la fuerza de las tradiciones y de las antiguas estanquidades de clase, de las morales rigoristas y de las grandes ideologías. (Lipovetsky y Charles, 2006:44)

Una de las características que presentan estos autores sobre los cambios en esta época, es la obsesión por uno mismo y por el cuerpo, lo que se manifiesta en el miedo a la enfermedad, a la vejez y a la muerte.

Lo que se mencionó en el párrafo anterior, da cuenta de otra característica que describen estos autores sobre los sujetos de esta época, y sobre los individuos que se forman a raíz de estos medios de comunicación. Esto da cuenta de individuos de “espectáculo”, los cuales son guiados por la moda y por el

consumo excesivo que se muestra día a día. Este “espectáculo” lo describen estos autores cómo:

El universo del consumo y la comunicación de masas que se presenta como una fantasía, un mundo de seducción y de movimiento incesante cuyo modelo no es otro que el sistema de la moda (Lipovetsky y Charles, 2006:63)

Una muestra de estos individuos de “*espectáculo*” es el consumo a través de los avances tecnocientíficos. A lo largo del tiempo, se han ido creando avances tecnológicos que han ido cambiando la manera de concebir tanto la muerte, la alimentación como la procreación. Esto nos muestra que estamos en una época de “*transparencia total*”, pues según Lipovetsky y Charles (2006: 57) esto se ha generado por las técnicas que permiten obtener “imágenes del cuerpo” tanto en la medicina como en el “*hiperrealismo porno*”, en la televisión y los telespectáculos.

Una característica que contribuye a que se generen estos cambios, es que la concepción del tiempo ha cambiado, pues ahora se vive de una manera distinta. Hoy en día las personas no tenemos tiempo para nada, nos hemos convertido en una sociedad en la que exigimos todo en el menor tiempo posible. “*La hipermodernidad se caracteriza por la ideologización y la generalización del reinado de la urgencia*” (Lipovetsky y Charles, 2006:81)

Desde la perspectiva de salud mental, Emiliano Galende (2008) considera que antes, la vida emocional de los individuos se sostenía por la integración de los espacios, de las instituciones, y los ámbitos de intimidad resguardados de lo público -era la familia quién protegía la privacidad-. Hoy en día esto ha cambiado por la gran influencia del capitalismo en la cultura, generándose así una “era de la información” (Galende, 2008: 216). Así como enunció Lipovetsky (2006), Galende (2008) dice que los nuevos productores de cultura son los medios masivos de comunicación “lo virtual”. Esto comprende así mismo una suma entre el capitalismo y el cientificismo. Para este autor, hoy en día se necesitan las imágenes, y se relegan las palabras –priman las imágenes para captar a los sujetos-. Lo que interesa es lo que se pueda mostrar a través de imágenes. Esto

hace que se genere una nueva subjetividad, que “mimetiza la utilización de la imagen” como única vía para tener acceso a la realidad. A partir de esto, la mirada se convierte en constituyente, pues lo que no se logra ver, no existe, lo que nos hace pensar que todo en la nueva cultura que se ha formado, tiene que estar atravesado por las imágenes, para poder tener validez. Lo que según Galende (2008) requiere de *“una forma moderna de pensar, significar y valorar”* (Galende, 2008: 219).

5.2 Representaciones del cuerpo

A partir de las invenciones tecnocientíficas y del avance del capitalismo, se evidencian cambios en la manera como se concibe el cuerpo. David Le Breton (1994) dice que la medicina junto con los avances tecnocientíficos han llevado a considerar el cuerpo como un imperfecto, el cual se puede cambiar de forma, se puede corregir, y por ende se puede suspender hasta la muerte. De esta manera se incentiva la liberación del cuerpo, en donde este se vuelve un objeto de creación de la ciencia. En estos momentos para los médicos e ingenieros ya no hay límite alguno en el cuerpo, pues lo tratan como un borrador, del cual buscan su máxima perfección y/o corrección. *“El hombre queda en una posición de exterioridad, y se sitúa como un testigo frente a su propio cuerpo”* (Le Breton, 1994: 198).

La medicina ya no tiene en cuenta la dimensión humana, pues deja de lado el progreso personal de los pacientes, su contexto familiar o relacional, y pasa a considerar el cuerpo como un mecanismo corporal. Dentro de esto cabe resaltar el uso de técnicas de imagen en donde se afina cada vez más el diagnóstico, poniendo de esta manera al paciente “entre paréntesis”, dejando sólo el cuerpo al interés y cuidado. Un ejemplo de Le Breton sobre esta “victoria de la ciencia” es la reproducción asistida, pues es dónde se puede mostrar cómo la medicina actual sólo le interesa corregir, dominar y modificar los cuerpos. De esta manera se sustituye un cuerpo por “Una máquina de mayor perfección” (Le Breton, 1994: 6)

Relacionado con el postulado de Le Breton el cuerpo como “máquina humana”, el teórico Paul Virilio, plantea que la visión se ha convertido en una industria del siglo XXI. En sí, la visión se ha convertido en una máquina, en donde cada vez se vuelve más sintética, lo cual supone cuestiones éticas, de control, vigilancia y cuestiones filosóficas. Este autor dice que las *“imágenes virtuales instrumentales, para nosotros serán el equivalente de lo que ya representan las figuraciones mentales de un interlocutor extraño”* (Virilio, 1998: 78). Estas máquinas de visión se destinan para ver y prever, y se disponen para suplantar lo que para nuestra capacidad visual es insuficiente. Se crea una visión sintética, que va a donde la percepción humana no logra alcanzar, proyectando cualquier imagen lejos de nuestro alcance.

5.3 El placer de espiar

El psicoanalista Gerard Wajcman (2010) en su libro *“El ojo absoluto”* plantea que hemos sido conquistados por la mirada, generando así una vigilancia continua gracias a la técnica y la ciencia que ofrecieron la más grande tecnología –la video vigilancia- para cubrir al mundo visualmente y no dejar un solo rincón al descubierto. La nueva civilización que nace, nace bajo el rasgo de la mirada, somos mirados continuamente. Estamos siendo observados todo el tiempo y la mirada (ojo) se convierte en lo más importante de la nueva civilización. “El ojo” deja de ser usado como simple órgano de los sentidos; para “ver”, y se convierte en un objeto para “espíar” y/o “vigilar” los comportamientos. Esta mirada se ha convertido en este siglo, en una mirada interesada, recelosa e intrusiva. Por lo tanto, se puede decir que se genera un cambio en la manera en como vemos el mundo, como vemos a las personas, y como nos vemos a nosotros mismos.

La ciencia y la técnica han generado un cambio en la época actual. Por lo cual con su discurso de verlo todo –discurso positivista- ha permeado la sociedad generando nuevos discursos y nuevas creencias. Ahora bien, se cambia el deseo de ver, por la voluntad de verlo todo; ya no se desea que se quiere ver, sino que todo tiene que estar al alcance de nuestra mirada. El mundo entero,

atravesado por los cambios tecnocientíficos, se ha vuelto un mundo voyerista, en el cual “ver” se vuelve un objeto de placer. (Wajcman, 2010:17)

Este es el caso de las imágenes médicas donde se “vigila” el interior de los cuerpos, instalando en estos dispositivos visuales, dando lugar a “imágenes vivientes”. Ya no sólo se depende de ellas para realizar diagnósticos sino que su objetivo ha cambiado para realizar imágenes médicas que permitan “ver” y conocer, como por ejemplo las imágenes fetales. Hoy en día las imágenes son usadas para decir mucho, pero detrás de estas se alberga una mirada –un otro que mira- por lo cual, al aparecer un ojo en la pantalla, desaparece el ver y ser visto entre sujeto-objeto:

Toda imagen esconde una mirada. Bajo su aparente plenitud, la imagen tiene profundidad, espesor: hay un ojo en el fondo (...) Allí donde hay una imagen para ver, tiene que haber un ojo que mira. (Wajcman, 2010: 18)

Para Wajcman (2010) la sociedad se ha convertido no sólo en una sociedad vigilante sino en una sociedad espectáculo, en donde la mirada trae consigo un disfrute y una voluntad. En este siglo la mirada se vuelve soberana, y todo se somete a esta. Dando paso a que las imágenes se vuelvan la única verdad, ubicándolas como el único modo de conocer lo real. Se genera de esta manera, la idea de la fábrica de la transparencia, donde todo es visible, haciendo de los humanos imágenes vivientes. Esto es lo que Wajcman (2010) llama como “*la sociedad transparente*”, lo que hace que tanto el sujeto como el cuerpo se vuelvan transparentes. En el campo médico con el uso de imágenes médicas “*vuelve al sujeto invisible*” (Wajcman, 2010: 30) al volverlo invisible, este se vuelve un objeto de mirada, ausente de subjetivación.

En esa sociedad transparente, con ayuda de las invenciones tecnocientíficas se convierte al hombre en hombre-imagen, reduciéndolo así a una imagen y comprendiéndose por estas. Este es el caso del “bebé imagen” que plantea Wajcman (2010) pues hoy en día el ser humano “*nace al ojo universal. Antes de ver, incluso antes de nacer, el hombre es, primero, un ser mirado*” (Wajcman, 2010: 35) Por esta razón es que nace una nueva civilización, una nueva cultura,

una humanidad de seres mirados, que incluso antes de nacer ya han sido observados. *“hoy, un feto es primero virtual, una imagen”* (Wajcman, 2010: 38) Antes, el nacimiento, la llegada al mundo y la entrada en lo visible se daba de la mano, hoy en día el nacimiento se da primero en la pantalla, en donde se muestra no sólo las partes del feto sino se ve un bebé en cuerpo completo y con la particularidad de sus movimientos.

El mundo médico con la ayuda de la ciencia y la tecnología, inventan un nuevo nacimiento, el cual no se anticipa por la palabra, sino que se realiza en presencia de la pantalla. Estas miradas son creadoras, crea al niño; *“Por la mirada, el niño accede al ser como imagen”* (Wajcman, 2010: 39). Las miradas sobre el niño lo cosifican; *“un bebé hoy: objeto-bajo-mirada”* (Wajcman, 2010: 36) hoy en día no se escucha sino que se observa y se vigila. La ciencia de la mano del capitalismo han logrado que se el bebé se vuelva un negocio y por ende genere un mercado. El bebé pasa de ser mimado con los ojos y observado, pues pasa a ser “espiado” con la ayuda de los aparatos electrónicos.

Esta civilización que plantea Wajcman (2010) es una civilización de la imagen, que queda totalmente sometida a lo visible y a lo que se ve en la pantalla dejando *“lo simbólico al servicio de la imagen”* (Wajcman, 2010:40) mirando cada vez más y siendo cada vez más mirados. La barrera entre lo privado y lo público se rompe y entra en el mercado, dejando lo íntimo expuesto y al conocimiento de todos. Ya no hay un lugar para lo íntimo, pues nada queda oculto a la mirada, pues ya nada se sustrae de la mirada del otro. El mundo hipermoderno genera un espacio donde el sujeto no tiene lugar, no tiene interior, y no tiene intimidad. La época actual trabaja bajo la voluntad de ver todo, en donde queda una época transparente donde lo visible se vuelve global y lo más importante, y atravesados por ellas anima toda actividad humana.

Siguiendo la línea de Wajcman, Rosa López (2013) en su paper de investigación *“La angustia en la época de la transparencia ¿cómo librarse de la mirada absoluta?”* le añade a la postura de Wajcman (2010) que la ciencia no sólo pretende visualizar todo nuestro cuerpo, nuestros órganos internos, sino también

“Arrancarnos el misterio de la subjetividad” (López, 2013). De esta manera quedamos siendo objetos de la ciencia, quedamos cosificados ante la mirada de otro. *“Vuelve al sujeto invisible, porque lo toma como un mero objeto de investigación”* (López, 2013: 6). Esta autora hace evidente el estadio del espejo propuesto desde el psicoanálisis, en el cual la imagen en ningún caso absorbe en su totalidad lo real del organismo, y en la actualidad pasamos de este estadio al estadio de la transparencia en la cual la imagen pasa a ser el centro de todo.

Esto se puede ilustrar en uno de los avances tecnológicos, como son las ecografías en 3D con las cuales *“Inventan un nuevo nacimiento que se produce en el campo de la pantalla”* (López, 2013: 6) Se muestran las imágenes de un bebé que no ha nacido pero que ya pertenece de antemano al mundo de la imagen. Se ha pasado del propio deseo de los padres, al niño de la representación por medio de imágenes. Todas las miradas cosifican al bebé, lo convierten en un objeto al que todos observan y que al tiempo *“se desprecian sus palabras, es decir, su condición de sujeto de pleno derecho”* (López, 2013: 7) De esta manera se vuelve equivalente el ver y el ser visto, generando un cambio en la forma como se concibe la subjetividad.

Por otro lado, desde las ciencias sociales David Le Breton dice que *“la vista es el sentido privilegiado de la modernidad”* (Le Breton, 2002: 101), es el sentido “hegemónico” de la sociedad actual. Hoy en día y como he mencionado con anterioridad, la estructura social y cultural ha favorecido el uso de la mirada sobre el resto de los sentidos. Dando con esto, la bienvenida a la entrada del “espectáculo”: *“Aparece una nueva dimensión de la realidad a través de la universalidad del espectáculo y el hombre se vuelve, esencialmente, mirada, en detrimento de los otros sentidos”* (Le Breton, 2002: 193). Todo pasa a la dimensión de la mirada, todos los rincones del mundo se comprimen en una imagen. La mirada se convierte en algo más allá del ver, se convierte en intrusiva y vigilante, en donde los espacios más íntimos carecen de privacidad.

Como enuncia Le Breton (2002) la mirada, es el único sentido de la representación del hombre actual, pues es con éste que el ser humano se

apropia del ambiente que lo rodea. La mirada, es uno de los elementos que trae la hipermodernidad, y una de las consecuencias que trae el hombre “apurado” que no tiene tiempo en el mundo actual: *“para el hombre apurado lo único que importa es la mirada, su propio cuerpo constituye un obstáculo para avanzar”* (Le Breton, 2002: 106). Por esto mismo, las imágenes son los únicos elementos que dan veracidad a la realidad.

Este es el caso, de las técnicas de visualización o diagnóstico médico. El mundo hipermoderno no tolera ya la distancia sobre el conocer y busca imponer una transparencia, una visibilidad que debe poder mostrar todo lo que a simple vista no se ve. Lo que la medicina logró con todos sus aparatos en donde, como dice Le Breton (2002) el deseo de saber de ésta, se explaya en un deseo de ver. Es decir, que se atraviesan las barreras de lo invisible del cuerpo, se registran sus imágenes, y nada queda inaccesible para la mirada: *“el cuerpo está, hoy, virtualmente saturado de miradas analíticas que provienen de aparatos”* (Le Breton, 2002: 201). Estas miradas entran a ser parte fundamental del ser mirado, se convierten en una parte esencial para la conformación de su identidad, pues genera una presencia más que significativa. Por lo que el bebé y su cuerpo quedan como un “estrato de imágenes” (Le Breton, 2002: 102). Como enuncia otro teórico, Daniel H. Cabrera (2002) la imagen entra a jugar directamente en la identificación del propio sujeto con los objetos. Hace referencia a que con las tecnologías visuales, a partir del siglo XX, *“la imagen se convierte en una percepción que vale por sí misma y no necesita remisión”* (Cabrera, 2006: 28).

5.4 Cuerpo controlado y dócil

El concepto de “biopoder”, es una categoría que permite pensar este fenómeno y por ende el uso de la tecnología podría verse como una forma de ejercer poder sobre la vida y sobre los cuerpos. Foucault (1997) con el concepto de biopoder se refiere a *“explotar numerosas y diversas técnicas para subyugar los cuerpos y controlar la población”* (Foucault M. , 1977) El cuerpo se vuelve un objeto de

control ya que *“se manipula, se educa, obedece, responde, y se vuelve hábil”* (Foucault, 2002: 125).

Para Foucault (1997) el Biopoder se genera no sólo a nivel del estado sino a nivel de lo biológico, controlando así cada espacio del cuerpo humano, generando así: *“vigilancias infinitesimales, a controles de todos los instantes, a arreglos espaciales de una meticulosidad extrema (...) a todo un micro poder sobre el cuerpo”* (Foucault, 1997: 176)

En el último siglo se ha visto un cambio a nivel del poder que se tiene sobre el cuerpo, el inicio del “Biopoder” como una manera de ejercer poder sobre los cuerpos y de crear docilidad en estos. Para Foucault (1977) el poder era ante todo *“derecho de captación: de las cosas, del tiempo, los cuerpos y finalmente la vida; culminaba en el privilegio de apoderarse de ésta para suprimirla”* (Foucault, 1977: 164). Poco a poco, se ve cómo se va haciendo aún más grande el ejercicio del poder sobre el cuerpo. Hoy en día se genera una coacción del cuerpo y una vigilancia continua por medio de las cámaras y los dispositivos a las que estamos expuestos todo el tiempo. Como enuncia Foucault en su texto “La historia de la sexualidad”:

Parece ahora como el complemento de un poder que se ejerce positivamente sobre la vida, que procura administrarla, aumentarla, multiplicarla, ejercer sobre ella controles precisos y regulaciones generales (Foucault, 1997: 165)

Hoy en día, la docilidad de un cuerpo se encuentra también en el ejercicio de la medicina, y como ésta se ha vuelto un ente controlador de los cuerpos, en donde el cuerpo *“puede ser sometido, puede ser utilizado, puede ser transformado y perfeccionado”* (Foucault, 2002: 126) En donde se rompen las barreras entre lo privado, íntimo y lo público, logrando así *“invadir la vida enteramente”* (Foucault, 1997: 169) ya que lo que era privado a íntimo hoy pasa a ser expuesto, a ocupar un lugar público.

5.5 Sobre las “Concepciones”

Para poder comprender la idea de tecnología se necesita saber la concepción que tanto médicos, pacientes y acompañantes tengan sobre ésta, y como esta concepción moldea su interacción y su discurso sobre ésta misma. Es necesario conocer tales concepciones, ya que esto va a dar cuenta de la manera en que se relacionan, tanto con la tecnología como con el bebé y con el médico. Las concepciones son un:

Conjunto de ideas coordinadas e imágenes coherentes, explicativas, utilizadas por las personas que aprenden para razonar frente a situaciones-problema, y sobre todo evidencia la idea de que este conjunto traduce una estructura mental subyacente responsable de estas manifestaciones contextuales (Giordan & Vecchi, 1998)

Además, estos autores plantean que las concepciones corresponden a una *“actividad elaboradora”*, lo que depende de un marco de significación. *“La concepción, tal como la reconocemos, no es, pues, el producto sino más bien el proceso de una actividad de construcción mental de lo real”* (Giordan & Vecchi, 1998). Los seres humanos rara vez tienen conciencia de sus concepciones, por lo que es difícil hacerle expresar a una persona cuál es su concepción sobre cierto tema. Es importante, ya que estas concepciones muchas veces no son conocidas de manera explícita, pero de esta manera salen en el discurso y en el accionar frente a lo que pasa con la tecnología. ¿Qué es? ¿Para qué sirve? ¿Qué puedo hacer con ella? ¿Qué me muestra? ¿Es bueno o malo?, por lo que se podría ver como una construcción sobre una opinión o juicio sobre una cosa, la cual se actualiza por las situaciones que se viven y por las preguntas que se realizan. *“Se moviliza lo que se sabe y se adapta a la situación que se vive”* (Giordan & Vecchi, 1998)

Las concepciones también se pueden ver como un conocimiento cargado de factores emocionales que hacen que movilicen a la persona a la interpretación de las cosas. *“un conocimiento asumido y cargado de factores emocionales, que predisponen a los sujetos a interpretar la realidad de forma altamente subjetiva y discretizada, tomándola como guía para realizar evaluaciones”* (Triana, 1991: 35)

En Munévar, 2013). Es importante que tanto los médicos comprendan las concepciones de las pacientes, como las pacientes comprendan las concepciones que tengan los médicos. También es importante la Concepción del médico sobre la tecnología que viene dada desde su profesionalización, y la manera en que esta juega parte de su día a día. Según Triana (1991) en Munévar (2013) las concepciones deberían implicar una construcción subjetiva por parte de médicos y pacientes, la cual involucraría los sentidos, las emociones y los significados que elaboran por los conocimientos adquiridos y las experiencias vividas.

Por último, es importante tener en cuenta lo que enuncian Rodrigo, M., Rodríguez, A., y Marrero, J. (1993) en Munévar (2013), sobre el estudio de las concepciones, ya que para éstos las concepciones es la categorización por el cual se le da sentido a la experiencia, se interpreta el mundo y hace parte del sistema de pensamiento. Dentro de esta categorización se pueden encontrar las posturas personales, los valores, las expectativas y las creencias, que no se dan de manera explícita.

5.6 Modelos clásicos de la relación médico-paciente

Según Ezekiel J. Emanuel y Linda L. Emanuel (1999) existen cuatro modelos clásicos de relación médico-paciente, los cuales se enfatizan en las concepciones que cada uno realiza de los objetivos de la relación, las obligaciones del médico, el papel que desempeñan los valores del paciente, y la manera de concebir la autonomía del mismo. Estos modelos son “tipos Weberianos ideales”, los cuales no describen una relación médico-paciente en particular, pero muestran las diferentes visiones sobre las características básicas de la relación médico paciente.

El primer modelo, es el modelo Paternalista. Este modelo también es llamado como “paternal o sacerdotal”, ya que en la interacción médico-paciente, el médico se asegura que el paciente recibe las intervenciones necesarias para garantizar su salud y su bienestar. El médico utiliza su conocimiento para

determinar el cuadro clínico del paciente para restaurar la salud del paciente o calmar su dolor. El médico da información previamente seleccionada sobre el que hacer. Este modelo tiene un criterio objetivo, ya que determina que es lo mejor para el paciente. El paciente debe estar agradecido por la decisión tomada por el médico, incluso si no se encuentra de acuerdo con esta. El médico actúa como el tutor del paciente, determinando lo mejor para éste.

El segundo modelo, el Modelo Informativo. Este modelo también es conocido como “científico”, “modelo técnico” o “modelo consumidor”. En esta relación médico-paciente, el objetivo es proporcionar al paciente toda la información importante para que el mismo pueda elegir la intervención que desee. El médico informa sobre el estado de la enfermedad, los diagnósticos posibles, y las intervenciones terapéuticas –beneficios y riesgos-. La obligación del médico es facilitar al paciente todos los posibles datos disponibles y será el paciente, desde sus valores, quien decida que intervención terapéutica se le debe realizar.

El tercer modelo, es el Modelo Interpretativo. En esta relación médico-paciente, el objetivo es determinar los valores del paciente y qué es lo que realmente desea en ese momento, para de esta manera poder ayudarlo a elegir entre las intervenciones disponibles. El médico informa el diagnóstico de la enfermedad, y le habla sobre los riesgos y beneficios de cada intervención. En este modelo, el médico es visto como un consejero, ya que cumple con un papel consultivo, el cual facilita al paciente la información relevante, le ayuda a aclarar sus valores y le sugiere la mejor intervención médica a partir de los mismos.

El cuarto modelo, es el Modelo Deliberativo. En este modelo, el objetivo de la relación médico-paciente es ayudar a éste a determinar y elegir entre todos los valores relacionados con su salud y que pueden desarrollarse en el acto clínico, aquellos que son los mejores. El médico tiene ciertos objetivos como: indicar por qué ciertos valores relacionados con la salud tienen más valor y se debe aspirar a ellos. Médico y paciente deben comprometerse en una deliberación conjunta sobre qué tipo de valores relacionados con la salud puede y debe buscar el

paciente. El médico actúa como un maestro o como un amigo, comprometiendo al paciente en un diálogo sobre qué tipo de actuación sería la mejor.

6. METODOLOGÍA

La investigación que se llevó a cabo, es de corte cualitativo, la cual es “la investigación que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable” (Taylor & Bogdan, 1987). En ésta se realizó una aproximación etnográfica en un centro médico especializado de la ciudad de Cali. Una etnografía según Hammersley & Atkinson (1994) es una forma de investigar lo social, en la que el investigador participa en la vida de unas personas durante un periodo de tiempo, en el cual observa lo que sucede, escucha lo que se dice, realizando preguntas, de tal manera que obtenga datos relevantes e importantes sobre el tema de investigación. Esta es la observación participante en la cual el investigador hace parte de una parte de la vida de ciertas personas. La etnografía es una forma de ver los modos en que las personas le dan sentido a su vida diaria o a un suceso de su vida.

En esta aproximación etnográfica se busca encontrar las concepciones que tienen médicos, pacientes y acompañantes, ver las prácticas que tienen estas personas alrededor de la tecnología, la relación que se da entre médicos y pacientes, y la manera en como conciben la subjetividad y el cuerpo. Para esta aproximación etnográfica, se realizó un periodo de exploración del campo, en el cuál se habló tanto con médicos como con pacientes, para poder delimitar la pregunta de investigación. Posterior a esto, se observó en un periodo de dos meses; entre Diciembre de 2013 a Febrero de 2014 con una intensidad de mínimo 2 horas y máximo 4 horas de observación, durante una vez a la semana. Realizando observación a 15 sesiones de ecografía, las cuales variaban en número dependiendo del día.

Hammersley & Atkinson (1994: 20) dicen que *“el desarrollo de la investigación debe tener en cuenta el respeto a la naturaleza del lugar. El principal objetivo debería ser describir qué sucede en el lugar, como la gente involucrada entiende sus propias acciones y las de los otros, y el contexto en el que la acción sucede”*. En esta aproximación etnográfica se mantuvo la naturaleza del lugar, dando lugar a que el fenómeno se diera de manera innata en ese espacio. Logrando describir desde que se pisa el campo, hasta que se acaba una jornada de ecografías, como los médicos, las pacientes y los parientes actúan y hablan respecto a lo que se presenta en el espacio de consulta, y la relación que tienen con el espacio en el que habitan. En este espacio se logró ver la forma en que las personas le dan sentido a lo que están viviendo, están viendo y están diciendo, en un espacio que no ha sido creado para esta investigación.

La recogida de datos se llevó a cabo por medio de notas de campo, diario de campo, y entrevista a profundidad al médico. Es importante tener en cuenta, que para el registro de las notas de campo, fue importante delimitar lo que se iba a observar, para lo que se realizó una observación piloto a partir de la cual se creó una rejilla de observación (Anexo 1) que incluía lo más importante y relevante a observar durante las sesiones. La matriz de observación se constituía por; el Motivo de la consulta, el tiempo de gestación, las personas que la acompañaban, lo que dice y hace el médico, lo que dice y hace la paciente, y lo que dice y hacen los parientes. Así mismo, se observó la relación entre médico y paciente, paciente-pantalla, y médico-pantalla-paciente. Posterior a este tiempo de observación, y haciendo uso tanto de la teoría como de lo observado y escuchado en el campo, realicé el formato de entrevista (Anexo 2), para tener datos a mayor profundidad sobre las concepciones que tiene el médico sobre la tecnología.

Las entrevistas en profundidad en los métodos cualitativos según Taylor & Bogdan (1987) son encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, encuentros que están dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o

situaciones, tal como las expresan sus propias palabras. En este caso el investigador es el instrumento de la investigación, en el cual se comparte una conversación entre iguales, dejando de lado un intercambio “formal” entre preguntas y respuestas. Es importante como se mencionó en el párrafo anterior que para realizar un semi formato de entrevista, se debió tener algo claro de lo que es importante para los médicos. La entrevista se realizó posterior a la toma de los datos y de su codificación. Lo recogido en la entrevista muestra un complemento a la práctica del médico evidenciado en las palabras de él mismo. Por lo que se complementó la información obtenida en el campo sobre la manera en que el médico percibe y concibe el uso de la tecnología, de los pacientes que llegan al escenario y de todas las personas que concluyen en dicho lugar.

Con el propósito de distinguir las voces y lugares de enunciación de los sujetos, los resultados se presentarán con las siguientes abreviaciones:

M1: médico1

M2: médico2

A de P: acompañante de paciente

P: paciente

SS: semanas de embarazo.

7. RESULTADOS

7.1 LUGAR DE OBSERVACIÓN

El día martes 17 de Diciembre de 2013 a las 3:30 pm llegamos al consultorio de ecografía (centro de diagnóstico prenatal ubicado en un centro comercial en el sur de la ciudad de Cali) para realizar la primera observación. Este consultorio se creó según el discurso del médico¹ cómo “un sueño” de tener algo propio para *“ofrecer un servicio a la familia diferente que no existiera en la ciudad y en el país”*.

En la entrada se encontraba una joven embarazada, acompañada de su mamá, su hermano menor y con un joven quien al parecer era su novio. Desde la entrada pudimos observar que el lugar invita a “mirar” a los bebés en el vientre de las madres. La puerta de entrada tenía imágenes, donde mostraban los bebés con



el ecógrafo 3D y 4D. Al entrar al consultorio, está el escritorio de la secretaria, al lado una “estatuilla” fabricada en yeso, con la forma de vientre materno con un bebé pintado sobre ésta superficie. De frente la camilla de la paciente, entre el ecógrafo y un sofá extenso de color azul. Al frente de la camilla se encuentra una pantalla donde se

proyecta la imagen que produce el ecógrafo. Diagonal a la camilla, el escritorio del médico sobre el cual hay un computador, varias copias de publicidad sobre el consultorio, carpetas y portarretratos del mismo.

El médico, en la mayoría de las sesiones, propuso colaborarle tomando datos de las ecografías. Esta fue nuestra tarea mientras realizábamos las observaciones. Él me explicó, con base en un formato o plantilla, lo que debía escribir en cada espacio. El formato incluía diferentes medidas: desde la frecuencia cardíaca, la situación, la presentación, el estado de la placenta, del líquido amniótico y el estado del cordón umbilical. Además, mencionaba el tamaño, el peso, el tamaño de humero, del fémur, la circunferencia cefálica y abdominal. Desde el comienzo de la observación algo nos causó mucha curiosidad: Todas las madres iban acompañadas de su esposo, muchos parientes, amigos, hermanos, y todos ingresaban al consultorio. Durante las observaciones pudimos observar un número de hasta seis acompañantes por paciente.

De esta iniciativa partieron los médicos para montar el consultorio, ya que para ellos es importante que no solamente existan los médicos para realizar el examen y decir si está bien, si se sabe si es niño o niña, pero hicieron alusión al hecho de poder entrar con toda la familia acompañando la ecografía: *“Tú te vas pero nunca te permiten que entre toda tu familia. Nosotros hemos tenido hasta diez personas en el consultorio atendiéndolas a toda la familia, porque es toda la familia la que está embarazada, no solamente la mamá y el papá”*. A partir de esto, surge la idea de recibir a todos los acompañantes que lleguen acompañando a una paciente. Lo cual, es interesante según la manera en cómo lo enunció el médico ya que dice que esas personas son *“el apoyo de esa pareja que está embarazada”*, y por esto, incentivan la idea de crianza y de que no sólo los padres hagan parte de ésta sino que se encuentre toda una familia velando por el bienestar de ese bebé: *“Son esos abuelos que van a estar comprometidos con la crianza de los hijos, y eso es buscando recuperar también la crianza que les va a permitir ser y tener mejores personas”*.

Además, este espacio de ecografía lo pensaron para: *“Crear mejores núcleos familiares y crear lazos, lazos con ese niño que se está formando, que desde el*

vientre está sintiendo y está siendo y recibiendo cariño de ellos"; De donde surge la idea de primer vínculo familiar como logo del consultorio.

Durante las sesiones, el consultorio se mantuvo siempre con luz tenue, en donde resalta la luz del ecógrafo, de la pantalla y del computador. El único momento en que se prende la luz es cuando se ha dado fin a la ecografía. En este momento el médico entrega el informe de la ecografía y las fotos, una de ellas en un portarretrato. Además, había una luz de colores en el escritorio del médico, de la cual salía un aroma para todo el consultorio. Esto se acompañaba de música clásica, específicamente música de ángeles y Reiki: Musica para la relajación, lo cual lograba crear un ambiente de mucha tranquilidad.

En este consultorio se realizan ecografías en III niveles: La ecografía en nivel I, ecografía básica, la ecografía en nivel II, ecografía morfológica o de detalle, y la ecografía en III nivel, ecografía en la cual se miraba la existencia de órganos fetales, para descartar anomalías. Además, con el equipo "Voluson E8 Expert BT-12" podían realizarse una ecografía en 3D-4D, en la cual se observaba la textura y la forma del bebé en tiempo real.

De las 15 pacientes que observamos, llegaron mujeres entre las 11SS hasta 32 SS de embarazo. Sólo tres pacientes se realizaron una ecografía diferente a la de la mayoría de las mujeres observadas. Una de ellas fue a las 11 SS, le realizaron una sonolucencia; examen médico donde se tomó una medida del cuello que daba cuenta si el bebé venía con Síndrome de down. La otra paciente fue por una ecografía 2D, ecografía de control y la tercera fue por una ecografía de tercer nivel. Las otras 13 pacientes fueron al consultorio para realizarse una ecografía 3D- 4D, de las cuales cuatro fueron a las 22SS y otras dos fueron a las 26SS de embarazo.

El hecho que estas mujeres llegaran al consultorio pidiendo una ecografía 3D-4D da cuenta de la primera característica que me propongo describir. Mujeres de diferentes edades, diferentes culturas, y de diferentes partes del Valle del Cauca llegaron a este consultorio, en su mayoría acompañadas. Llegan todos felices y

expectantes por un fin último común: ir a ver a su bebé, sobrino, amigo, hermano, etc. Esta es la primera característica que encontramos en estas sesiones, evidenciándose en la mayoría de los discursos de las madres: ¿A que van estas mujeres y sus acompañantes al consultorio? Y ¿Qué muestran los médicos?

7.2 EL PRINCIPAL MOTIVO DE CONSULTA:

“VAMOS A VER A MI HIJO”

El principal motivo por el que estas mujeres fueron a realizarse este tipo de ecografía es para ver; ver cómo va a nacer, como va a ser y de algún modo



poder prever tipos de comportamientos en un



futuro, o simplemente centrarse en cómo van a ser físicamente estos pequeños. Ocho de quince madres hicieron alegoría al deseo de ver a sus bebés. Sobre esta

característica encontramos las siguientes frases enunciadas por las pacientes: “Ese es mi hijito” (P1), -“va a ser muy inquieto” (P1), “Lo que uno busca es que nazca igual a como se ve” (P1), “Mírala ahí es una cosa hermosa” (P2), “Me va a tocar ponerle chupo rápido” (P3), “Vamos a ver a mi hijo” (P6), “No me digas, ¿este es mi bebé? A mí me va a dar algo” (P7), “Tan hermoso mi bebé” (P7), “Mira, está hermoso” (P15), “Va a ser malgeniado” (P15), “Divino, es hermoso el bebé” (P15). Podría ser obvio o verse de manera naturalizada que estas madres hubieran ido a “ver” a su hijo, pero algunas lo hicieron evidente en su discurso, como enunció la paciente6 “vamos a ver a mi hijo”. Ir a verlo implica, poder verlo como es en ese momento para ver si se parecerá cuando nazca. También, la manera en que enuncian cómo va a ser el bebé a partir de cómo ven las acciones de los bebés y la manera en que son interpretadas. Este es el caso de

la Paciente3 cuando dijo: “me va a toca ponerle chupo rápido”, el bebé tenía el dedo metido en la boca por lo que la madre añade un comportamiento en su bebé, sobre el cuál va a tener que hacer algo, como “ponerle el chupo rápido”. Así mismo la Paciente15 enunció: “va a ser malgeniado”, mientras el niño se encontraba frunciendo el ceño. Además de ver cómo las mamitas prevén sobre cómo va a ser su bebé cuando nazca, se centraron también en el aspecto físico. Este es el caso de la Paciente1: “lo que uno busca es que nazca igual a como se ve”, fijándose en la manera cómo va a ser el bebé pero únicamente en el aspecto físico para poder comparar la imagen de la ecografía con el bebé cuando éste nazca.

Es importante tener en cuenta el motivo por el que estas mujeres fueron al consultorio, pues va a dar parte de la idea que tienen sobre lo que permite la tecnología. Estas madres no ponen en relieve el efecto diagnóstico que puede tener una ecografía como se ha visto en la historia de la medicina. Al parecer, estas mujeres tienen la idea de realizar un diagnóstico de manera naturalizada.

Es relevante ver que no todas las mujeres llegaron a realizarse una reconstrucción tridimensional del bebé, pues si el bebé no está completamente formado no van a poder “verlo”. Las tres mujeres que no se realizaron la ecografía en 3D-4D, hicieron también alusión a realizarse una cuando el bebé estuviera más formado. Es importante observar ya que pareciera como si bebé no estuviera listo para “salir a las cámaras” o salir “al aire”. Por lo tanto, cabría preguntarse ¿Por qué las mujeres van a “ver” en determinado momento y no en otro? al ver que me refiero es a esa mirada cargada de significado, en donde “conocen” cómo va a ser el bebé.

Este mismo deseo se vio también en el discurso y en el accionar de los acompañantes de las pacientes. Explícitamente, el deseo por ver y por conocer. Siete acompañantes de las 15 paciente pusieron de manifiesto este hecho: "vamos a conocer a tu primito" (A P1), "no hay duda de que viene su primo en camino" (A P3), "iban apostando a que iba a ser" (A P4), "míralo que cuando tu estés más grandecito le digas yo te vi cuando estabas en la barriga" (A P4),

"¿vamos a ver al bebé? ¿Ahí en ese televisor?" (A P9), "mira tan linda M, se parece a ti (le dice al niño) (A P11), "velo esas trompas" (A P12), "mira ahí, parecía como si se estuviera riendo" (A P12), "¡tan linda! Se ve preciosa, se ve gordita, cachetona, ve esos cachetotes" (A P13).

Dos acompañantes dijeron sobre ir a ver al bebé y del hecho de poder constatar que éste mismo venía en camino. El hecho de saber que éste va a nacer no se compara con el hecho mismo de poder verlo y de poder tener la "certeza" de que el bebé que se va a ver va a ser el mismo que va a nacer. La abuela y el sobrino de la paciente⁴ llegaron al consultorio apostando sobre que iba a ser el bebé y si éste se iba a poder ver bien. Es importante lo que dijo el acompañante de la paciente⁹: "¿vamos a ver al bebé? ¿Ahí en ese televisor?", pues deja por sentado que el bebé no se ve en vivo y en directo sino que se ve a través de la pantalla, y ahí es que se va a "conocer" el bebé. También, se puede ver como el acompañante de la paciente⁴ enuncia: "míralo que cuando tu estés más grandecito le digas yo te vi cuando estabas en la barriga".

Por otra parte, también se puede evidenciar cómo los acompañantes hacen énfasis en lo físico de los bebés y en su descripción. Esto se mostró en el discurso de tres acompañantes en donde se acentuó ese ver de las madres por parte del discurso de sus acompañantes; "mira tan linda M, se parece a ti (le dice al niño) (A P11), "velo esas trompas" (A P12), "mira ahí, parecía como si se estuviera riendo" (A P12), "¡tan linda! Se ve preciosa, se ve gordita, cachetona, ve esos cachetotes" (A P13).

Las características que vieron y enunciaron los acompañantes, pudo poner de relieve la influencia que tiene el discurso de éstos sobre el discurso de las madres. Se pudo ver en las ecografías que van con más acompañantes, a veces las madres se cohíben de hablar, o enuncian de cierta manera algo similar a lo enunciado por los acompañantes. De cierta manera, los acompañantes pudieron haber tenido gran influencia en el discurso de las madres, pues éstos están aún más pendientes de cada segundo que pasa dentro de las paredes del consultorio, ya que estas personas cumplen el papel de espectadores dentro del

“espectáculo” en el cuál pueden ver, lo que está pasando dentro de la madre (actriz), y el bebé el cuál sería el protagonista de todas las miradas.

Por otra parte, los médicos son un actor importante dentro de la escena ecográfica. Este es quien les muestra tanto a las pacientes como a sus acompañantes lo que ellas desean ver. El médico, cumpliría con el papel de productor: Es quién filma, quien produce y quien edita, por lo tanto, es quien hace posible la “película”. El médico realizó dos procesos dentro de la ecografía para poder mostrar lo que los pacientes y acompañantes desean ver: por una parte y así las pacientes hayan llegado pidiendo una reconstrucción tridimensional, el médico comienza o termina con la ecografía en 2D pues con ésta muestra cómo está el bebé anatómicamente, cómo se encuentra el estado del corazón, de los pulmones, y realiza las mediciones necesarias. Posterior u anterior a esto, el médico realiza la ecografía en 3D para poder mostrar tal como se ve el bebé y tal como va a ser. Por una parte, muestra que el bebé se encuentre en “perfecto estado” y por otra que esté “lindo”.

De esa manera, pudimos evidenciar en el discurso del médico la importancia que tiene para él resaltar el estado del bebé y además hacer cierta alegoría a un ser superior por el estado de éste mismo. “lo importante es que está muy bien, anatómicamente” (M1 a P1), “niño en perfecto estado” (M1 a P5), “está creciendo muy bien este muchachote” (M1 a P6), “no hay nada grave con este muchachote, está perfecto” (M1 a P6), “gracias a Dios tu bebé está muy bien” - “Gracias a Dios está perfecto” (M1 a P7), todas las estructuras están perfectas” (M2 a P8), “claro que está bien” (M2 a P8), “Gracias a Dios todo se ve muy bien” (M1 a P12), “está creciendo súper bien” (M1 a P13). Esto es dicho mientras realiza la ecografía en 2D; al realizar las mediciones que requiere el bebé para saber que está bien. Se puede ver de manera repetitiva como siempre se muestra la perfección del estado del bebé, y a su vez las gracias a un ser superior de que el niño se encuentre en tal estado de perfección, por lo tanto, se puede ver la celebración del médico por el estado del niño.

A diferencia, se muestra la segunda característica que encontramos que fue el hecho de mostrar a la paciente y a los acompañantes que el bebé está "lindo". Esto se pudo ver en el discurso del médico de esta manera: "les quedó hermosa, pueden seguir haciendo muchachos" (M1 a P1), "vamos a verla de una" (reconstrucción 3D) (M1 a P11), "No tiene ningún defecto gracias a Dios, muy linda les quedó" M1 a P11 "se ve todo perfecto" (M1 a P12), "está muy lindo tu bebé princesa" (M1 a P12). Realizar una ecografía 3D le permite al médico mostrarle tanto a las pacientes como a sus acompañantes tal como va a ser su bebé. La imagen es clara y permite que el médico resalte la belleza física de éstos. También pude observar la diferencia entre lo que se ve en la ecografía en 2D comparada con la ecografía en 3D-4D: "hoy empezamos por lo más chévere: mírenme, mírenme" (M1 a P11), "dejemos de jugar" y pasa a hacer las mediciones 2D (M1 a P11). Por esto, para el médico es mucho mejor mostrar la ecografía en 3D- 4D, ya que se puede ver claramente lo que se encuentra, y las pacientes pueden interpretar por sí solas lo que ven. A sí mismo, puedo resaltar la idea de "jugar" la cual corresponde a realizar la ecografía 3D.

Esto también se pudo reflejar en el discurso del médico¹ en la entrevista que le realizamos: *"La gente quiere ver, sentir y entender la ecografía. Ver su bebé, saber que está bien, no solamente que el médico se lo diga sino verlo y ser consciente de ello"*, Este sería el motivo y el sentido que ve el médico en los pacientes por el cual llegan a este consultorio. Es la manera en que ofrece el servicio, en donde el médico no es el que media e interpreta la imagen, sino son los pacientes y sus acompañantes quienes lo ven y entienden lo que pasa en la ecografía.

7.2.1 El deseo de ver más:



"Voltéate, muestra la cara, abre la boca"
Después de haber mostrado el principal motivo por el cuál van las pacientes y sus acompañantes al consultorio, entra en juego

otra cuestión además del hecho de ver: ¿qué es lo que van a ver? ¿Qué quieren ver? Pasan de ver al bebé completo, a querer ver partes específicas del cuerpo de éstos, para poder decir que “lo vieron” y dar certeza de este hecho. Estas partes específicas del cuerpo son el sexo y la cara. Si la cara no se logra ver parece como si no lo hubieran podido conocer. Por lo tanto, las partes más prevalentes que quieren ver las madres son: la cara y el sexo –que dé conocimiento certero si es niña o niño-. Esto lo pude evidenciar en el discurso de algunas pacientes: “Voltéate, muestra la cara, abre la boca” (P1), “Da ganas de meter la mano y voltearlo para que se le vea la cara” (P1), “Hijo córrete” (P1), “Que se deje ver” (P2), “¿Me podría decir con certeza si es niño?” (6), “Colabora, colabora” (P8), “Esta gente no se quiere ir sin saber nada” –sobre que sexo es- (P9), “Mira, ¿No ves la carita?” (P9), “Se ve la carita muy linda” (P9), “Muñeca, déjate ver” (P10), “¿Se puede comprobar el sexo también? (P11).

En estas palabras se puede ver cómo específicamente las pacientes pidieron ver la cara y el sexo. Algunas pacientes lo hicieron notorio como la paciente 1: “Voltéate, muestra la cara, abre la boca”, “Da ganas de meter la mano y voltearlo para que se le vea la cara”. En otros enunciados no se ve que quieran ver la cara, pero hacen alusión a que se muestren, esto quiere decir que dejen y muestren su cara. Esto se puede ver en palabras como “que se deje ver” (P2), “Colabora, colabora” (P8) y “muñeca déjate ver” (P10). Entre estas palabras se oculta el deseo de ver la cara del bebé, pues éste se ve todo en el ecógrafo, pero la cara no siempre se logra ver: Muchas veces el líquido amniótico no lo permite o simplemente el bebé tiene su rostro pegado a la placenta.

También se pudo ver evidenciado el deseo de las madres por conocer el sexo de sus bebés. Tal como lo muestra la paciente 9 “Esta gente no se quiere ir sin saber nada”, es necesario ver el sexo para poder saber que nombre ponerlo y cómo tratarlo. Así como la cara es importante para ellas, el sexo también lo es: “¿Se puede comprobar el sexo también? (P11). Algunas de las pacientes tienen conocimiento previo sobre el sexo de su bebé, pero historias de personas cercanas sobre el hecho de que les han dicho que va a nacer niña o niño y nace

totalmente opuesto, no las deja creer en el sexo que les han dicho si no lo ven directamente. Por lo tanto, este equipo permite que las pacientes tengan certeza del sexo de sus hijos, ya que muestran los órganos sexuales, y no hay duda de que es lo que se dice, pues se ve.

Así mismo, en los acompañantes también pudimos observar el deseo por ver la cara y el sexo: "ahí se le ve mejor la carita" (A P2), "quieren ver las bolas del bebé" (A P3), "se queda mirando detalladamente para ver si es un varón". (A P7), Cuando el médico no da la máxima certeza de que sea un varón, se corre para atrás y vuelve a tener una posición relajada. "Bueno lo que tenga que ser... claro que sería bien una niña porque son más apegadas al papá" (A P7), "vamos a ver si sigue siendo JF" (A P9), "yo quiero verlo todo, cabeza y cuerpo" (A P9), "quiero ver la cabeza" (A P9) "si se le ve la cara" (A P15).

Pudimos observar como los acompañantes de la paciente2, de la paciente9 y de la paciente15 mostraron un deseo por ver la cara del bebé. Por otro lado los acompañantes de la paciente3, del paciente7, y de la paciente 9, mostraron un deseo por ver el sexo del bebé, pero más significativamente buscaban ver el género de este, mostrando toda una dinámica alrededor de lo que sería el género femenino o masculino según cada caso. Sólo un acompañante mostró interés no sólo por ver las partes específicas del cuerpo como la cara o el sexo, quiso ver el bebé de cuerpo entero. Este fue uno de los acompañantes de la paciente9.

Por otro lado, los médicos mostraron lo que la paciente y sus acompañantes querían ver, como es; la cara, el sexo y el género. A su vez, el médico encuentra pertinente mostrar las partes anatómicas más importantes como: la columna, el corazón, los pulmones. En el discurso de los médicos se mostró los deseos evidenciados por las pacientes y sus



► marsogallardo
► matersurcali Para que se vea con claridad y no queden dudas...

acompañantes. Sobre la cara: Buscar "carita ideal" (M1 a P1) "Vamos a seguir buscando la carita ideal, yo sé que tú lo quieres ver, "corre la manita" (M2 a P8) , "corre la manito, corre la manito, gordo ven para acá" (M2 a P8) –cuando el bebé se "tapa la cara" y no se puede ver- "vamos a medirlo para seguir buscando la carita" (M2 a P8), "corre la cabecita, mira para acá" (M2 a P8), "dale pablo, abre la boca (...)"mira esa carita, la carita" (M1 a P12) , "ven para acá, mueve la carita" (M2 a P14), "Si puedes venir después para tomar mejores foticos porque tiene la carita pegada a la placenta" (M2 a P14), "tiene unas facciones súper finas" (M2 a P14) , "ahí está la carita, míralo" (M2 a P14). Pude evidenciar en este discurso, el deseo del médico por mostrar y por qué el paciente y los acompañantes vean tal como va a ser cuando nazca, lo que se podría corroborar si se ve la cara.

Esto también se evidenció en la entrevista al médico1: *"Con la ecografía tú lo logras, porque tú lo ves, y al tener una imagen no solamente que veas una barriguita sino que estás viéndole la cara, las manos, que lo estás reconociendo"*, mostró no sólo la importancia de verlo, sino de poder ver aquellos detalles que son importantes resaltar, en este caso, la cara.

A su vez, sobre el sexo y el género: "Es una niña" (M1 a P4), "Es un varón, varonsote" (M1 a P6), "no sé, aquí parece un varón" (M1 a P7), "Esto parece un pipí" (M1 a P7), "quiero que el papá lo vea porque me está dudando: mira pene y testículos" (M2 a P8), "corre el piecito para que nos dejes volver a ver el sexo" (M2 a P8), "mira: pene y testículos, no duden tranquilos que es un varoncito" M2 a P8, "corre la nalguita para verte bien el sexo, porque está bien sentado" (M2 a P9), "está todo escondido el sexo" (M2 a P9), "por acá están los testículos" (M2 a P9) , "es que ella quiere saber con seguridad si es niño o niña" (M2 a P9), "no hay duda que es un varón: dos testículos y un pipí" (M1 a P9), "¿ya sabemos que sexo es? "Obviamente es una niña, el sexo es súper claro" (M1 a P10), "ahí están los testículos"- "mirad las bolitas" (M1 a P12), "Con ella es súper clarita la imagen de que es una niña" (M1 a P13), "¿el penecito lo ves?-"mira, pipisito y

testículos (...) pene acá y testículos aquí" (M2 a P14), estos son los testículos y esta es la punta del pene" (M1 a P15).

También, mostró las partes anatómicamente más importantes y relevantes de ver, como lo son: El corazón, los pulmones, y la columna vertebral; a lo que él llama; "Evaluar la anatomía" (M1 a P6). "Vamos a hacer una reconstrucción tridimensional de la columna" (M1 a P11). También se pueden ver en un mismo caso que evalúa la anatomía, y después muestra la cara y el sexo: "vamos a tratar de hacer una reconstrucción tridimensional de la columna antes de buscar la carita...aaa y los testículos" (M1 a P12)

7.2.2 Atribución de emociones, estados de ánimo, gestos, rasgos físicos y de personalidad:

"Tiene como pereza"

Además de haber observado partes específicas del cuerpo del bebé como son la cara y el sexo, se atribuyó significado a lo que veían, es decir, atribuyeron en el bebé emociones y gestos, rasgos físicos y de personalidad. Esto lo hicieron con base en lo que vieron en la imagen y los movimientos que observaron de los bebés.



Esto lo pudimos evidenciar en el discurso de siete pacientes: "Está como serio Santiago" (P3), "Hace pucheros" (P3), "Lindo, narizón, es hermoso" (P3), "Es muy guapo JF" (P9), "Mírale las ñatas, es cachetona" (P11), "Mírala ahí como está toda tapada" (P13), "Tiene como pereza" (P13), "Mira el perfil" (P14), "¿Eso es lo que yo creo? ¿Qué se está metiendo el dedo a la boca?" (P14), "Tiene el ceño fruncido" (P15), "¿Qué hizo? ¿Bostezo?" (P15).

Las madres reconocieron que había una persona ahí adentro, y le dieron significado a cada acción que realizaban. Por ejemplo, la paciente³ adjudicó tanto emociones, como rasgos físicos y de personalidad a su bebé; “Está como serio S”, “Hace pucheros”, “Lindo, narizón, es hermoso”. Por otra parte, hay quienes solamente adjudicaron rasgos físicos o emociones y gestos, pero no adjudicaron todo al tiempo pues para éstas depende del tipo de movimiento que realizara su bebé. Por ejemplo, la paciente⁹ dice “Es muy guapo JF”, haciendo alusión solamente a la parte física y externa del bebé. Otras por su parte hacen referencia a rasgos de personalidad como la paciente¹³ quien dice “Tiene como pereza”. Esta se refiere así en el momento en que su bebé no tiene mayor movimiento y está en determinada posición.

Por otra parte, hay quienes no sólo se fiaron de lo que estaban viendo en la pantalla sino que preguntaban si lo que estaba haciendo el bebé concordaba con lo que a los médicos les parecía que estaba haciendo. Este es el caso de la paciente¹⁴; “¿Eso es lo que yo creo? ¿Qué se está metiendo el dedo a la boca?” P14, y la paciente¹⁵; “¿Qué hizo? ¿Bostezo?”. Esto es importante pues no solamente hay quienes adjudican directamente significado a las acciones de sus bebés, sino que también hay otras que se confiaban más en lo que decía el médico sobre lo que estaba haciendo el bebé que lo que ellas podían ver. También, pedían verificación si verdaderamente estaba haciendo o estaba de la manera en que ellas consideraban.

A su vez como las pacientes, pero no en la misma medida, los acompañantes de éstas también atribuyeron emociones, rasgos físicos y de personalidad sobre los movimientos o gestos que los bebés realizaran, lo que se puede evidenciar en el discurso de éstos: "inquieto ese bebé" (A P1), "es penosa" (A P2), “mira el perfilito, tampoco es narizona" (A P2), "le da pena" (A P8), "es un cachetón" (A P9), “está como bravo” (A P12). Se puede ver como se adjudican rasgos de personalidad como: "inquieto ese bebé" (A P1), "es penosa" (A P2), "le da pena" (A P8), también rasgos físicos: “mira el perfilito, tampoco es narizona" (A P2), es un cachetón" (A P9).

A diferencia de lo encontrado en el discurso de las pacientes y de sus respectivos acompañantes, en el discurso de los médicos no se hizo alusión a alguna atribución sobre los bebés, tanto emocional como física o de personalidad.

7.2.3 Atribución de similitudes:

“Igualita al papá”

Posterior a ver a los bebés, ver las partes específicas tales como la cara y el sexo y a su vez adjudicar emociones, rasgos físicos y de personalidad, estas pacientes buscaban encontrar a quién se parecía su bebé. Cinco pacientes explicitaron en su discurso si el bebé se parecía a ella o a su esposo. En general las pacientes hicieron alusión al parecido del bebé



con su esposo. Sólo una paciente hizo referencia a que su bebé se parecía en algo a ella. Este es el discurso encontrado en las pacientes: “A mí se me parece al papá” (P2), “Tiene la boca grande, se parece al papá” (P3), “Si, es la misma cara del papi” (P10), “Igualita al papá” (P13), “La formita de la cabeza y las orejas es igualito al papá” (P14), “Yo no sé ustedes, pero en la boca se parece a mí” (P14), “La nariz es como la del papá y los ojos también porque son grandes y yo los tengo pequeñitos” (P14).

Sólo la paciente 14, como mencionamos anteriormente fue la única que dijo que en algo se parecía a ella: “Yo no sé ustedes, pero en la boca se parece a mí”. Esto no lo dijo totalmente segura, porque alcanza a decirle a los médicos, “yo no sé a ustedes...”, a diferencia de cuando hizo referencia a las partes que se parecían al papá; fue firme y mostró seguridad en lo que decía: “La nariz es como la del papá y los ojos también porque son grandes y yo los tengo pequeñitos”. Las pacientes buscaban en que se parecían a cada uno, y después extraían a quién se parecía el bebé. Es interesante ver como para estas

pacientes siendo niña o niño su bebé, en su mayoría se les pareció al papá y nunca a ellas.

Por parte de los acompañantes y de los médicos es muy poco lo que aparece en su discurso sobre el parecido del bebé con alguno de los dos padres o con algún familiar. Por parte de los acompañantes encontré en su discurso dos veces donde lo hicieron explícito: “La nariz si es igualita a la del papá. Ahí si se ve muy bien” (A P12), “mira tan lindo, tiene la nariz de Juan David” (A P3). En este caso, a diferencia del discurso de las pacientes, buscan encontrar parecido también a algún familiar cercano. Así mismo, se ve en el discurso de los médicos la manera de encontrarle un parecido a alguno de los dos padres. Esto se hizo explícito tres veces en el hablar de uno de ellos: “la carita se parece a la mamá” (M1 a P2), “se parece al papá” (M1 a P10), “Se parece al taita” (M1 a P10).

En la entrevista que le realizamos al médico, pudimos evidenciar en su discurso algo relacionado con el reconocimiento y la atribución de similitudes hacia el papá o hacia la mamá: *“reconoces en él algunas características del papá o de la mamá, entonces te haces una idea ¿Si?, creas una idea, creas una imagen de ese bebé”*. Atribución de similitudes para poder crearse una mejor imagen y tenerla consigo hasta el momento en que nazca.

7.3 RELACIÓN CON EL BEBÉ IMAGEN:

Posterior a lo narrado anteriormente, entra en juego algo importante: la relación con el bebé-imagen. No se da una relación directa con el bebé, sino que se da una relación de las pacientes con la imagen, la cual es en este caso la generadora de un “vinculo social”. Dentro de esta relación, encontramos la dinámica muéstrate déjate ver, pues le piden a los bebés que se muestren. No sólo los miran

sino que entra a jugar una interacción con lo que se ve en la pantalla. Esta categoría es importante porque da cuenta no sólo de la importancia que tiene ver



a ese bebé que viene en camino sino de la generación de una interacción, y de la generación de un “show” por parte de la madre y de los “espectadores”.

Tres de estas pacientes hicieron explícita la interacción con el bebé-imagen: (P2), “mírame, mírame” (P2), “Si no te ríes no te bajo a la novena” (P2), “Niña, abre la boca” (P2), “Mira mi bebé. Di hola mamá” (P2), “E una sonrisita a papá, a la mamá y a la hermanita” (P2), “He estado buscando porque quiero un nombre Africano pero que tenga un significado” (P14), “Te amamos papito” (P15).

Estas madres entraron en interacción directa con lo que estaban viendo. Les hablaban a los bebés para que hicieran lo que ellas deseaban en ese momento. Por ejemplo, la paciente2 cuando dijo “Me hace el favor y deja la pena”, hacía referencia a que se mostrara, que se dejara ver, que se quitara las manos de la cara. Esta misma paciente en varias ocasiones hizo referencia a que hiciera lo que ella quería, por ejemplo que se riera, que abriera la boca, que le sonriera a ella, al papá y a la hermana. Se puede ver como desde este momento el cuerpo y los movimientos son moldeados a gusto de las madres, y cómo disfrutaban del “show” que dan sus bebés, si estos hacen lo que sus madres les dicen. Además de este tipo de interacción, se hace alegoría al amor que le predica su madre al bebé, por ejemplo en la paciente15.

Por otra parte, pude ver en los acompañantes una dinámica parecida, pero en menor medida, ya que no se ve una relación tan explícita de éstos con el bebé-imagen. Por parte de tres acompañantes de dos pacientes distintas, se puede ver la dinámica de muéstrate déjate ver, tal como: “muévete pulga, muévete mi amor” (A P1), “bebé, princesa, déjate ver” (A P10), “yo le dije que se tapara y se tapó” (A P12). Además de la dinámica muéstrate déjate ver, pudimos ver la importancia que tiene el nombre y el ser nombrado. Como enuncia uno de los acompañantes de la paciente12: “como quien dice no me molesten hasta que me pongan nombre”. A su vez, se puede ver por parte de la madre de la paciente1 el deseo por ver el bebé y esa interacción que nace de ahí: “espero que no le dé el patatus, porque cuando tenía 13 semanas y no lo veía le dio el patatús”.

En los médicos existe una relación con la imagen un poco más grande ya que así como para las madres, ésta es la generadora de la idea de un “vínculo” o del “primer vínculo”, el cual se está generando por la imagen o mediada por esta. Esta relación a su vez está siendo mediada por el uso del PNL. Dentro de esta relación con el bebé-imagen, se hizo explícita la importancia de nombrar los bebés por nombre propio, la relevancia que le dan a si los padres le hablan a éste, concibiendo a los bebés capaces de entender. Es importante mostrar la relevancia que tuvo para los médicos el tipo de relación que se da con la madre pero a su vez con el padre. Por último, también se da la dinámica de muéstrate-déjate ver pero de manera diferente, ya que el fin último de este es que el bebé salude a los papás y viceversa, ya que el médico hace la voz del bebé y habla como si fuera su voz propia. Con esto no sólo se da la generación de un “vínculo” generado por la imagen, sino que ese vínculo está mediado tanto por el médico como por el PNL que éste usa y realiza en sus sesiones.

Dentro del discurso del médico pudimos evidenciar las características que ya nombramos en el párrafo anterior. Sobre el uso del PNL como técnica mediadora de la relación entre la madre y el bebé se muestra: El médico comenzó sesión con PNL: Saluda al bebé, enuncia que está acompañado de los papás y que él es su médico (M1 a P3), "hola bebé" (M1 a P7), "Hola LE, Hola buenos días mami" (M2 a P8), Este gordito precioso, hola bebé" (M2 a P9), Pone la mano en la barriga "estamos con tu familia, todos te quieren ver, tu hermanito te quiere ver, tus papis te quieren ver" (M1 a P11), “Hola M, estamos aquí con tu familia, tu papá, tu mamá, hermanito y abuela” (M1 a P15). Es relevante tener en cuenta que el uso de esta técnica, generó una relación entre el médico con el bebé o con la imagen del bebé, cómo se relaciona con esta imagen, el saludo, el trato que tiene con éste y con su imagen.

Por otra parte, la importancia que tiene para los médicos el que el bebé sea nombrado por el nombre propio, la importancia de lo que ellos sientan el bebé lo sentirá, y la importancia de la manera en que percibe la relación del bebé tanto con la madre como con el padre: “es importante que los papás estén tranquilos

porque lo que ellos sientan el bebé también lo sentirá. (M1 a P3), "¿ustedes le hablan? eso es muy importante, la conexión con la mamá es visceral pero la conexión con el papá es una relación espiritual" (M1 a P6), "los chiquitos entienden, no hay que tratarlos como menos" (M1 a P6), "felicitaciones, a hablarle todos los días, ella siente todo; si estás cerca, si estás lejos" (M1 a P11), "todos le dicen a la mamá que linda, y no le dicen al papá buena esa" –y le da una palmadita en la espalda al papá- (M1 a P12), "ella está esperando que le pongan un nombre. Ellos escuchan, entienden y reconocen" (M1 a P13), "mami y papi, pónganme un nombre porque no se quiere dejar ver" (M1 a P13) – importancia del nombre para que éste se deje ver-.

A su vez, muestran la importancia que tiene para el médico que el bebé "salude" a sus padres, siendo el mediador entre la relación o vínculo que se genere entre la madre y el bebé- imagen: "Di hola a todos" (M2 a P9), "bebé córrete para saludar a tus papás" (M1 a P10), "Si princesa, te está hablando el papi" (M1 a P10), "si, eso hermosa saludando a los papás" (M1 a P10, " "mami tú me dijiste que me chupara el dedo" (M2 a P14).

Por otra parte, durante la entrevista al médico¹ pudimos evidenciar lo encontrado en las observaciones. Los médicos conciben el momento de la ecografía, como un momento generador de un vínculo: "*para fortalecer eso, fortalecer la espera, fortalecer el afecto con ese bebesito*". Fortalecer, ya que los padres logran "ver" al bebé y teniendo una imagen anticipada de él será más fácil para los padres lograr un vínculo con estos.

Además, se vio evidenciado el uso de la técnica del PNL como forma en que los médicos promueven la generación de un vínculo:

Y lo otro es durante la ecografía, porque durante la ecografía tú le das a la familia elementos (...) tú los programas positivamente, los programas de una manera asertiva para la educación del bebé, para recibir el bebé, para tener un estado de ánimo adecuado para poder comunicarse, para poder ser una mejor familia, para poder recibir ese bebecito. Yo creo que si somos mejores familias, logramos tener mejores seres humanos, y vamos a tener una mejor sociedad.

Este vínculo para los médicos iría más allá de generar un vínculo con el bebé-imagen, sino poder comenzar una relación, y que esta misma sea asertiva para el momento en que nazcan los bebés.

7.4 LA ECOGRAFÍA COMO ESPECTÁCULO “VIMOS UNA EXCELENTE PELÍCULA”

Además de la interacción nombrada anteriormente, se dio el registro fotográfico y filmico dentro de este escenario. Esto incluyó foto al bebé-imagen, foto a la foto entregada por el médico, la cuál sería su primera foto. Le encontrarían un lugar de “exposición” a la foto y así mismo sería divulgada por las redes sociales. Este es un importante fenómeno, con el cuál se da a conocer a personas que no asisten a la ecografía, creando una imagen en redes, en el cuál queda su primera foto y es conocida por el mundo de esa red. Este sería una característica del medio vigilante.

Esto lo pudimos evidenciar en tres de las pacientes: “Espera están buscando un mejor ángulo” (P2), “Para el cuarto de la bebé” (P2), Se para a tomarle foto a la pantalla (P7), “Para enviarla a mi mamá, porque está loca, porque me dice ¿ya?” (P7), “Vimos una excelente película” P14. En la paciente2, se puede ver el deseo que tiene por tomarle una foto al bebé, pero no sólo tomarle una foto sino que salga bien en la foto. Se podría decir que al buscar un “mejor ángulo” se busca que se dé una especie de “pose” por parte del bebé, además de eso que esté mostrando la cara y este haciendo algún gesto. También, pude ver el espacio de exposición donde estará la foto y el portarretrato que entregan los médicos, el cuál dice que es el cuarto de la bebé.



La paciente7 hace alusión a que su madre no puede esperar para verla, por lo tanto toma la foto a la pantalla y se la envía inmediatamente después de haberla tomado. Dando cuenta de que estas fotos no se quedan sólo para sí mismos, sino que son dadas a conocer a otras personas. Además de esto, toda la situación en la que están inmersos da cuenta de estar viendo una película, pues haciendo una analogía con un teatro de cine, las luces son tenues, todos están mirando a una única pantalla, y cuando acaba la sesión las luces se encienden, por lo que en ese momento la paciente14 dice: “Vimos una excelente película”.

Por parte de los acompañantes, pudimos observar la acción de tomar foto a la pantalla, filmar toda la sesión, además de pedir las fotos vía mail para mayor circulación: "Para ponerla en el portarretrato" (A P1), "¿se puede tener ahí para tomarle una foto?" (A P2), "filman lo que pasa en la pantalla" (A P4), "papá filma toda la sesión" (A P5), “espérate, déjala ahí”, se para al lado de la pantalla grande a tomarle foto" (A P7), el papá se queda parado al frente de la pantalla- cuando pasa a 2D deja de filmar la pantalla y filma a la mamá- cuando se termina la sesión ven el video filmado por ellos- (A P8), "¿estas fotos se pueden enviar a un correo electrónico?" (A P8).



Por otra parte, una acompañante hizo énfasis en la “importancia” de esta primera foto, ya que lo que se quiere es comparar al bebé cuando nazca con ésta misma: “esa imagen hay que conservarla mucho, porque cuando nazca se va a ver así igualito a como se ve allá” A P12. Además de esto, algunos acompañantes hicieron referencia a estar en una película, en el cine, ya que en el momento en que se realizó la ecografía había luces tenues y cuando ésta se acaba las luces se encienden. Por otra parte, solo un acompañante se cuestionó ¿por qué película?: “Ay! salimos del cine”(A P9), "se acabó la película"

(A P9), "¿cuál película, acaso están grabando? (A P9), "si, se acabó el cine" (A P13).

Por parte de los médicos esta característica es crucial de una sesión. La entrega de fotos, de foto en un portarretrato, de entregar un video tanto de la ecografía como de la sesión, es algo muy importante para ellos ya que tanto pacientes como acompañantes se llevan "el mejor recuerdo", un recuerdo de cómo era el bebé en el vientre y un recuerdo de la emoción del momento en que vieron al bebé. Además, el médico se siente comprometido a entregarles a las pacientes "el mejor recuerdo" y "la mejor imagen"; es la idea de la primera foto y del primer recuerdo. Esto se evidenció en el discurso del médico en casi todos los pacientes: "Mi compromiso es para darte el mejor recuerdo, la mejor imagen, para que salga bien" (M1 a P1), "No te preocupes que te saco bien la foto" (M1 a P1), "ahora sí, digan si se las enmarco" (M1 a P7), "yo quiero hacer algo más lindo, poner una filmadora para grabar las emociones de las personas para que se lleven una emoción y un recuerdo más lindo" (M1 a P7) "vamos a entregar las foticos" (M2 a P8), "Este es un papel fotográfico que no se les va a dañar para la casa o para el trabajo" (M2 a P8), "lo estamos filmando" (M2 a P9), "mira aquí está el cd, todo lo pueden reproducir en el video, todo lo que vimos acá" (M2 a P9), "las fotos no se corren, se pueden poner en el álbum" (M2 a P9), "¿cuáles de estas quieres para el portarretrato?" (M1 a P10), "estos quedan como una foto profesional. No se corre, se pueden poner en el álbum" (M1 a P10), "en el cd queda todo para que lo muestren a quienes no vinieron y hacer lo que quieran" (M1 a P10), "logramos unas imágenes muy chéveres" (M1 a P11), "lo mejor es que ahí como está con ustedes, se ve en el cd, para cuando lleguen a la casa digan; vamos a ver una película" (M1 a P12), "se acabó el cine" (M1 a P12), "tranquila que ahí quedo todo en la filmación" (M1 a P12), "ahí tienen todo adentro del video: cuando se chupa el dedo, cuando bosteza, cuando sonrío" (M1 a P13), "se les acabo el cine" (M1 a P13), "este queda como una película, la pueden reproducir en el dvd" (M1 a P13), "se acabó el cine" (M2 a P14), "Quieto, quieto pa' la foto" (M1 a P15).

Además de lo observado, el médico¹ lo hizo evidente en su entrevista. La importancia que tiene la foto en la vida de los papás del bebé, y de cómo ver esa foto día a día va a hacer que el vínculo se fortalezca. *“Te vas con una imagen, una imagen en una foto que es lo que día a día vas a estar viendo en la casa, esa foto”*; *“El vínculo lo crea uno con la manera estructurada de hacer la ecografía; verlo, sentirlo. Y lo refuerzas cada vez que ves esa foto”*. Se podría pensar que tras haber generado el vínculo con la pantalla en ecografía, se refuerza con la foto que se van los padres.

Por esto, llegamos a la siguiente categoría en donde por medio de las cámaras, y de las filmaciones, se espía cada segundo que pasa el bebé en el vientre.

7.5 LA TECNOLOGÍA Y LA INVASIÓN DE LA INTIMIDAD **“ME ESTÁN ESPIANDO”**

Después de observar que estas mujeres no sólo fueron a ver, sino a tomar fotos, a filmar y a llevarse un primer recuerdo, cabe resaltar el deseo de mirar al bebé y de mirar cómo se mueve éste en la barriga: cada movimiento. Esto lo llamamos: “espíar”, mencionado así por la paciente⁹, en el cual, al parecer hay una invasión del espacio del bebé en el cuál se puede decir; hay una persona observando sin que esta otra se dé cuenta. Ocho pacientes dieron cuenta de la acción de “espíar” a sus bebés. Unas pacientes no hicieron explícita la idea de expiación o invasión, o de molestar al bebé, pero se muestran observadoras de cada detalle de los movimientos de los bebés, por lo tanto, considero que es un ejemplo de “ver por un hueco” para no perderse nada de lo que realice el bebé.



Nueve de quince pacientes lo enunciaron en su discurso: “Ahí tiene los deditos” P1, “Que tal esa nariz mami” P1, “Pobresita mi niña” P2, “Ella sola se arrulla allá” P4, “Tiene la boca abierta” P4, “Mírale el bracito, ahí lo movió” P5, “En la otra se dejó ver de una” P8, “Está diciendo: me están espiando” P9, “Me están molestando” P9, “No quiere nada, está sentado, relajado. ¡Que ni crean que me van a ver el sexo!” P9, “Pero esta vez no se dejó ver” P12, “Mira cómo se mueve” P12, “Mira como se ve de bien” P13, “¿Esos son los deditos cierto?” P13, “Se ve enorme” P13, “Está agarrándose la nariz” P13, “Tiene la manito en un ojito pero si se ven bien los rasgos” P13, “¡No! Se está chupando el dedo, se ve perfectamente” P13, “¿Ya abre los ojos?, Se ve perfecto, es hermoso, yo no sabía que abrían los ojos” P14.

Gran parte de lo que enunciaron las pacientes hizo referencia sobre la invasión al bebé por parte de la tecnología, lo cual a su vez, no es cuestionado por las mismas. Por ejemplo, la paciente² al decir “Pobrecita mi niña”, da cuenta de que es consciente que la están moviendo, la están molestando, todo para poder verle la cara o verle el sexo. Así mismo lo dijo la paciente⁹ hablando por su hijo; “Me están molestando”. Esta paciente, no lo dice en voz propia, sino habla por su hijo. Así mismo, esta misma paciente al ser la interlocutora de su hijo dice; “Está diciendo: me están espiando”. Lo hace explícito y de manera tan natural que no se cuestiona sobre este hecho, ya que debe haber un placer para ella en ese poder verlo. También, se puede ver cuando dice “no quiere nada, está sentado, relajado ¡Que ni crean que me van a ver el sexo!” P9. Tras estas ecografías pareció como si el bebé por más ganas que tuvieran de verlo, él tratase de esconder; pues se voltea, no se deja ver la cara, y muchas veces se sienta o cruza sus piernas para no dejar ver el sexo.

Por otra parte, hallamos un deseo explícito en observar segundo a segundo los movimientos que realiza el bebé, lo que muestran las pacientes 4, 5, 13 y 14. Para las pacientes fue necesario no sólo ver sino nombrar las acciones que realizaran los bebés. La paciente⁴ hizo referencia a las siguientes acciones: “Ella sola se arrulla allá” y “Tiene la boca abierta”. La paciente⁵ dijo; “Mírale el

bracito, ahí lo movió". La paciente¹³ dice: "¿Esos son los deditos cierto?", "Se ve enorme", "Está agarrándose la nariz", "Tiene la manito en un ojito pero si se ven bien los rasgos" P13. Y por último, la paciente 14 también enuncia las acciones de su bebé: "¡No! Se está chupando el dedo, se ve perfectamente", "¿Ya abre los ojos?, Se ve perfecto, es hermoso, yo no sabía que abrían los ojos" (P14)"tiene un hambre" (A P10).

Por parte de los acompañantes, también se evidenció el deseo por ver cada movimiento que realiza el bebé, lo que hace, como se mueve; verlo en sí tal cual él se encuentra allá: "Se está rascando" A (P2), "tiene las dos manos en la cara" (A P2), "se está metiendo un dedo del pie a la boca" (A P2), "mira, está abriendo full la boca" (A P2) "míralo, míralo, ahí se ve, míralo como mueve esos pies" (A P5), "Está chupando dedo" (A P6),



"Es hermoso, hermoso" (A P7), "quiero que se despierte" (A P7), "se quedó ahí quietica" (A P10), "míralo mami"- "está dormidito"- "se ve muy hermoso" (A P12), "mira, mira como mueve la manito, esos deditos. ¡Ahí la movió!" (A P12), "que dicha verlo ahí todo bien" (A P12), "está haciendo pereza" (A P12), "parece regañadito" (A P12), "está bostece y bostece allá" (A P13), "saca la lenguita" (A P13), "mírale esas manotas" (A P13), "mira, se pone la mano en la cabeza" (A P13), "ahí está furioso mira" (A P15)

Además, en algunos de los acompañantes se hizo explícito el hecho de "espiar" al bebé. La acción como tal fue enunciada por ellos, como si hubiera algo que le molestara al bebé, de manera que invadieran su espacio y su comodidad. Esto lo pude observar de esta manera: "J F te estamos espiando" (A P9), "dentro de la barriguita está con luces" (A P9), "José te están corriendo" (A P9), "se está acomodando porque lo habían movido" (A P12), "como quien dice no me molesten hasta que me pongan nombre" (A P13), "él sabe que lo estamos viendo"- (A P15)

A su vez los médicos contribuyeron para que esta acción se diera, ya que genera una dinámica de si el bebé se deja ver o no, si se le ve o no la cara. Habría entonces una intencionalidad en el accionar del bebé, y así mismo repite lo que dice la paciente sobre las acciones del bebé, o interpreta la imagen y enuncia algún tipo de movimiento o descripción sobre este. Además, pudimos observar como si para el médico buscar esa imagen o esa foto o mejor recuerdo fuera algo invasivo y molesto para el bebé. Por lo tanto, se generó una dinámica entre si el bebé se deja ver, se dejará de molestar: "Ya vamos a acabar no te vamos a molestar más" (M1 a P4), "menos mal este muchachote se dejó ver" (M1 a P6), "Nos volteó toda la carita para allá" (M1 a P6), "tiene los piecitos cruzaditos sobre los genitales" (M2 a P8), "yo quiero que me deje verle..." (M2 a P9), "lo estamos viendo, está haciendo pucheritos" (M2 a P9), "Es en vivo!, yo estoy viendo lo que él está haciendo, como mueve esa boquita" (M2 a P9)" le dio hipo" (M1 a P10), "mírala sacando la lengua y abriendo los ojos" (M1 a P10), "si te voy a incomodar acá para que muevas los pies" (M1 a P10), "vamos a sacarle una fotico para dejarla quietica" (M1 a P10), "dale Pablo, abre la boca" (M1 a P12), "está con la boquita abierta, la lenguita" (M1 a P13), "no se quiere dejar ver" (M1 a P13), "está todo acostado, todo playero" (M2 a P14), "no es que uno le diga a este chiquito que lo está viendo y se esconde" (M2 a P14), "Haremos la reconstrucción tridimensional si se deja" (M1 a P15). Se encuentra por último, una dinámica de un "si se deja", ya que si se deja ver podrán tomarle la foto, podrán verle la cara, podrán verle el sexo, pero sólo si él bebé se deja.

7.6 PERCEPCIÓN DE LOS EFECTOS DE LA TECNOLOGÍA EN EL BEBÉ

En esta categoría describimos la concepción que tienen sobre la tecnología en sí tanto madres, acompañantes y médicos, y lo que se pone en juego en su discurso. La manera en que estas personas se pueden cuestionar da cuenta de cierta concepción. Dentro de las características que encontramos fue el hecho de que algunas madres se cuestionaran sobre si el equipo era causante de algún daño en el bebé, cuestionamiento entre los ecógrafos anteriores o la imagen de éstos y cómo reaccionan estas personas al poder "ver" con este

equipo a su bebé. Cinco pacientes mostraron explícitamente alguna referencia del ecógrafo: “¿Eso no le hace daño al bebé? ¿No es mucho ruido?” P6, “Ustedes son expertos en ver, yo no veo nada” (2D) P7, “Esto es una maravilla ¿no?” (3D- 4D) P7, “Esto es una emoción muy grande: las otras ecografías como que sí, pero uno no siente esto, se siente un ángel” P7, “Hace 6 años del embarazo de mi otro hijo la imagen no era tan clara. Antes se veía como una serie de fotos” P9, “Ya se va uno más tranquilo al ver que todo está bien” P9, “Tan chévere en esta pantalla” P14, “¿El siente que le están haciendo algo?” P15.



Por una parte, se puede ver como sólo una madre, la paciente6 se cuestionó sobre si es perjudicial para el bebé: “¿Eso no le hace daño al bebé? ¿No es mucho ruido?” P6. A su vez también la paciente15 se cuestiona sobre este hecho: “¿El siente que le están haciendo algo?” Pareciera como si las otras pacientes tuvieran naturalizado la idea de la utilización del equipo, pues no se cuestionaron sobre sus usos.

Para otras, como la paciente7 le parece una maravilla poder ver la imagen tal como la muestra este ecógrafo, ya que como enuncia sobre la ecografía en 2D; “yo no veo nada”. De esta manera, también la paciente9 evidenció sobre el cambio que ha habido en la tecnología con el paso de los años: “Hace 6 años del embarazo de mi otro hijo la imagen no era tan clara. Antes se veía como una serie de fotos”. Aquí pudimos observar la idea del ecógrafo al mostrar al bebé en tiempo real y que se pudieran ver los movimientos tal como el bebé los realizó y en el momento en el cuál los hizo, por lo tanto, se deja de ver como una serie de fotos para verse como una película. Además de esto, se puede añadir la emoción que puede generar esta tecnología como lo evidencia la paciente9 al

decir: "Ya se va uno más tranquilo al ver que todo está bien", pues logran ver al bebé y tener la certeza de que el niño viene sin ninguna complicación o defecto.

Por otro lado, las concepciones que encontramos en el discurso de los acompañantes son muy pocas ya que ninguno de ellos se cuestiona sobre el uso de la tecnología. Solamente hacen referencia a la emoción que sienten al poder ver al bebé en una imagen nítida y la emoción con la que salen después de verlo. Sólo un acompañante se piensa sobre cómo ha cambiado la tecnología, y cómo ha cambiado la manera en que se ve la imagen. Un acompañante de otra paciente enunció la manera en que se ve con el nuevo ecógrafo: "A mí me dio una cosa, una felicidad, se ve muy chévere, muy bacano" (A P3), "en estas no se ven tan chéveres (2D), estas si se ven cheverisimas (3D-4D)" (A P3), "Salimos otros de aquí, con una cara totalmente felices" (A P7), "el niño y la abuela apuestan si se va a ver bien" (A P11), "como ha cambiado todo!" (A P11), "Julián hay que dar gracias a Dios que con la tecnología puedes ver a tu hijo" (A P12), "se ve muy nítido" (A P15).

Los médicos, tenían una concepción de que la tecnología no hace daño alguno y si fuera así no podrían utilizarla. Estos concebían a la tecnología como una herramienta de trabajo muy útil, en la cual resolución de la imagen es clara, y por tanto ayuda a en la búsqueda de anomalías: , "con la transvaginal sale la imagen más clara y hacen una reconstrucción tridimensional más chévere" (M1 a P7), "te voy a mostrar algo importante de este equipo: podemos ver la columna vertebral completa, podemos ver como cada parte tiene su pareja al frente entonces no hay defectos" (M2 a P9), "esa es la diferencia, viéndolo tal como él está ahí adentro" (M2 a P9), "Voy a mostrarles algo importante que nos deja ver como esta: toda la columna, no hay defectos de la parte posterior de la columna" (M1 a P10), "Hay veces que las resoluciones de los equipos no son tan buenas"- "no princesa, porque es sonido" (M1 a P13).

Además, pude evidenciar la importancia que tiene la tecnología en el ejercicio diario del médico. La concepción sobre la tecnología, es la mejora en la visión y en la imagen que se consigue con esta para darle a las familias: "*en esencia el*

equipo es muy importante porque te da la capacidad operativa de ver las cosas de una manera muy real, que no tiene ningún otro equipo. Entonces al conseguir esa imagen, que es lo que la gente quiere, lo que le das a la familia”

También, se evidenció en la entrevista al médico¹ la diferencia que tiene este ecógrafo en 4D con los ecógrafos en 2D y 3D, y la importancia que tiene para la visualización de los detalles:

La diferencia es primero la capacidad, la resolución del equipo, la resolución es muy alta y tiene una tecnología que se llama alta definición live, que hace que no se vea solamente la reconstrucción tridimensional en amarillo sino que se vea con textura, entonces te permite ver mucho más, más sensible en los detalles, en la boquita, en los ojitos, ¿sí?, encontrar un parecido a los papás mucho más real que lo que puede verse en las otras ecografías donde solamente ve uno no siendo objetivo sino con los ojos del corazón. Con esto uno objetiviza uno el bebé, que es gran parte del objetivo, y gran parte del logro, el logro. M1

7.7 RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

En esta categoría describimos la relación médico- paciente tanto lo que se evidenció en las observaciones, como lo escuchado en la entrevista con el médico¹. Dentro de las observaciones pudimos evidenciar que la relación que se dé entre el médico y los pacientes es importante para el médico. Dentro de esta relación, pudimos observar que todo lo que los médicos realizan con el ecógrafo, y dentro del consultorio es siempre en pro de las preocupaciones, de las emociones, y de los deseos de los pacientes: "*cuando la gente se preocupa por las emociones de los otros, sabe que los pacientes quieren una voz de aliento y no sólo que les digan que el bebé está bien*" (M1 a P7), "*yo quiero hacer algo más lindo, poner una filmadora para grabar las emociones de las personas para que se lleven una emoción y un recuerdo más lindo*" (M1 a P7), "*ya sabes que esta es tu casita, aquí puedes venir siempre*" (M1 a P7).

Para la relación entre médicos y pacientes, los médicos hacen uso de la técnica del PNL en su ejercicio médico. Dentro de esta técnica se destacan elementos como: la comunicación con los pacientes, que les permite ponerse en el lugar del otro, disminuir conflictos, disminuir ansiedades, y

poder mejorar el estado de ánimo de las personas. Esto se evidenció en el discurso del médico¹, en la manera en cómo describe lo que le permite la técnica del PNL en relación a los pacientes:

Que a nosotros nos permite tener una mejor comunicación con los pacientes, con las pacientes. Nos permite colocarnos en el lugar del otro, dirimir conflictos, disminuir ansiedades, mejorar el estado de ánimo de las personas. Y eso es muy importante, siempre que tú puedas modificar el estado anímico de alguien, ganas muchísimo, solamente con que la persona se sienta mejor al salir de tu consultorio, ya eso es más importante que cualquier otra cosa, que cualquier fórmula, que cualquier cirugía, que cualquier cosa que le puedas hacer. Porque siempre va a estar recordando esa emoción positiva que le colocaste.

También, la técnica PNL les permite trabajar con las energías de las personas, y cómo con estas logran cambiar su posición frente a los pacientes, y logran generar un ambiente diferente para poder que en su ejercicio médico lo que ellos realizan sea bien recibido. Esto comienza desde el médico, con una preparación previa del “estado mental” y de sus energías para que las personas o pacientes copien la manera en que se sienten los médicos, para poder hacer la programación:

Eso generalmente, uno sencillamente siente la energía de la gente, empiezas a tener unos niveles de percepción diferentes y haces empatía con la gente, haces un fenómeno de rapport y empiezas a ver que la gente comienza a copiar lo que tú estás haciendo, entonces mantienes unos niveles de energía muy similares que cuando tú puedes colocar a las personas en ese estado mental apropiado para recibirlo uno lo hace. Entonces la preparación previa es: lograr un estado mental mío adecuado, cuando logras ese estado mental haces que la gente te copie, haces rapport e induces ese estado mental en la gente y después de inducirlo entonces colocas la programación, y después ya la gente sale feliz, feliz y dichosa. Y eso también, esa alegría y esa felicidad tú estás contagiado de ella.

Para ellos el uso de la técnica del PNL requiere de una preparación: un antes, un durante y un después. Además, evidenció que no se puede hacer de esta manera con todos los pacientes ya que necesita de unos niveles de energía adecuados con la paciente y con el bebé. Esto, para que los niños puedan ser “programados” de manera que sean niños felices, inteligentes, alegres, sanos,

prósperos y espirituales, que para los médicos es muy importante y generan una relación muy fuerte con la paciente y sus acompañantes:

La preparación, el antes el durante y el después son cosas que no se hace con todo el mundo, son cosas muy especiales, que uno se puede comunicar con el bebé, de decirle que abra los ojitos, que saque la lengua, que quite la manito de la cara. Pero son bebés con diferentes niveles de energía, y también depende del estado anímico del médico para poder hacerlo. Claro, eso se puede lograr, eso es muy bonito, poderse comunicar con el bebé y poder enseñarle a la mamá que programe a su hijo, que desde la barriguita le diga que quiere que sea un niño feliz, inteligente, muy alegre, muy sano, muy prospero, y muy espiritual, entonces esas cositas uno las puede programas desde la barriga y llegan a ser muy especiales, pero pues eso no se hace con todo el mundo, además, tiene que haber una conexión especial con la familia y con la mamá y el papá.

También es importante ver la concepción que tiene el médico¹ sobre los pacientes. Esto sobre los pacientes en general, sobre la concepción que tiene un médico como tal de un paciente:

Todos somos pacientes, el paciente es sencillamente una persona que es capaz de admitir que tiene tantos problemas que necesita algún tipo de ayuda, algún tipo de ayuda no solamente médica sino espiritual que otra cosa. Que es lo que al final nos tiene sufriendo a los seres humanos. Todos en esencia somos pacientes, todos somos pacientes, de una u otra manera ¿sí? Que padecemos, paciente es el que padece, algo tiene. Sino que la mayoría de nosotros no vamos y le decimos a otro ser humano venga estoy padeciendo, que necesito ayuda. Pero en esencia todos los seres humanos padecemos.

Por otro lado, se puede ver la diferencia que tienen de la concepción de paciente que llega al consultorio, ya que por lo general las personas que llegan a éste no son personas en sí que padecen:

Es que en (centro médico) no estamos atendiendo, por ser un servicio de ecografía obstétrica generalmente normal en el mayor porcentaje de los casos no vemos niños enfermos sino en un muy pequeño porcentaje. Pero también ahí, esos niños enfermos que nosotros vemos ahí, niños malformados o con problemas, tener una imagen clara del defecto ayuda a la mamá a entender y a disminuir el sufrimiento de esa mamá. ¿sí? como te digo, la mayoría de nuestros pacientes son niños sanos, pero hay un muy pequeño porcentaje de niños enfermos y esos niños enfermos que la mayoría de las veces son incompatibles con la vida, en ese

proceso de duelo, de que hay que finalizar el embarazo las mamás entienden, aun siendo de niveles socioeconómicos muy bajos, porque nosotros vemos pacientes del HUV que ya compraron un equipo ellos bueno pero nosotros llevábamos pacientes del HUV allá para que las pacientes vieran el defecto y lo entendieran.

Por lo tanto, lo importante para los médicos es dignificar a los pacientes a través de la imagen, y que logren entender:

Darle dignidad es que se valoren, que sepan que son valiosas ¿sí? Que son valiosas para la sociedad, que son valiosas para los demás ¿sí? Porque, mantenemos unos niveles de autoestima muy bajos en nuestra sociedad, la sociedad desde muchos puntos de vista lo único que hace es maltratarte y querer menospreciarte, menospreciar y menoscabar tu dignidad como persona.

8. DISCUSIÓN

El consultorio de visualización fetal se puede ver como una característica de la época hipermoderna descrita por (Lipovetsky & Charles, 2006) quienes dicen que la hipermodernidad “moderniza la modernidad misma”. Este lugar de visualización fetal corresponde a una manera en que la sociedad se deja absorber por el “hiperconsumo”, haciendo uso de la tecnología por placer mismo. Este lugar hace alusión a la manera como los cambios rápidos de la tecnología han llegado a nuestro país y a nuestra ciudad. Esta tecnología, corresponde al acelerado cambio en el que estamos inmersos y son las mismas personas quienes por su afán de consumir, lo permiten.

Estas personas han naturalizado el rápido avance de los cambios tecnocientíficos y lo que esto genera en nuestra sociedad. Los medios sociales, son hoy en día un agente importante que muestra lo que se “debe” consumir, dando pie a la libertad del cuerpo. Estos medios sociales:

Han desempeñado un papel emancipador fundamental al difundir en el conjunto del cuerpo social los valores del hedonismo y la libertad (...) los medios se han convertido en agentes disolventes de la fuerza de las tradiciones y de las antiguas estanquidades de clase, de las

morales rigoristas y de las grandes ideologías. (Lipovetsky y Charles, 2006:44)

De esto, deviene la importancia y el desenlace de la obsesión por uno mismo y por el cuerpo propio. Hoy en día, se le da más importancia a la mirada sobre el resto de los sentidos, como forma de conocer el mundo. Como enuncia Le Breton (2002) la mirada, es el único sentido de la representación del hombre actual, pues es con éste que el ser humano se apropia del ambiente que lo rodea. La mirada, es uno de los elementos que trae la hipermodernidad, y una de las consecuencias que trae el hombre “apurado” que no tiene tiempo en el mundo actual: *“para el hombre apurado lo único que importa es la mirada, su propio cuerpo constituye un obstáculo para avanzar”* (Le Breton, 2002: 106). Por esto mismo, las imágenes son los únicos elementos que dan veracidad a la realidad.

Esto puede dar cuenta de una de las características sobre la época hipermoderna; la “Sociedad espectáculo”. Individuos de espectáculo quienes son guiados por la moda y el consumo excesivo. El espectáculo es descrito por estos autores como:

“Aparece una nueva dimensión de la realidad a través de la universalidad del espectáculo y el hombre se vuelve, esencialmente, mirada, en detrimento de los otros sentidos” (Le Breton, 2002: 193).

Se hace alusión a esta característica a través del lugar que toma la mirada, en la manera en cómo es realizada la ecografía médica y cómo cada persona dentro del lugar toma un rol para tal acción. Una de las características de este espectáculo, corresponde al número de acompañantes por paciente que llegan al consultorio médico. Años atrás, no era permitido entrar más de un acompañante por paciente, lo cual es una novedad dentro de este espacio médico. Como lo hizo evidente el médico¹ en su discurso se puede dar cuenta que esta es una característica que corresponde al inicio de un espectáculo, ya que hay muchos observadores haciendo consumo por placer por medio de avances tecnológicos. Esto lo evidenció el médico al contar sobre el número de

acompañantes por paciente, en donde han llegado a tener en el consultorio hasta diez personas.

Dentro de la ecografía los acompañantes cumplen el papel de espectadores en el “espectáculo”, en el cuál pueden ver lo que está pasando dentro de la madre (actriz), al bebé el cuál sería el protagonista de todas las miradas. Además, los médicos son un actor importante dentro de la escena ecográfica. Es quien les muestra tanto a las pacientes como a sus acompañantes lo que ellas desean ver. El médico, cumpliría con el papel de productor: Es quién filma, quien produce y quien edita, por lo tanto, es quien hace posible este espectáculo, ya que como enuncia él mismo este es el que hace posible la película.

Por esto, podría decirse que hemos entrado a una época de “*transparencia total*” según Lipovetsky & Charles (2006) pues con esta tecnología se permite tener imágenes del cuerpo tan nítidas cómo si se estuvieran presenciando físicamente. Esto da cuenta de que las personas que llegan a este consultorio, no tienen tiempo de espera para “conocer” a sus bebés. Anteriormente, se esperaba hasta que nacieran para conocer el sexo o saber cómo iba a ser realmente. Hoy en día, y según lo observado en el consultorio médico especializado, estas personas tienen la urgencia de “ver” a su bebé y saber cómo va a ser antes de nacer. Es importante denotar, que hay pacientes que ansían tanto ver a sus bebés que si no lo logran, pueden enfermar.

Como enuncia Galende (2008) hoy en día se le da relevancia a las imágenes y se relegan las palabras. Es importante ver cómo lo que interesa es lo que se pueda mostrar o se logre ver a través de las imágenes, ya que no importa si se dice que el bebé está bien, sino que necesita ser visto para poder corroborarse. Como se pudo ver en el discurso de las madres, de los acompañantes y de los médicos, siempre tendieron a querer corroborar lo que ya se les había dicho anteriormente, o si se les decía a las madres que era de un sexo, era necesario que ellas pudieran ver el órgano reproductor para poder corroborar lo que les estaban diciendo.

Hoy en día, la mirada -el ver- trae un disfrute y una voluntad. Este es el principal motivo de consulta por el cuál llegan los pacientes a este consultorio: a ver, ver cómo va a ser el bebé cuando nazca, prever comportamientos futuros, ver el rostro, el sexo, atribuir emociones, gestos, estados de ánimo, rasgos físicos y de personalidad, y atribuir similitudes a partir de lo visto en la ecografía. Esto, da cuenta del uso que se le da a la tecnología, ya que se pasa de “ver” a “espíar” y a “vigilar” los comportamientos de los bebés en el vientre. La mirada hoy en día según Wajcman (2010) se vuelve interesada, recelosa e intrusiva. Por lo que es importante, ver la manera en que ven a estos bebés y la manera en que se perciben a ellas mismas.

Con esta tecnología y esta práctica médica se ilustra la teoría de Wajcman (2010) sobre “El ojo absoluto”. Esta tecnología en 3D- 4D permitió que todo estuviera al alcance de todas las miradas, que las fronteras entre lo íntimo y lo público se borrarán. Ya no hay un lugar para lo íntimo, pues nada queda oculto a la mirada, pues ya nada se sustrae de la mirada del otro. Además, pudimos evidenciar que esta práctica es una característica del mundo voyerista que él describe, en el sentido en que todos los pacientes llegan con el motivo de consulta; de ver, de observar, más allá de ver lo que aparece, existe un deseo por ver lo que se quiere.

El motivo de consulta ha ido cambiando con el paso de los años. Los pacientes van al consultorio no sólo para que les digan que su bebé se encuentra bien. Éstos llegan al consultorio pidiendo “ver”, “conocer”, dejando de lado el propio diagnóstico médico. El ver se volvió un objeto de placer (Wajcman, 2010:17), en donde hay un disfrute y un goce en lo observado. Esto lo evidencí en la categoría de resultados 6.2, donde las madres y los acompañantes llegan con un motivo de consulta claro, sobre el ver al bebé, ver su cara, el sexo, atribuir emociones, gestos, rasgos físicos y de personalidad, y atribuir similitudes a partir de lo que se ve en la pantalla. En esta categoría pudimos observar la voluntad de verlo todo, y de que todo tiene que estar al alcance de nuestra mirada. Tal como lo enunció Wajcman (2010) y lo observado en el consultorio, por medio de

esta tecnología, nos permite obtener imágenes de alta resolución que a su vez sean “*imágenes vivientes*”, ya que a la imagen se le da vida, se le adjudica una emoción, un rasgo, y se genera una relación con la misma.

Esta práctica, ilustro lo propuesto por Wajcman (2010) sobre la civilización de la imagen. El cuerpo humano -lo visible y lo no visible anteriormente- queda totalmente sometido a lo visible y a lo que se ve en la pantalla dejando “*lo simbólico al servicio de la imagen*” (Wajcman, 2010:40) mirando cada vez más y siendo cada vez más mirados. El mundo hipermoderno genera un espacio donde el sujeto no tiene lugar, no tiene interior, y no tiene intimidad. La época actual trabaja bajo la voluntad de ver todo, en donde queda una época transparente donde lo visible se vuelve global y lo más importante, y atravesados por ellas anima toda actividad humana.

Hoy en día las imágenes son usadas para decir mucho, pero detrás de éstas se alberga una mirada –un otro que mira- por lo cual, al aparecer un ojo sobre pantalla, desaparece el ver y ser visto entre sujeto-objeto:

Toda imagen esconde una mirada. Bajo su aparente plenitud, la imagen tiene profundidad, espesor: hay un ojo en el fondo (...) Allí donde hay una imagen para ver, tiene que haber un ojo que mira. (Wajcman, 2010: 18)

Así como enunció Wajcman (2010) las imágenes se vuelven la única verdad, ubicándolas como el único modo de conocer lo real: “*Ese es mi hijito*” (P1). En el discurso del médico también se evidenció, ya que la gente llega al consultorio pues quieren ver, sentir y entender la ecografía, no sólo que el médico sea quien le interprete la imagen, sino que sean ellos mismos capaces de hacer consciente lo que ven. Se genera de esta manera, la idea de la fábrica de la transparencia como enuncia Wajcman (2010) donde todo es visible, haciendo de los humanos imágenes vivientes. Esto es lo que Wajcman (2010) llama como “*la sociedad transparente*”, lo que hace que tanto el sujeto como el cuerpo se vuelvan transparentes y todo dentro de los cuerpos quede a merced de las imágenes.

Según lo encontrado en los resultados, el bebé queda convertido en el “bebé imagen” (Wajcman, 2010) reduciéndolo a una imagen y siendo comprendido e interpretado a partir de éstas. Hoy en día el ser humano *“nace al ojo universal. Antes de ver, incluso antes de nacer, el hombre es, primero, un ser mirado”* (Wajcman, 2010: 35). El bebé no es sólo observado antes de nacer, sino que antes de nacer un ojo externo ya ha interpretado sus movimientos, han previsto comportamientos y actitudes y comienzan a moldear su cuerpo, de tal manera que van atribuyendo significado a lo realizado por los éstos.

“Hoy, un feto es primero virtual, una imagen” (Wajcman, 2010: 38) Antes, el nacimiento, la llegada al mundo y la entrada en lo visible se daban al mismo tiempo. Hoy en día el nacimiento se da primero en la pantalla, en donde se muestra el bebé completo, y las partes deseadas de ver por sus padres, familiares y médicos. Además, el “bebé-imagen” es ahora el precursor de una relación social, de un vínculo. Pues no se genera una relación en sí con el bebé, sino una relación con esa imagen del bebé. Dentro de los resultados, la dinámica “muéstrate-déjate ver”, hace alusión a la interacción de esa madre, padre, familiar o médico con ese “bebé-imagen”: Como se muestra en el discurso tanto de las madres como en el de sus acompañantes y en el de los médicos, pues le hablan a la imagen, le piden que realice acciones como dejarse ver la cara, y se crea una interacción con ellos.

El bebé pasa de ser observado y mimado con los ojos a ser “espiado”. Al parecer hay una invasión del espacio del bebé en el cuál se puede decir; hay una persona observando sin que esta otra se dé cuenta. Todo pasa a la dimensión de la mirada, todos los rincones del mundo se comprimen en una imagen. La mirada se convierte en algo más allá del ver, se convierte en intrusiva y vigilante, en donde los espacios más íntimos carecen de privacidad. El vigilar y espiar cada movimiento del bebé, lo interpreté como una fina forma de ejercer poder sobre la vida y sobre los cuerpos, y crear docilidad en estos, pues se controla el cuerpo y los movimientos del bebé previo a su nacimiento:

“Está chupando dedo” (A P6). Más allá de sólo verlo, se desean acciones y se interpretan los movimientos que segundo a segundo realizan éstos mismos.

Esto es a lo que Foucault llama “biopoder” refiriéndose a la manera de *“explotar numerosas y diversas técnicas para subyugar los cuerpos y controlar la población”* (Foucault M. , 1977) . Además, el cuerpo se vuelve un objeto de control según Foucault (2002) pues se manipula, se educa, obedece, responde y se vuelve hábil. El ejercicio médico se puede ver como un ejercicio de creación de cuerpos dóciles, cuerpos funcionales para la sociedad en la que hoy en día vivimos, y cómo la manera de generar cuerpos dóciles en este siglo ha ido cambiando, por la misma transformación cultural.

Por medio de la vigilancia continua, se hace control sobre las partes del cuerpo a las que anteriormente no se tenía acceso, generando como dice Foucault (1977) un micro poder sobre el cuerpo. Esta vigilancia y esta expiación que ha llevado a los espacios más íntimos, borrando las fronteras existentes entre lo público y lo privado –íntimo-; como lo era lo más íntimo, el embarazo, puede ilustrarse como lo enuncia Foucault (1997) que hoy en día se ejerce un poder sobre la vida, la cual la administra y ejerce sobre ésta controles precisos y regulaciones generales, en donde se logra *“invadir la vida enteramente”* (Foucault, 1997: 169) ya que lo que era privado a íntimo hoy pasa a ser expuesto, a ocupar un lugar público.

Cómo dice Foucault (2002) *“el cuerpo humano entra en un mecanismo de poder que lo explora”* (Foucault, 2002: 126) quedando todos sus movimientos registrados y vigilados ante una cámara que lo hacen público. De esta manera, queda un cuerpo *“expuesto y sometido”* (Foucault, 2002, 126-27) ante los ojos médicos y el ojo público, generando de esta manera cuerpos dóciles, y funcionales para la sociedad en la que vivimos.

A partir del uso de estos dispositivos se da la creación de nuevos sujetos y de nuevas subjetividades, ya que la mirada se convierte en constituyente. Todas las miradas cosifican al bebé, lo convierten en un objeto al que todos observan y

que al tiempo *“se desprecian sus palabras, es decir, su condición de sujeto de pleno derecho”* (López, 2013: 7) De esta manera se vuelve equivalente el ver y el ser visto, generando un cambio en la forma como se concibe la subjetividad. La generación de nuevos sujetos, nuevas subjetividades, se daría por la utilización de la imagen como la única verdad, la única vía para tener acceso a la realidad. Lo que hace pensar que hoy en día todo lo que se está formando, tiene que estar atravesado por las imágenes para tener validez, lo que según Galende (2008) requiere de *“una forma moderna de pensar, significar y valorar”* (Galende, 2008: 219)

Otra característica que encontramos sobre la existencia de un control sobre la vida y los cuerpos –Biopoder- es el uso de la técnica del PNL en el ejercicio médico. Con esta técnica los médicos lo que buscan es colocarse en el lugar del otro, poder dirimir conflictos, disminuir ansiedades, y mejorar el estado de ánimo de las personas. Lo que para ellos es muy importante, ya que si se logra modificar el estado anímico de las personas, gana mucho más si sale sintiéndose mejor del consultorio. Esto pudimos relacionarlo con lo que enuncia Foucault (2002) ya que hoy en día el ejercicio de la medicina se ha vuelto un ente controlador de los cuerpos, en donde el cuerpo *“puede ser sometido, puede ser utilizado, puede ser transformado y perfeccionado”* (Foucault, 2002: 126). Esta es la idea que tienen estos médicos al hacer uso de la técnica del PNL ya que para ellos el bebé puede ser programado positiva y asertivamente, en donde puedan ser mejores familias, mejores seres humanos, y poder lograr tener una mejor sociedad. Esto lo realizan con la idea de programar a los bebés, y de enseñarle a las madres a realizarlo de tal manera que desde el vientre la mamá le diga que quiere que sea un niño feliz, inteligente, muy alegre, muy sano, muy próspero y muy espiritual.

De esta manera, se puede ver también la manera en que el médico objetiviza tanto a la madre como al bebé, ya que incluso es uno de los objetivos y uno de los logros dentro de la práctica médica del consultorio y el uso de la tecnología; objetivizar al bebé. Como enuncia Le Breton *“El hombre queda en una posición*

de exterioridad, y se sitúa como un testigo frente a su propio cuerpo” (Le Breton, 1994: 198). Ya que lo que le interesa al médico es objetivizar esa mirada, que no sólo se vea “con los ojos del corazón”, sino que se vea al niño tal cual viene en camino. El cuerpo del hombre deja de ocupar el lugar de sujeto para transformarse en objeto, en curiosidad de la medicina moderna, convirtiéndose así en una “maquina humana” (Foucault M. , 2002) donde lo que se busca es la máxima perfección del cuerpo. Como Dice Foucault (1977) al ser el cuerpo considerado como una máquina, éste se convierte en un objeto de poder. Se genera un control de cuerpos a través de la ciencia y el capitalismo –creación tecnocientífica- lo que genera una nueva economía de mercado.

Por otra parte, pudimos evidenciar una nueva forma de relación médico-paciente. Ésta al estar mediada por la técnica del PNL, crea una nueva concepción sobre el paciente sobre la manera en que debe darse una relación. Esta concepción va más allá de los cuatro modelos clásicos evidenciados por (Emanuel & Emanuel, 1999). Podría verse como una extensión del modelo clásico deliberativo. En este modelo, el objetivo de la relación médico-paciente es ayudar a éste a determinar y elegir entre todos los valores relacionados con su salud y que pueden desarrollarse en el acto clínico, aquellos que son los mejores. El médico tiene ciertos objetivos como: indicar por qué ciertos valores relacionados con la salud tienen más valor y se debe aspirar a ellos. Médico y paciente deben comprometerse en una deliberación conjunta sobre qué tipo de valores relacionados con la salud puede y debe buscar el paciente. El médico actúa como un maestro o como un amigo, comprometiéndose al paciente en un diálogo sobre qué tipo de actuación sería la mejor.

Nuestra hipótesis sobre la relación médico-paciente sería que existe una nueva manera de darse la relación médico-paciente, en la cual el médico tiene una concepción de paciente como la persona que es capaz de admitir que tiene un problema que necesita ayuda, bien sea médica o espiritual. Lo que hace diferente su apreciación, está en el trato directo con los pacientes, ya que su idea es reconocer al paciente como ser humano y no como un enfermo, con sus

diferentes maneras de pensar y de concebir, teniendo en cuenta las creencias, valores y costumbres del otro. Les da dignidad y esperanza a los pacientes, ya que no da certezas sino posibilidades, haciéndole entender al otro que es un ser valioso para la sociedad. El médico se ubica como terapeuta y/o amigo con la paciente y sus acompañantes.

9. CONCLUSIONES

El uso de la nueva tecnología de visualización fetal -3D y 4D HD Live- tiene implícito las concepciones que tanto médicos como pacientes tienen sobre el dispositivo. En la práctica que realizan los médicos en este centro especializado, su concepción sobre esta tecnología era de ausencia de daño alguno sobre el bebé. Concebían a la tecnología como una herramienta de trabajo útil, debido a su resolución, lo que les permitía una mejor visualización y la facilidad en el encuentro de anomalías físicas. Por otra parte, está la concepción de la tecnología como dispositivo visual para mostrar lo que el otro desea ver, para poder ser sensible a los detalles, objetivando al bebé. Con la ausencia del cuestionamiento sobre si la tecnología tendría consecuencia sobre el bebé.

La concepción de las pacientes y sus acompañantes, es el uso de la tecnología como un dispositivo que les permite observar al bebé tal como va a ser en el momento en que nazca. Pudimos evidenciar con la ausencia del cuestionamiento sobre si la tecnología tendría consecuencia sobre el bebé, que tanto las pacientes como sus acompañantes tenían naturalizado la utilización del equipo, siendo su fin último la observación de la imagen. Por una parte tener certeza de la salud del bebé, y por otra, de su belleza física.

Caracterizamos las prácticas de los médicos y las pacientes en torno a esta tecnología. En este espacio se generó una especie de ritual, ya que el médico – con el PNL - tenía tres momentos, un pre, un durante y un post de la sesión. Se genera un espacio de espectáculo, en el cual el médico es quien tiene el papel del productor pues es quien hacía posible la película. La madre el papel de

actriz, pues era a través de ella que se podía ver el protagonista, el bebé. El médico hacía posible la interacción familia-bebé con las palabras que enunciaba, pero no sólo un mediador, ya que la imagen hablaba por sí sola. En torno a esta nueva tecnología, la intencionalidad buscada era poder ver, observar, describir los movimientos que realizaba el bebé, poder observar la cara, el sexo, encontrar un parecido con alguno de los padres o algún familiar cercano. A su vez, una práctica invasiva, mencionada por ellos mismos como intrusiva.

Con esta práctica, se da una paradoja en la manera de relación de médico paciente. Primero, una relación médico-paciente diferente a los modelos clásicos. Relación de cordialidad y comprensión, ubicando al médico como terapeuta y/o amigo. Una concepción de paciente no solamente como quien padece un problema, sino que reconoce en él un ser humano, con sus valores, creencias y costumbres. Los médicos consideraban que debían darles dignidad a las personas, más allá de dar certezas, o generar algún diagnóstico. Dignidad y esperanza, no certezas sino posibilidades, en donde se resaltara el valor de la persona y aumentara la autoestima de las pacientes. Además, de una idea de felicidad, con la que en el post de la sesión todos estuvieran contagiados de ella.

Segundo, A partir del ejercicio médico, y de la implementación del uso del PNL se puede decir que el médico concibe al otro como un ente programable, que es un objeto el cual puede modificar, por lo que se verían implicados tanto el cuerpo como la subjetividad de cada uno. Por una parte, el médico objetiva tanto el cuerpo de la madre como el del bebé, dejándolos en posición de exterioridad, en donde se objetiva no sólo el cuerpo sino la mirada. El cuerpo del hombre deja de ocupar el lugar de sujeto para transformarse en objeto, en curiosidad de la medicina moderna. Una máquina humana, de la cual se busca una programación para la vida en sociedad. A su vez, el cuerpo se convierte en un objeto de poder, lo que genera una nueva economía de mercado.

Por último, el uso no sólo de esta tecnología sino de la implementación de esta técnica como mediadora de la relación, hace que la subjetividad se juegue desde el inicio de su vida, sin haber nacido, por lo que sería un ser social desde el

momento de su gestación. Por lo que diría que estos dispositivos crean nuevos sujetos, los cuales han sido programados desde el vientre por un otro que ya lo ha observado y ha constituido una manera de ser del bebé, a partir de sus movimientos. Se equivaldría el ver y el ser visto, generando un cambio en la forma como se concibe la subjetividad. La generación de nuevos sujetos, nuevas subjetividades, se daría por la utilización de la imagen como la única verdad, la única vía para tener acceso a la realidad.

10. ANEXOS

Anexo 1.

Rejilla de observación

Fecha:

Tiempo de observación:

	Motivo de Consulta	Tiempo en embarazo	Personas que acompañan	Lo que dice y hace el médico	Lo que dice y hace el paciente	Lo que dice y hacen los acompañantes	Relación Médico-Paciente
Caso1							
Caso2							
Caso3							
Caso4							

Anexo 2.

MODELO DE ENTREVISTA

1. Preguntar por la trayectoria profesional del médico

- Porque eligió ginecobstetricia
 - En que ha trabajado y que ha hecho en esta área
2. ¿Por qué crearon Matersur?
 3. ¿Por qué se pensaron el logo como “el primer vinculo”?
 4. ¿De dónde vino la idea?
 5. ¿Cómo y por qué eligieron esa tecnología? ¿Qué papel cumple en su quehacer?
 6. ¿Qué ventajas trae usarla?
 7. ¿En qué momento se ve mejor la imagen?
 8. ¿Por qué hacen uso del PNL en su práctica profesional?
 9. ¿Qué es el PNL? ¿Qué busca? –en que consiste-
 10. ¿Qué ventajas trae el uso del PNL?
 11. ¿Qué efecto tiene sobre las personas?
 12. ¿Cómo podría describir a un paciente? ¿Qué percibe de los pacientes en una consulta en Matersur? Y de los acompañantes?
 13. ¿Lo usan todo el tiempo, el PNL?
 14. Describame como es una consulta en donde todo el tiempo hagan uso del PNL
 15. ¿De dónde aparece la idea de poner cámaras y de dar una foto en un portarretrato?
 16. ¿Cuál cree que es o son las diferencias de las ecografías de antes comparadas con las ecografías de la actualidad?
 17. ¿Alguna vez ha tenido un mala experiencia realizando una ecografía en Matersur? -lo que no se espera-
 - Si: Podría contarme una experiencia en la que le haya pasado esto, y cuál fue su reacción.
 18. ¿Compraría otra tecnología?

11. Bibliografía

- Assef, J. (2013). *Una nueva subjetividad*.
- Basz, G. (2013). *La funcionalidad de lo real*.
- Cabrera, D. H. (2006). *Lo tecnológico y lo imaginario. Las nuevas tecnologías como creencias y esperanzas colectivas*.
- Campbell, S. (2002). "4D, or not 4D: that is the question". *Ultrasound obstet Gynecol*, Vol. 19, 1-4.
- Emanuel, E. J., & Emanuel, L. L. (1999). Cuatro modelos de la relación médico-paciente. En A. Couceiro Vidal, *Bioética para clínicos* (págs. 109-126). España: Editorial Triacastela.
- Fernandez, L. D. (2012).) LA TRANSPARENCIA COMO IDEOLOGÍA. Del rastreo satelital a las imágenes corporales que la tecnología médica revela, "el ojo absoluto es el dios de la religión moderna de la transparencia", dice el psicoanalista francés Gérard Wajcman, para quien "la edad. *Revista Cultura* .
- Foucault, M. (1977). *Historia de la sexualidad*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Foucault, M. (2002). Cuerpos Dóciles. En M. Foucault, *Vigilar y Castigar* (págs. 124-156). Buenos Aires: Siglo XXI.
- Galende, E. (2008). "Efecto en la subjetividad de una nueva cultura". En *Psicofármacos y salud mental: la ilusión del ser*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Giordan, A., & Vecchi, d. G. (1998). *Los orígenes del saber*. Sevilla: Diada Editores.
- Hammersley, M., & Atkinson, P. (1994). *Etnografía, métodos de investigación*. Barcelona: Paidós.
- Harris, D. (2007). "Architecting New Dimensions of Medical Imaging" . *Engineering ESSENTIALS*, 47-51.
- Hata, T., Dai, S., & Marumo, G. (2010). Ultrasound for Evaluation of fetal neurobehavioural development from 2-d to 4-d Ultrasound. *Infant and child development*, 99-118.
- Le Breton, D. (1994). Lo imaginario del cuerpo en la tecnociencia.

- Le Breton, D. (2002). *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Lipovetsky, G., & Charles, S. (2006). *Los tiempos hipermodernos*. Barcelona: Editorial Anagrama.
- López, R. (2013). La angustia en la época de la transparencia ¿como librarse de la mirada absoluta? 4-8.
- Mitchell, L. (2001). *Baby's First Picture: Ultrasound and the politics of fetal subjects*. Toronto: University of Toronto Press.
- Munévar, M. (2013) "Concepciones sobre la infancia en agentes educativos de hogares infantiles del ICBF". Proyecto de grado. Universidad Icesi. Asesor: Vivian Ospina.
- Pretorius, D., Gattu, S., Ji, E., Hollenbach, K., Newton, R., Hull, A., y otros. (2006). "Preexamination and post examination Assessment of Parental- Fetal Bonding in patients Undergoing 3-/4- Dimensional Obstetric Ultrasonography". *J Ultrasound Med*, 1411-1421.
- Rapp, R. (2011). "Reproductive entanglements: Body, State, and Culture in the Dys/ Regulation of child Bearing". *Revista Social Research*, 693-712.
- Taylor, S. J., & Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos*. Barcelona: Paidós.
- Virilio, P. (1989). *La máquina de la visión*. Madrid: Cátedra.
- Wajcman, G. (2010). *El ojo absoluto*. Buenos Aires : Editorial Manantial.