



La Ética de House



Editorial: Cinismo ético [pp 9]
 Ironía del discurso médico [pp 13]
 La muerte digna [pp 19]

Ética e historia clínica [pp 23]
 Amber: la responsabilidad de House [pp 29]
 House: un príncipe ignoto [pp 35]



Volumen 3 | Número 2 | Julio 2013
ISSN 2250-5660 print | ISSN 2250-5415 online

La ética de House



Con el auspicio de AUAPSI - Asociación de Unidades Académicas de Psicología



Ética & Cine

es una Revista Académica Cuatrimestral, editada de manera conjunta por:

- Programa de Estudios Psicoanalíticos. Ética, Discurso y Subjetividad. CIECS - CONICET y Cátedra de Psicoanálisis. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Córdoba,
- Departamento de Ética, Política y Tecnología, Instituto de Investigaciones y Cátedra de Ética y Derechos Humanos, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Con la colaboración del Centro de Ética Médica (CME), de la Facultad de Medicina, Universidad de Oslo, Noruega.
- Con el auspicio de la Asociación de Unidades Académicas de Psicología de de las universidades estatales de Argentina y Uruguay

Editores

Juan Jorge Michel Fariña
Cátedra de Psicología, Ética y Derechos Humanos
Facultad de Psicología
Universidad de Buenos Aires
jjmf@psi.uba.ar

Mariana Gómez
Cátedra de Psicoanálisis
Cátedra de Deontología y Legislación Profesional
Facultad de Psicología
Universidad Nacional de Córdoba
margo@ffyh.unc.edu.ar

Editor invitado

Jan Helge Solbakk
Center for Medical Ethics
Facultad de Medicina
Universidad de Oslo, Noruega

Comité editorial

Jorge Assef (UNC)
Orlando Calo (UNMDP)
Gabriela Degiorgi (UNC)
Andrea Ferrero (UNSL)
Anabel Murhel (UNT)
María Laura Nápoli (UBA)
Gabriela Salomone (UBA)
María José Sánchez Vázquez (UNLP)

Secretaría de Redacción

Alejandra Tomas Maier (Coordinadora - UBA)
Juan Pablo Duarte (Coordinador - UNC)
Agustina Brandi (UNC)
Lorena Beloso (UNC)
David González (UNC)
Gabriel Goycolea (UNC)

Traducciones

Eileen Banks
Susana Gurovich

Comité de arbitraje

Renato Andrade Cominges, UNMSM, Perú

Armando Andruet, UNC

Patricia Altamirano, UNC

Alejandro Ariel, Fundación Estilos, Argentina

Jessica Bekerman, 17 Instituto de Estudios Críticos, México

Moty Benyakar, Red Iberoamericana de Ecobioética. The UNESCO Chair in Bioethics

María Cristina Biazus, UFRGS, Brasil

María Teresa Dalmaso, UNC

Oswaldo Delgado, UBA

Francisco Manuel Díaz, UNLa

Hugo Dvoskin, UBA

Fabian Fawjwacks, París 8, Francia

Diego Fonti, UCC

Yago Franco, Grupo Magma

Gabriel Guralnik, UBA

Ana María Hermosilla, UNMDP

Rolando Karothy, UBA

Carolina Koretzky, París 8, Francia

Judy Kuriansky, Columbia University, USA

Benjamín Mayer, 17 Instituto de Estudios Críticos, México

Carlos Gustavo Motta, USAL, EOL

Denise Najmanovich, UBA

Débora Nakache, UBA, Programa “Hacelo Corto” Ministerio de Educación CABA

Ricardo Oliveros Mejía, UNMSM, Perú

Pablo Russo, EOL

Luis Dario Salamone, Universidad Kennedy

Juan Samaja (h), UBA

Fabian Schejtman, UBA

Marta Sipes, UBA

Soledad Venturini, París 7, Salpêtrière

Mónica Vul, UCACIS, Costa Rica

Rubén Zukerfeld, USAL-APA

Índice

- 9 Editorial
Juan Jorge Michel Fariña
- 13 Sobre la ironía del discurso médico contemporáneo
Jorge Assef
- 19 La muerte digna: diálogos entre la ética, la ley, la situación.
Comentario del Episodio *Holding on* de la Octava temporada del Dr. House
Elizabeth Ormart
- 23 Ética e Historia clínica
Giselle A. López
- 29 Una hipótesis clínica acerca del padecimiento de Gregory House
 House M.D. | EEUU | 2004-2012
Mauro Lionel Zamijovsky
- 35 Bioética y ópera
House, un príncipe ignoto para Tur-Andie-Dot
Juan Jorge Michel Fariña
- 41 La presencia familiar durante la resucitación médica tal como aparece en las series televisivas
de gran audiencia: House, Grey’s Anatomy, Medic
 House M.D. | EEUU | 2004-2012, *Grey’s Anatomy* | EEUU | 2005, *Medic* | EEUU | 1954-1956
Zohar Lederman

EDITORIAL

Juan Jorge Michel Fariña*

Universidad de Buenos Aires

House M.D. emitió su primer programa en 2004 y concluyó en 2012. Millones de personas han disfrutado de las ocho temporadas a lo largo de casi una década. Se han ensayado distintas conjeturas para explicar semejante éxito, dando lugar a comentarios especializados, artículos periodísticos y hasta ensayos de divulgación filosófica. El presente número de *Ética & Cine* se propone abordar el problema desde un ángulo diferente.

Se trata de la dimensión ética. Pero la ética no como dato sustancial que coagula a un sujeto en alguna de las versiones del bien, sino como aquello que emerge de la singularidad en situación. En términos de Zygmunt Bauman:

El código ético a prueba de tontos -con fundamentos universales e inamovibles- nunca se encontrará y [...] ahora sabemos que una moral no aporética, no ambivalente, una ética universal y con “fundamentos objetivos” es una imposibilidad práctica, quizás incluso un oxímoron.¹

No existe por lo tanto el “ser” de la ética, sino que ésta adviene siempre en acto y de manera situacional. Como se lo puede apreciar en los dos artículos que abren y cierran este número (Jorge Assef y Juan Jorge Michel Fariña, respectivamente), *House* aparece frecuentemente en déficit. No se presenta al espectador como el Dr. Derek Shepherd, de *Grey's Anatomy* o el Dr. Douglas Ross, de *E.R. Emergency*, los cuales son *esencialmente* buenos, sino que emerge como sujeto cuando puede sustraerse en acto de tales ideales.

De allí que los artículos que reúne este número transiten la ética a partir de las dos dimensiones de la responsabilidad, aquella que emana de los deberes jurídico-deontológicos y la que adviene, a posteriori, permitiendo a un sujeto que responda por su acto.

Ya en 2007, a poco de estrenada la serie, publicamos un artículo que buscaba presentar esta dimensión de la

ética situacional presente desde la primera temporada de *House*. Reproducimos, a modo de editorial, algunas de las premisas allí contenidas.



Los pacientes siempre mienten

Como se sabe, *House* se abstiene en lo posible de establecer un vínculo directo con sus pacientes. Pero contra toda evidencia, esta distancia no supone descompromiso o desinterés. Cuando *House* evita hablar en exceso con ellos, con el célebre argumento de “los pacientes siempre mienten –el síntoma no”, lo que hace es en realidad sustraerse del discurso del yo del paciente, que siempre se presenta engañosamente consistente, aun cuando ello sea un obstáculo para la cura. Aquello que ocultan al médico no es en absoluto

* jjmf@psi.uba.ar

azaroso y suele transformarse en la pieza que resuelve el enigma de los diagnósticos complejos. Al manejarse a través de las indagaciones e informes de sus colaboradores, House logra establecer la distancia operativa que le permite intervenir desde un lugar diferente, desbaratando la maniobra del yo y rescatando al sujeto.

Esta actitud le ha valido el calificativo de “huraño”, pero ello no debe inducirnos a error. Si en ocasiones tiene para con sus pacientes comentarios sarcásticos, es porque hace síntoma de su propia angustia como médico frente a las situaciones con las que debe lidiar. Como cuando le dice a una paciente que no sabe que está embarazada:

House: “Tiene un parásito.”

Paciente: “¿Como la lombriz solitaria o algo así? ¿Puede quitármelo?”

House: “Hasta dentro de un mes sí. Después es ilegal. Bueno, en un par de Estados no”.

Paciente: “¿Ilegal?”.

House: «Tranquila. Muchas mujeres se encariñan con estos parásitos. Les ponen nombres, les compran ropita y los llevan al parque a jugar con otros parásitos... Mire, si hasta tiene sus ojos...»



O cuando se dirige a su colega afroamericano Foreman, quien lo acusa de hostigarlo cada día más: «Pues eso descarta todo racismo, ayer eras igual de negro que hoy».

Cinismo filosófico

Pero esta preferencia por la ironía y el sarcasmo se desliza en ocasiones hacia una *posición cínica*, en el sentido filosófico del término. Es este viraje el que nos interesa analizar.

¿Qué es el cinismo filosófico? La escuela cínica, fundada por Antístenes (-450, -366) sostiene que sólo se alcanza la felicidad si alguien puede prescindir de las ataduras que lo condicionan a los ideales mundanos. El propio Antístenes vivía según su propia concepción de la virtud y para él las convenciones sociales no significaban demasiado, ya que como todos los cínicos, relativizaba el peso de las normas y las instituciones. A otro representante de la Escuela Cínica, Diógenes de Sinope, se le adjudica la conocida frase “córrete que me tapes el sol”, dirigida a Alejandro Magno cuando éste al regreso de una de sus campañas, le ofrece: “filósofo, pídemelo lo que quieras”. O la que dirige a sus compatriotas cuando lo expulsan de la ciudad por haber atentado contra la moneda en curso: “ellos me condenan a irme y yo los condeno a ellos a quedarse”.

Como se puede ver, la afirmación cínica puede adoptar el tono de la ironía, pero se separa de ella, ingresando un enunciado de verdad. A diferencia del sarcasmo, que hace síntoma de un punto ciego en el emisor, el comentario cínico siempre suplementa la escena, reorganizando el universo situacional. La respuesta de Diógenes a Alejandro Magno, responde a la demanda del soberano, pero no para confirmarlo en su omnipotencia, sino para desnudar las limitaciones de su poder. La potencia del comentario cínico pone en evidencia el punto de inconsistencia en que se encuentra el monarca sin siquiera sospecharlo.

Esta perspectiva del “cinismo” se aleja del uso que habitualmente hacemos del término, de allí que muchos especialistas propongan actualmente escribir *kinismo* para referirse a la posición filosófica, distinguiéndola así de su acepción vulgar.

Es este viraje de la mera ironía a la posición cínica la que nos interesa rescatar: Cuando la lucidez se abre paso en medio del sarcasmo, de la broma hiriente. Es allí cuando House puede sustraerse a su propia angustia –sus miedos, sus inseguridades más íntimas. Es entonces allí cuando aporta su cuota de *kinismo* a la serie, emergiendo él mismo como sujeto en ese acto.

Veamos otro ejemplo. Como es sabido, House se resiste a utilizar el guardapolvo blanco y recorre los pasillos del hospital con su bastón, debido a la renguera en su pierna derecha. En una ocasión le dice a Wilson, su colega y confidente:

House: ¿Te das cuenta? Todo el mundo piensa que soy un paciente, por el bastón.

Wilson: Pues ponte un guardapolvo blanco, como los demás.

House: No, entonces parecería un médico.

¿Dónde radica el carácter cínico del comentario? House sabe que el guardapolvo blanco no garantiza autoridad médica alguna y no desea por tanto aparecer recubierto de semejante emblema. Pero sabe también que un médico no es un paciente –y no debe ser confundido con él. El comentario que dirige a Wilson lo aleja tanto de la infatuación médica como de la demagogia populista de la igualación. La ética médica debe por lo tanto encontrar su lugar fuera de tales facilismos.

Creador de posibilidades

En la misma línea, le dice a un paciente: “¿Preferiría un médico que lo tome de la mano mientras se muere o uno que lo ignore mientras mejora?”. Contra la tendencia contemporánea que instruye al médico para que sea “empático” con el paciente, House subraya que es la competencia profesional lo que el enfermo realmente requiere de él.

La idea tiene un amplio alcance y recuerda el comentario de Alain Badiou dirigido a los psiquiatras durante un congreso internacional. Refiriéndose a la Comisión de

Ética Psiquiátrica Europea, Badiou objeta uno de sus enunciados, justamente el que dice: “el psiquiatra deberá tratar con pasión no a la enfermedad, sino al enfermo”, contraponiéndole la afirmación de Hamburger: *el enfermo no necesita la compasión del médico, sino su capacidad*.

Efectivamente, si el médico centra su práctica en el “enfermo” es porque ya le supone un lugar. Porque ya lo ha condenado a su condición de tal. Hacerlo sobre la enfermedad, en cambio, abre la posibilidad de “(...) examinar una situación de imposibilidad contingente y trabajar con todos los medios para transformarla”. O más explícitamente, “La posición ética no renunciará jamás a buscar en esa situación una posibilidad hasta entonces inadvertida. Aunque esa posibilidad sea ínfima. Lo ético es movilizar, para activar esa posibilidad minúscula, todos los medios intelectuales y técnicos disponibles. Sólo hay ética si el psiquiatra (...) no deja de ser un creador de posibilidades.”²

En esta línea, cada episodio de House podría ser leído como una lección sobre la importancia de distinguir el campo moral –lo ya sabido de una situación– de la dimensión ética, en la que el médico emerge *como un creador de posibilidades*.

1 Bauman, Z. *Ética posmoderna*. Buenos Aires, Editorial siglo XXI. Citado por Ormart, E. y Michel Fariña, J. en “House, MD: Medical Ethics and Subjective Responsibility”. En *Medicine and Movies Journal*. Volume 7 (2), 2012.

2 Badiou, A. (1999) *Ética y Psiquiatría, En Reflexiones sobre nuestro tiempo. Interrogantes acerca de la ética, la política y la experiencia de lo inhumano*. Ediciones del Cífrado, Buenos Aires.

Sobre la ironía del discurso médico contemporáneo

Jorge Assef

Universidad Nacional de Córdoba

Recibido 10 agosto 2012; aceptado 11 septiembre 2012

Resumen

El discurso hipermoderno transforma el síntoma en trastorno, y en esa transformación lo real es tratado fuera de sentido por la bioquímica, por los medicamentos cada vez más ajustados. El presente trabajo analiza el modo en que la serie House M.D. permite analizar la lógica contemporánea de tratamiento de los cuerpos. ¿Qué le demandan los sujetos contemporáneos al discurso médico? ¿En dónde fracasa y en dónde acierta House con su paciente Eve? ¿En dónde fracasa el discurso médico del Hospital Princeton-Plainsboro con el “paciente House”? A partir de estas tres preguntas se ofrece una conjetura sobre una inflexión “lacaniana” de la posición de House.

Palabras clave: medicamentos, House, relación médico-paciente, Lacan

Abstract

On the irony of contemporary medical discourse

Hypermodern discourse transforms the symptom into a disorder, and in so doing the *real* is treated out of sense by biochemistry, by medications that are more and more targeted. This work analyzes the way in which the series House M.D. allows us to scrutinize the contemporary logic in the treatment of bodies. What do contemporary subjects request from the medical discourse? Where does House fail and where does he succeed in his treatment of his patient Eve? Where does the medical discourse of the Princeton-Plainsboro Hospital fail in the treatment of its “patient House”? Based on these three pivotal questions a conjecture is offered regarding a Lacanian inflexion of House’s position.

Keywords: medicine, House, doctor-patient relationship, Lacan

Generalidades

House (House M.D., Fox: 2004-2012) se inscribe en una larga lista de series televisivas con temas médicos. Ahora, si sólo observamos las más actuales, veremos que el personaje central, en el rol del médico protagonista, suele tener un rasgo característico. Por ejemplo el Dr. Derek Shepherd (Patrick Dempsey), de *Grey’s Anatomy* (Anatomía de Grey, ABC: 2005-), y el Dr. Douglas Ross (George Clooney), de *E.R. Emergency* (E.R. Emergencias, NBC: 1992-2011) son parecidos entre sí básicamente porque son buenos, en cambio House no responde en lo más mínimo a estas clásicas características del clásico médico de televisión.

Gregory House es un especialista en enfermedades infecciosas y nefrología, jefe del Departamento de Diagnóstico en el ficticio Princeton-Playsboro Teaching Hospital. Además es renco a causa de una dolencia crónica en la pierna derecha causada por un infarto en el muslo. Además de la renquera, la mala praxis médica en el tratamiento de aquella lesión le produjo un dolor

crónico que se presenta como una de las causas de su adicción al analgésico Vicodin. House es grosero, antipático, con una enorme dosis de agresividad que descarga entre el sarcasmo y la degradación de los otros. Cree fervientemente en la racionalidad y busca los argumentos lógicos para todo, recoge pistas con una percepción finísima y utiliza la habilidad inductiva de la inferencia para hallar la mejor explicación a cada caso. No usa guardapolvo supuestamente por su renquera: “La gente no quiere un médico enfermo”, los pacientes no le importan: “Nos hacemos médicos para tratar con la enfermedad. Tratar con los pacientes es lo que en realidad deprime a la mayoría de los médicos”, aparentemente sólo le interesa demostrar su eficiencia infalible frente a sus colegas: “No me preocupo, mis motivos son puros”.

En su libro *Series de Culto. El otro Hollywood*¹, Abdessamed Sahali sostiene que House rompe con la imagen políticamente correcta que ha tenido la profesión médica en la televisión, con la aplicación a rajatabla de lo que debe ser el juramento hipocrático, aunque con un cierto toque de despotismo ilustrado: todo para el paciente,

pero sin el paciente. De este modo House se vuelve un fabuloso representante de la tecnociencia contemporánea a manos del amo moderno, a saber, el discurso capitalista.

Es que como la filosofía de House es “todo el mundo miente” a él no le sirve atender al paciente, él busca en otros lugares de la realidad de los sujetos (amistades, heladeras, etc.). Claro que nosotros sabemos desde 1895, cuando Freud le dice a Fliess “Mis histéricas me mienten” que no se trata de la verdad, sino que la verdad misma tiene estructura de ficción.

Ahora bien, aquí hay otra cuestión interesante, como la verdad tiene estructura de ficción podríamos decir que la ficción construye la verdad: La “medicina del diagnóstico” no existía en el 2004 (cuando se estrena *House* por primera vez). Recién en el año 2009 el National Institutes of Health de USA fundó el Centro Clínico de Enfermedades Resistentes al Diagnóstico. Según el Dr. John Gallin, director del centro, se trataría de: “... un enfoque formal multidisciplinario para analizar verdaderamente a cada paciente desde la perspectiva de 25 científicos médicos de gran experiencia. El programa, diseñado para admitir 100 pacientes por año, dará esperanzas a muchas personas que languidecen en el sistema médico con extraño defectos genéticos, los cuales son a menudo la raíz de los enfermos que House diagnostica”².

Este dato es muy interesante para pensar el poder del discurso audiovisual en nuestra época, pero también para pensar el suceso que significó la serie House en USA. De la bibliografía que analiza el fenómeno House se pueden extraer dos conclusiones iniciales:

1) Como casi todos los autores comparan al personaje de House con el de Sherlock Holmes, se impone aclarar que, a diferencia de Holmes, House trabaja con cuerpos vivos, que por lo tanto gozan, lo cual ubica la discusión a otro nivel.

2) El personaje de House es un paciente más, uno más de los que circulan por la narración.

A partir de estas conclusiones seleccionaremos un capítulo particular para estudiarlo en función de una serie de preguntas que orientarán el análisis.

Análisis del episodio 12 de la 3ª temporada: *One Day, One Room* (Un día, una habitación)

1. ¿Qué le demandan los sujetos contemporáneos al discurso médico?

Lo primero que interesa señalar de este episodio es que House se ve obligado a asistir a enfermos comunes

y corrientes y allí, podríamos decir, tenemos un paisaje general de lo que los sujetos contemporáneos demandan cuando asisten al médico, pues no se trata de una sala de urgencias si no de un servicio de clínica médica, ¿qué tenemos en aquel paisaje?

1) Tenemos el cuerpo del *parlêtre* atravesado por el modo en el que la sexualidad se ha inscripto en él. Allí se encuentra un padecimiento extra al organismo, no es sólo la molestia de una ETS (Enfermedad de Transmisión Sexual), sino que a esto se suma la culpa, la vergüenza, el miedo, la ansiedad. Entonces cuando House diagnostica Clamidia a un paciente, no contempla que esa simple infección es huella de un goce que debiendo ser privado se ve obligado a mostrarse en público, y eso tiene otras implicancias subjetivas.

2) Tenemos a un hombre que, en la sala de espera, grita mientras se toca una oreja y es callado con un paralizante -el grito, no el dolor-. Esta situación revela dos signos: en primer lugar sirve de parodia a cierta concepción de la medicina cuya filosofía es tener al paciente quieto y callado y, en segundo lugar, revela la parafernalia tecnocrática del diagnóstico. Cuando House les pregunta a sus alumnos qué hacer con el caso estos elucubran algunas posibilidades de las cuales se dependen seis estudios de alta complejidad, House se ríe de eso y les explica que era sólo una cucaracha en el oído.

3) Tenemos a un paciente que asiste por un problema en la nariz. House le interroga sobre lo que se observa: el vello de las fosas nasales está cortado al ras. El paciente, al sentirse juzgado por esta conducta, cuestiona el descuido en la indumentaria de House y le dice: *-Asearse es importante, las personas te juzgan por la apariencia.* House le responde: *-Yo no planché mi camisa, Ud. tiene pie de atleta en la nariz, ahora puede juzgarme.* Ahora bien, ese sujeto y su pedantería no son más que víctimas del sistema de consumo de lo que el filósofo y sociólogo francés Giles Lipovetsky³ denominó “la industria del cuidado de sí” y de lo que el ensayista español Fernando Savater llamó “Estado terapéutico”⁴, ambas, caras del neohigienismo hipermoderno que empujan al sujeto a una prevención y cuidado de la salud que termina en sí mismo enfermándolo. No obstante cuando House cree en la pedantería defensiva de aquel paciente responde desde el eje imaginario rivalizando con él.

4) Tenemos también a un paciente aquejado de hipo. Cuando House sale de verlo lo diagnostica como “Adicto a la estimulación anal digital”. Si bien se trata de una ironía, no podemos desconocer la pasión por la nomenclatura y la clasificación científica que ella revela.

5) Por último, no podemos dejar de referirnos a la historia secundaria del capítulo, el hombre enfermo de cáncer que asiste al hospital a morir.

Cuando este sujeto cuenta que tiene que sufrir porque es el mandato paterno, también dice “Necesito que alguien se acuerde de mí”. Este hombre que confiesa no tener a nadie en el mundo sólo busca un médico para mitigar en algo su extrema soledad. ¿Cuánta gente va a al médico por soledad?

El tema de las fronteras entre la medicina y el psicoanálisis se pone en juego a partir de este recorrido inicial por los pacientes que ve House en este capítulo. Es evidente que estos pacientes demandan otra cosa que la asistencia orgánica. En esto radica el meollo de la cuestión puesto que de todos los pacientes (salvo el de la cucaracha en el oído y un niño que se traga un imán) demandan otra cosa: ser autorizados en su modo de gozar, ser recordados, ser reconocidos en su singularidad, ser estimulados para su satisfacción, ser absueltos por el Otro, ser nominados de una manera que le permita encontrar un lugar y un lazo, etc.

Ahora hay una pregunta más para hacerse: ¿estos sujetos creen que su malestar pueda resolverse por la vía del saber médico?

Sabemos que una consecuencia evidente de la situación actual del mundo es que el Sujeto Supuesto Saber no es ni será lo que era. Es que el saber ya no está en el lugar que estaba en la época que el Otro existía.

Hugo Freda sostiene que las nuevas formas del síntoma tienen siempre un punto en común: su resistencia a la significación: “Esta resistencia borra la división del sujeto. El significante se transforma así en un signo de una identificación a un goce. La demanda del paciente se ordena entonces alrededor de una nominación a la cual él se identifica. Se trata de un verdadero implante de la significación que anula toda metáfora, haciendo del desplazamiento metonímico la condición de la existencia”. En este marco el autor advierte que el Sujeto Supuesto Saber padece éstas condiciones, por lo cual vemos surgir nuevas formas de demanda de tratamiento que, supuestamente, tornarían la práctica analítica imposible. “La reacción frente al enigma de la significación no se hace esperar y crea, sin que nos demos cuenta, una nueva lista de inanalizables y participa de los límites del psicoanálisis”⁵.

Para Freda el porvenir del psicoanálisis está subordinado a la lectura que hace el sujeto supuesto saber del enigma del goce, propone: “Para que el Sujeto supuesto saber sea posible deberá incorporar, asimilar, incluir en la suposición de saber la suposición de goce”⁶.

Claro que en la lista que hemos hecho nada de esto es

posible, puesto que House quiere dejar el goce completamente por fuera de la revisión médica, la que él basa en la razón y en un método objetivo, positivista e inductivo de pura lógica formal.

Lo que sí se muestra en la lista de casos que hemos enumerado anteriormente es la manera en que el goce queda por fuera de la consideración del médico. Ese goce muchas veces aparece como insostenible para el profesional que se ve obligado a ubicarse en posiciones que, muchas veces, lo llevan al fracaso, o a defenderse con la clasificación de la nomenclatura, o a la desesperación, o a la angustia, así recurren a la mordaza química o al mareo tecnocrático del paciente, o lo empujan al laberinto de la alta complejidad tecnológica desarrollada para el diagnóstico, etc.

No obstante en el capítulo seleccionado hay un caso que trastoca todo, es el caso de Eve, una muchacha que llega a la consulta tras una violación, y luego de encontrarse con House lo empuja a otra cosa, en cierto punto podríamos decir que lo obliga a ser “un poco lacaniano”, Eve podría haber sido una histérica de Freud pero es una histérica contemporánea...

2. ¿En dónde fracasa y en dónde acierta House con Eve?

Apenas House ve que con Eve se requería otro compromiso huye despavorido, pero la paciente no acepta que la trate otro médico. Cuando él le pregunta por qué me quieres a mí, ella le responde “no lo sé...”.

- Eve increpa a los médicos todo el tiempo:
- Cuando Cuddy intenta hablarle le replica: ¿Usted sabe lo que ha sido?
- Cuando la psiquiatra le da una pastilla se toma el frasco denunciando la negligencia de todos.
- Cuando despierta House le dice “Estarás bien físicamente”, ella le responde: “Es lo único que le importa”.
- Cuando House consiente a hablar con ella y siguiendo la teoría del trauma la quiere hacer relatar la violación, Eve se niega y le pide hablar de otra cosa.
- Cuando House recurre a una serie de frases hechas “Esto pasará”, “No todos los hombre son así” ..., ella responde todo el tiempo “ya lo sé” con un gesto de fastidio.
- Cuando House intenta ser racional, ella le dice “¡Me violaron! ¿Cómo se explica eso racionalmente?”.
- Cuando House intenta comprenderla a través de la contratransferencia: “Tú quieres violarme como te violaron a ti”, ella le grita con enfado y no acepta semejante interpretación.

- Cuando House intenta “hacerse el amigo” contándole sus penas con la abuelita, ella descubre su impostura y no lo acepta: “¿Qué puedo hacer para que no me menosprecies como ser humano sólo porque fui violada?”.

Miller en su texto *Una Fantasía* plantea que el discurso hipermoderno transforma el síntoma en trastorno, y en esa transformación lo real es tratado fuera de sentido por la bioquímica, por los medicamentos cada vez más ajustados. Pero del lado del sentido continúan existiendo tratamientos de apoyo que toman dos formas, la de un acompañamiento o control que acompaña el destino de dicho tratamiento o una práctica con una escucha de puro semblante, protocolar, que se expresa en las terapias cognitivas comportamentales⁷.

Estos intentos fallidos de tratar lo real a los que se refiere Miller son los que Eve no acepta, y por eso en todos ellos House fracasa con la paciente.

En primer lugar Eve quiere ser escuchada pero no así nomás, no como el moribundo de cáncer que le da igual cualquiera “quiero que alguien me recuerde” o el paciente del hipo que le da igual cualquier dedo, Eve exige que se reconozca su transferencia con House. No puede explicarlo sólo dice: “Confío en usted”, y le da una lección, diciéndole: “... voy a basar este momento con la persona con la que está en este momento en esta habitación, así es la vida, habitaciones, y las personas con quienes estamos en esas habitaciones son la suma de nuestra existencia”, podría ser la definición de la transferencia en la experiencia analítica.

La transferencia, donde se juega esa experiencia central en la que el consentimiento del analista para prestarse al semblante es lo que vuelve nuestro accionar genuinamente lacaniano, tal como lo que define Miller en *El Partenaire síntoma*⁸.

Finalmente House consiente a Eve, y allí acierta.

La conversación final inicia cuando ella le pregunta:

-¿Crees que ese sujeto alguna vez se arrepienta?

-¿Eso es lo que tú crees?

-¿Por qué insistes en preguntar por qué y no respondes mis preguntas?

-No me importa lo que él sienta sino lo que tú puedas sentir

-¿En serio?

-Estoy en la habitación contigo ¿o no?

-¿Por qué me elegiste?

-Hay algo que puedo ver en tí, estás herido igual que yo.

-No era mi abuela pero era verdad

-¿Quién fue?

-Mi padre

-Ahora sí quiero que sepas lo que me sucedió.

Cuando House consciente y le dice a Eve que ella sí le importa, consciente a encarnar la transferencia que Eve ha depositado en él, allí la paciente comienza a contar su acontecimiento traumático pero se inicia la música off y el relato se difumina. De algún modo el relato nos lleva a suponer que la cuestión central del episodio no es el trauma, sino el modo en que ambos personajes ingresan a un dispositivo que genera efectos, como sostiene Freda: “Para que el Sujeto supuesto saber sea posible deberá incorporar, asimilar, incluir en la suposición de saber la suposición de goce”.

3. ¿En dónde fracasa el discurso médico del Hospital Princeton-Plainsboro con el “paciente House”?

Como dijimos antes, House sufre de un dolor crónico en la pierna, lo que a su vez lo llevó a una adicción, que es el motivo de preocupación de todo el plantel médico del hospital donde trabaja.

Más allá de que en la segunda temporada House ingresa a un centro de tratamiento para el dolor, en la tercera temporada ingresa a otro centro, esta vez de rehabilitación para la adicción. Finalmente en la quinta temporada se interna por sí mismo en un psiquiátrico.

Más allá de lo que es visiblemente el problema de House, su adicción, la cuestión que llamaré “El House paciente” no radica aquí, sino en el intento de todo el Hospital de “normalizar” a House.

En este capítulo es la directora, Cuddy, quien más insiste en intervenir en la personalidad de House, lo amenaza, lo chantajea, lo sermonea sin parar, le hace apuestas a las que él responde y dice: “no importa lo que hagan, hallaré la forma de escapar”.

Pero Cuddy no es la única, todo el entorno trata de hacer de House un “médico humano”, un “buen médico” (como el Dr. Shepherd de Greys Anatomy o el Dr. Ross de E.R.), lo intentan mediante la educación, la farmacología o las técnicas comportamentales, las mismas técnicas que no funcionaron con Eve.

Por el contrario, es el encuentro con Eve lo que conmueve la posición defensiva de House, por un día, en una habitación. Es lo que de momento House puede ofrecer... y no parece ser poco.

Referencias

Barnett, B. (2011) *Guía no oficial de House*. México: Selector.

Freda, H. (2010). Consecuencias. *Revista Lacaniana de Psicoanálisis* N° 10. EOL. Bs. As.

Lipovetsky, G. (1994). *El crepúsculo del deber: la ética indolora de los nuevos tiempos democráticos*. Ed. Anagrama. Barcelona.

Miller, J.A. (2004). *Una Fantasía*. Conferencia de Jacques-Alain Miller en Comandatuba. IV Congreso de la AMP – 2004 - Comandatuba - Bahía. Brasil. Recogido el 03/06/12 de <http://www.congresoamp.com/es/templ...>

Miller, J.A. (2008) *El partenaire síntoma*. Buenos Aires: Paidós.

Sahali, A. (2007). *Series de Culto. El otro Hollywood*. Ed. Ma Non Troppo. Show Time.

Savater, F. (1990). Tesis sociopolíticas de las drogas, en *Ética como Amor Propio*. Ed. Argumentos. Madrid

1 Sahali, A. (Noviembre. 2007). *Series de Culto. El otro Hollywood*. Ed. Ma Non Troppo. Show Time.

2 Barnett, B. (2011) *Guía no oficial de House*, pág. 35. Selector. México.

3 Lipovetsky, G. (1994). *El crepúsculo del deber: la ética indolora de los nuevos tiempos democráticos*. Ed. Anagrama. Barcelona.

4 Savater, F. (1990). *Tesis sociopolíticas de las drogas*, en *Ética como Amor Propio*. Ed. Argumentos. Madrid.

5 Freda, H. (2010). *Consecuencias*. Revista Lacaniana de Psicoanálisis N° 10, pág. 31. EOL. Bs. As.

6 *Ibíd.*

7 Miller, J.A. (2004). *Una Fantasía*. Conferencia de Jacques-Alain Miller en Comandatuba. IV Congreso de la AMP – 2004 - Comandatuba - Bahía. Brasil. Recogido el 03/06/12 de <http://www.congresoamp.com/es/template.php?file=Textos/Conferencia-de-Jacques-Alain-Miller-en-Comandatuba.html>

8 Miller, J.A. (2008) *El partenaire síntoma*. Ed. Paidós. Buenos Aires.

La muerte digna: diálogos entre la ética, la ley, la situación. Comentario del Episodio *Holding on* de la Octava temporada del Dr. House

Elizabeth Ormart*

Universidad Nacional de La Matanza

Recibido 13 agosto 2012; aceptado 11 septiembre 2012

Resumen

En el presente escrito reflexionamos acerca de la decisión de Wilson de dejarse morir y rehusarse al tratamiento médico, frente a la certeza del estado avanzado de cáncer en el que se encuentra. Dicha decisión es pensada desde la ética deontológica de Kant y desde el consecuencialismo ético como una decisión errónea. Finalmente, en el contexto ficcional al que nos invita la serie, es puesta en diálogo con la reciente Ley de muerte digna vigente en Argentina a partir de este año.

Palabras clave: Ética | Eutanasia | Muerte digna.

Death with dignity: dialogues between ethics, the law and the situation. Comments on the episode *Holding on* in the 8th season of Dr. House.

In this article we will reflect on Wilson's decision to let himself die and refuse any medical treatment in light of the advanced state of his cancer. This decision is pondered from both the deontological ethics of Kant and from the ethical consequentialism, as an erroneous decision. Finally, within the fictional context of the series, this is expressed as a dialogue in line with the recently approved Dignified Death Law, in force in Argentina as of this year.

Key words: Ethics | Euthanasia | Dignified death

¿Dónde está la memoria de los días
que fueron tuyos en la tierra, y tejieron
dicha y dolor y fueron para ti el universo? (...)
Pero los días son una red de triviales miserias,
¿y habrá suerte mejor que la ceniza
de que está hecho el olvido?

Jorge Luis Borges, 1964

Suena el despertador a las seis y treinta, como todas las mañanas. Esa pausa en detenerlo, esa dilación, ese sonido persistente que no cesa, dice mucho sobre Wilson. No es un día más. Hoy ha tomado la decisión de dejarse morir. Ya no más despertares rutinarios. Ya no más aferrarse (*holding on*) a la vida. Un prestigioso oncólogo abatido por un cáncer terminal. Él conoce perfectamente lo que

tiene por delante, un año de encarnizado sufrimiento o más y al final como recompensa la deseada muerte. La otra opción, cinco meses de vida sin tratamiento. Meses más o menos no es lo que cuenta, sino la calidad de estos últimos. Sin embargo, su mejor amigo no está dispuesto a dejarlo morir. Wilson se disculpa ante él pero mantiene firme su decisión.

Así comienza el anteúltimo capítulo de House, la serie que se ha vuelto entrañable para millones de personas alrededor del mundo. En éste último tramo, no sólo House le reclama a Wilson no morir, los espectadores de la serie nos unimos a su pedido. La pareja que ha metaforizado a Holmes y Watson, no podría funcionar sin uno de sus miembros.

No te dejes morir, Wilson, diría la prudencia. *No te voy a dejar hacerlo*, dirá House.

* eormart@gmail.com

El diccionario¹ bilingüe señala diversos significados del término *hold on*. En primer lugar, alude a agarrarse bien, en el sentido que lo usamos anteriormente. También se refieren a esperar² y finalmente, a aguantar³. Los matices del verbo son sumamente interesantes, ya que refiere estados de ánimo por los que va atravesando Wilson e inclusive aluden al imperativo de House: Aguantá Wilson (Holding on).

¿Qué derecho tienen los familiares y amigos de un enfermo terminal a pedirle que se sostenga en la agonizante existencia? ¿Puede el sacrificio altruista de meses o años mitigar la anunciada pérdida? Este derecho detentado por familiares y amigos avanza sobre la libre determinación del enfermo ¿y su derecho a morir? En este caso Wilson no ha perdido sus facultades y puede decidir por sí mismo, pero ¿tiene derecho a tomar esta decisión? ¿es este el momento de dejarse morir?

El siguiente diálogo tiene lugar en el *Memorial Hospital* entre House y una de sus colegas.

House - Mi mejor amigo está tratando de suicidarse.

Dra. -Sólo quiere morir con un poco de dignidad

House - Eso no existe.

Dra. -No es decisión tuya House, tu única decisión es entre la aceptación y el sufrimiento.

Nuevamente, como en otros episodios de House se produce una confrontación entre la ética de los principios (defensa de la dignidad humana) y la ética de las consecuencias (pragmatismo de House⁴). Sin embargo, a diferencia de otros casos, en el caso de Wilson, ambas estarían de acuerdo en que conserve su vida.

Detengámonos un momento en esto último.

La ética de los principios o deontológica tiene como valor supremo la dignidad humana. Se trata de vivir y morir con dignidad. Esta es la ética que surge con Kant y se prolonga hasta nuestros días en diferentes pensadores que retoman el planteo kantiano. Pero en el caso de Wilson, él no quiere el tratamiento médico que le prolonga la vida. Esta decisión es tomada en forma consciente, libre y con uso de razón, pero ¿responde al deber?

En la *Metafísica de las costumbres* Kant sostiene:

“La buena voluntad no es buena por lo que efectúe o realice, no es buena por su adecuación para alcanzar algún fin que nos hallamos propuesto; es buena sólo por el querer, es decir, es buena en sí misma. Considerada por sí misma, es, sin comparación, muchísimo más valiosa que todo lo que por medio de ella pudiéramos verificar en provecho o gracia de alguna inclinación y, si se quiere, de la suma de todas

las inclinaciones. Aun cuando, por particulares enconos del azar o por la mezquindad de una naturaleza madrastra, le faltase por completo a esa voluntad la facultad de sacar adelante su propósito; si, a pesar de sus mayores esfuerzos, no pudiera llevar a cabo nada y sólo quedase la buena voluntad -no desde luego como un mero deseo, sino como el acopio de todos los medios que están en nuestro poder- sería esa buena voluntad como una joya brillante por sí misma, como algo que en sí mismo posee pleno valor. La utilidad o la esterilidad no pueden ni añadir ni quitar nada a ese valor. Serían, por decirlo así, como la montura, para poderla tener más a la mano en el comercio vulgar o llamar la atención de los pocos versados; que los peritos no necesitan de tales reclamos para determinar su valor.”

De este modo, no puede decirse que una persona no obró bien, si tuvo la intención de realizar una buena acción, pero por motivos que le eran ajenos no logró llevarla a cabo. Tampoco puede decirse que sí obró bien alguien que, por casualidad, realizó una buena acción. Sin embargo, no siempre obramos bien. Muchas veces “sabemos” que deberíamos hacer tal o cual cosa, y sin embargo nos dejamos llevar por nuestras apetencias personales, nuestros afectos, nuestras preferencias o nuestras conveniencias. Y es que, según Kant, nosotros, los seres humanos, no estamos constituidos sólo por la razón (que es la que tiene conciencia de lo que está bien y lo que está mal), sino también por lo que él llama inclinaciones. Cuando sabemos lo que está bien pero nuestras inclinaciones quieren arrastrarnos en sentido contrario, la buena voluntad de la que antes hablábamos se convierte en deber, noción central de la ética kantiana. El deber, entonces, siempre tiene un carácter coercitivo, en tanto surge para oponerse y reprimir a la inclinación. Podríamos examinar la acción de House, que se empeña en salvarle la vida a Wilson, al menos prolongarla por un tiempo más. Pero hace esto no por deber sino por inclinación. Lo hace movido por el amor que le tiene a Wilson no por el valor de la vida humana en general. Ya hemos visto a House en otras situaciones de vida o muerte en las que ayuda o alienta la muerte de alguno de sus pacientes cuando estos no tienen posibilidades de mejora. No se trata para House de preservar la vida de un ser humano sino la vida de Wilson.

Si analizamos la posición de Wilson, él tampoco obra por deber sino por inclinación. Su deber sería preservar su vida el mayor tiempo posible recurriendo al tratamiento que le ofrece la medicina. Pero él no quiere sacrificar sus últimos meses en una cama de hospital. Elige en función de sus preferencias, de su conveniencia y no por deber.

La ética consecuencialista o teleológica defendida por John Stuart Mill, sostiene que lo esencial al obrar humano

no depende de la intención del agente, como diría Kant, sino de los efectos o consecuencias que tiene la acción. Este planteo tiene como valor primordial la mayor felicidad del mayor número de personas.

“Para evaluar las consecuencias de un acto o política, necesitamos saber las consecuencias probables de cada acto relevante y qué significan para los que son afectados. También debemos saber cuál es el peso relativo de las consecuencias positivas totales en comparación con las consecuencias negativas totales. Cuando ya tenemos esa información, podemos elegir el acto o política que cause el mayor bien y el menor daño a los involucrados. Según los filósofos utilitaristas, el único principio para juzgar las acciones o las leyes es el “principio de la mayor felicidad” [...] Si una acción produce felicidad, es correcta, si promueve desdicha, es incorrecta”. (Brown, 1992)

La decisión de Wilson provoca la desdicha de su amigo y de todos aquellos que lo quieren. Tampoco podría ser aceptada la decisión de Wilson como la que otorga mayor felicidad a todos. En este sentido y acompañando el intento de House de no dejar morir a su amigo, arma la parodia de los cientos de pacientes curados por Wilson. Todos ellos reunidos en la cafetería del hospital agradeciéndole a Wilson su vida y rogándole que no se deje morir. Pero House, como suele hacer en situaciones desesperadas y urgentes, en lugar de contactar a los verdaderos pacientes contrató a un grupo de actores y fue descubierto por Wilson. Sin embargo, la parodia de House no deja de ser verdadera. Cientos de personas han sido tratadas y curadas por Wilson. Aún así, más allá del valor social de la actividad de Wilson, su vida tiene un inmenso valor en sí mismo. Todo esto nos dice el montaje de House. Pero la verdad enfurece a Wilson quien se obstina en dejarse morir, aun sin recibir ningún tratamiento.

La muerte digna en Argentina

Dentro de este terreno ficcional en el que trabajamos, podemos llevar nuestras conjeturas más lejos y suponer que el caso de Wilson se pone en diálogo con el marco legal que se encuentra actualmente vigente en Argentina. Hace poco y por unanimidad, el Senado de la Nación convirtió en Ley el proyecto de muerte digna. Esta ley se incorporaría como una modificación a la ley N° 26.529 (“Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud”), aprobada en 2009, pero que todavía no fue reglamentada. La ley en cuestión sostiene:

“e) Autonomía de la Voluntad. El paciente tiene derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, como así también a revocar posteriormente su manifestación de la voluntad. Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a intervenir en los términos de la Ley N° 26.061 a los fines de la toma de decisión sobre terapias o procedimientos médicos o biológicos que involucren su vida o salud.”

Así, lo fundamental es que se incorpora la muerte digna, que significa el derecho de todo paciente que padezca una enfermedad irreversible, incurable y se encuentre en estado terminal, a manifestar su voluntad de rechazar procedimientos quirúrgicos, de hidratación, alimentación y reanimación artificial, cuando sean extraordinarios o desproporcionados a las perspectivas de mejoría y produzcan dolor y sufrimiento desmesurado.

Sin embargo, este no es el caso de Wilson. Él no se encuentra en un encarnizado sufrimiento biológico, pero si encontramos una agonía psicológica. Pero si se trata del sufrimiento psicológico, podríamos preguntarnos ¿un suicida no se encuentra en un estado de sufrimiento psíquico enorme? ¿Por qué Wilson podría decidir morir rápidamente sin tratamiento y un suicida no puede elegir quitarse la vida? ¿Qué diferencia existe entre muerte digna, suicidio y suicidio asistido?

Juan Carlos Vega (Ex presidente de la Comisión de Legislación Penal de la Cámara de Diputados de la Nación) autor de uno de los proyectos que dieron lugar a la nueva legislación señala esta diferencia:

“La eutanasia es la muerte por piedad de un semejante por obra de otro ser humano. En la eutanasia, es el médico –u otro sanitario dirigido por él– quien administra la inyección letal que provoca la muerte del enfermo. En cambio, en el suicidio asistido el paciente se causa a sí mismo la muerte, con la ayuda de alguien que le proporciona los medios; si quien le ayuda es un médico, se habla de “suicidio médicamente asistido”. En el suicidio asistido, es el propio paciente quien asume una posición activa frente a sus sufrimientos y dispone poner fin a su vida diagnosticada y certificada como terminal. La muerte digna es el derecho humano que tiene un paciente agónico o terminal a limitar medidas de soporte vital y no ser sometido a tratamientos farmacológicos, químicos, físicos o mecánicos que prolonguen su sufrimiento. Derecho que puede ser expresado por el paciente o por sus representantes legales y en el orden que fija la ley, sea en la historia clínica o de manera anticipada en un Registro de Voluntades Anticipadas, como sucede con la ley de donación de órganos.”

Reflexiones finales

Cuando nos aproximamos al marco situacional percibimos la inconsistencia de la normativa, sus lagunas, sus imposibilidades. En otros escritos, he tomado en consideración las dificultades que enfrenta el discurso jurídico frente a la singularidad en situación (Ormart, 2012). ¿Cómo leer el texto de la ley en el caso de Wilson? No se trata de un enfermo que atraviesa la última etapa de

un tratamiento médico, sino que se resiste a comenzar-lo. Sin avanzar sobre el final del episodio ni de la serie diremos que el único motivo que realmente tiene peso en la decisión de Wilson es el deseo de House. Su decisión deambula entre el deseo del Otro y su posibilidad de prescindir-se de él.

El *Holding on* que designa el episodio suena como la exclamación imperativa de House antes que como la voluntad de Wilson.

Referencias

Entrevista del diario *La voz* a Juan Carlos Vega del 11/5/12. En línea 7/8/12: <http://www.lavoz.com.ar/opinion/sufrimiento-innecesario>

Borges, J. L. (1964) “A un poeta menor de la antología”. En *El otro, el mismo*. Buenos Aires: Emecé.

Brown, M. (1992). *La ética en la empresa*. Estrategias para la toma de decisiones. Buenos Aires: Paidós.

Kant, M. (1996). *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*. Barcelona: Ariel.

Irwin, W. , Jacoby, H. (2009). *La filosofía de House*. 1º edición. Buenos Aires: Selector.

House. Octava temporada. Episodio 21: *Holding on* . Estados Unidos. Fox.

Ley 26529. Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Sanción: 21/10/2009; Promulgación de Hecho: 19/11/2009; Boletín Oficial 20/11/2009. República Argentina.

Ormart, E. (2012) Problemas éticos en la clínica psicológica. Editorial Académica Española. Alemania.

1 Espasa Calpe, 2000.

2 *hold on!*, ¡no cuelgue!

3 *try to hold on a little longer*, aguanta un poco más

4 Al respecto se puede consultar: *Lo que importa es el resultado*, uno de los apartados del libro *La filosofía de House*.

Ética e Historia clínica¹

Giselle A. López*

Universidad de Buenos Aires

Recibido 10 agosto 2012; aceptado 11 septiembre 2012

Resumen

En el presente artículo, a partir de un breve fragmento extractado de la serie televisiva Dr. House, nos proponemos reflexionar acerca de los posibles problemas éticos que la historia clínica puede suscitar a los psicólogos. A partir de una escena que protagoniza Dr. House, intentaremos interrogarnos acerca de la responsabilidad de los psicólogos con relación a la confección y almacenamiento de las historias clínicas, desde una posición ética.

Primero, abordaremos sucintamente la naturaleza de este documento legal y luego situaremos las especificidades que la historia clínica adquiere para el campo de la Salud Mental, especialmente a partir de la nueva legislación argentina. Así, relevaremos algunos aspectos ético-deontológicos que pueden tornarse dilemáticos para el campo de la Psicología, además, proponiendo poner en tensión el campo de los derechos con la dimensión singular del caso.

El presente trabajo es parte del plan de investigación “La función del psicólogo en prácticas jurídicas con niños y adolescentes: problemáticas éticas del diálogo disciplinar” (Beca UBACyT), enmarcado en el proyecto de investigación UBACyT (2012 – 2015) Dilemas éticos en la práctica psicológica: el diálogo con otros discursos disciplinares en contextos institucionales diversos. Estudio exploratorio descriptivo en base a una investigación cuali-cuantitativa. Directora: Prof. Gabriela Z. Salomone.

Palabras clave: Historia Clínica | Psicología | Ética

Ethics and clinical cases

Abstract

In this article, based on a brief fragment extracted from the television series Dr. House, we propose to reflect on the possible ethical problems that clinical records may bring to psychologists. We shall consider, from an ethical viewpoint, the responsibility of psychologists with regard to the writing and storing of clinical cases.

First, we shall briefly consider the nature of this legal document and then we shall establish the specificities that clinical documentation acquires in the field of Mental Health, especially as of the new legislation in Argentina. Thus we shall survey certain ethical deontological aspects that could become dilemmatic in the field of psychology, and we shall also propose taking into consideration the dimension of the rights and the dimension of the singular case.

This article is part of the research plan: “The function of the psychologist in judicial practices with children and adolescents: ethical questions of the disciplinary dialogue” (UBA Science and Technology), within the framework of a research project UBAS&T (2012 – 2015) Ethical dilemmas in the practice of psychology: the dialogue with other disciplinary discourses within diverse institutional contexts. Exploratory descriptive study based on a quality quantitative research. Director: Prof. Gabriela Z. Salomone

Key Words: Clinical case | Psychology | Ethics

Greg es médico y mantiene una relación amorosa con una compañera de trabajo, Stacy, quien está casada. Sin embargo, no es el sabor de lo prohibido lo que lo une a ella, sino un intenso lazo amoroso que lo causa en su deseo -en el sentido más fuerte de esta expresión psicoanalítica- lazo fundado en una relación que mantuvieran años atrás.

Stacy está realizando un tratamiento psicológico con una profesional que atiende en el mismo hospital en que trabaja;

también allí se encuentra internado Mark -su esposo- en rehabilitación a causa de una grave enfermedad.

Frente a la negativa de Stacy de continuar con este affair, Greg se propone obstinadamente demostrar que ella lo sigue amando, que su matrimonio con Mark no funciona y que si continúa casada es debido a la culpa que siente con relación a su esposo enfermo. Para confirmar su hipótesis, y en un afán de conocer “toda” la verdad, Greg cruza ciertos límites...

* gisellelopez@psi.uba.ar

Más tarde, cuando se encuentra a solas con Stacy le exige que no oculte más sus sentimientos hacia él y la confronta con su “miserable vida matrimonial”. Ella responde: “Lo que pasa entre Mark y yo, sólo lo sabemos nosotros”. Pero es entonces cuando Stacy rápidamente concluye que hay alguien más que conoce sobre su intimidad, y la certeza en las palabras de Greg le dan la pista de que él ha ingresado por la fuerza al despacho de su psicóloga, ha abierto el armario y ha accedido a su historia clínica. Stacy queda profundamente conmovida y avergonzada. Lejos del resultado esperado por House, éste ha logrado que Stacy le pida que salga de su vida.”²

Efectivamente se trata del Dr. Gregory House, el personaje protagonista de la serie que lleva su nombre, un prestigioso médico del Departamento de Diagnóstico del Hospital Princeton-Plainsboro, que seduce a la audiencia con una posición muy particular. Tal como desarrolla Juan Jorge Michel Fariña (2011), el doctor House se caracteriza muy frecuentemente por la “... preferencia por la ironía y el sarcasmo [que] se desliza en ocasiones hacia una posición cínica.”³ En virtud de tal posición, muchas veces hemos recurrido a esta serie para ilustrar situaciones dilemáticas de la ética, ya que – tal como sostiene el autor “cada episodio de House podría ser leído como una lección sobre la importancia de distinguir el campo moral – lo ya sabido de una situación- de la dimensión ética, en la que el médico emerge como un creador de posibilidades.” (2011: 11).

No obstante, en esta ocasión que presentamos, hay algo que pulsa al doctor House a emprender una acción que no se encuentra a la altura del amor que le profesa a Stacy. Ha avasallado su intimidad, la ha humillado confrontándola con su padecimiento, la ha traicionado. Su afán narcisista lo ha llevado a cruzar cierto límite que deja a su amada partenaire en el lugar de mero objeto de su capricho.

Sin embargo, no convocamos la escena para condenar moralmente a House – en todo caso, si la expulsión de Stacy lo interpelara, él podría hacer algo con eso. Nos interesa este recorte porque el mismo nos pone sobre aviso de los posibles dilemas éticos que involucran las historias clínicas para los profesionales de la salud mental⁴. Se trata de un caso en que se ha vulnerado un principio fundamental de la práctica psicológica: el respeto por los derechos y la dignidad de las personas⁵. Debemos interrogarnos entonces, cuál es la responsabilidad que atañe a los psicólogos en relación a la confección y almacenamiento de las historias clínicas, interrogante que orientará nuestro trabajo.

A continuación abordaremos sucintamente la naturaleza de este documento legal para luego poder situar las especificidades que la historia clínica adquiere en el campo

de la Salud Mental y así relevar algunos aspectos dilemáticos para el psicólogo.

I) La historia clínica

La historia clínica es un instrumento que proviene del campo de la Medicina, disciplina que la define en tanto “... instrumento utilizado para desarrollar el método clínico. Se aplica a través del **registro de la información obtenida del paciente a través del interrogatorio o anamnesis, del examen físico y de la revisión de los estudios complementarios(...). El médico u otro profesional de la salud obtiene dicha información del paciente o quien lo represente, siguiendo los pasos metodológicos conocidos como método clínico en el contexto de una consulta médica.”⁶**

Las historias clínicas en Salud Mental constituyen un registro de los datos del paciente, así como de la evolución de su cuadro psicopatológico, cumpliendo con la doble finalidad de ser, por un lado, el documento legal en el que se asientan los tratamientos y procedimientos aplicados al paciente; por otro, en el caso de las instituciones, contribuir al diálogo de las diversas disciplinas que están involucradas en la atención del paciente, ya que todos los profesionales de la institución (médicos clínicos, médicos psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionales, musicoterapeutas, asistentes sociales, enfermeros, etc.) no sólo tienen acceso a este registro sino que están obligados a consignar allí todo su accionar profesional en relación con el paciente. El campo de la Psicología no constituye la excepción: para los psicólogos la historia clínica es un documento legal y obligatorio (tanto en el trabajo en instituciones como en la práctica privada) cuya confección, almacenamiento y destrucción están contemplados en los códigos deontológicos de las asociaciones profesionales en todo el mundo⁷.

II) Diálogo disciplinar: Salud Mental y Medicina

A partir del surgimiento de las ciencias modernas, el campo de la Medicina se erige en tanto discurso que promueve un universo de saber, cuyo objeto de estudio es el cuerpo, cuerpo en su dimensión biológica. Sin embargo, la Psicología y la Medicina configuran disciplinas con lógicas heterogéneas, que conciben nociones de “sujeto”, de “cuerpo” y de “sufrimiento” diferentes. Por un lado, situaremos al discurso médico en su pretensión de universo de saber, articulado a lo real de los avances científico-tecnológicos, que tornan imposibles de anticipar las posibilidades reales de intervención de la ciencia médica sobre el sujeto –biológico- humano.

La ficción siempre ofrece su arte para reflexionar sobre las problemáticas contemporáneas, y -para ejemplificar esto- evocamos el film “La Piel que Habito” de Almodóvar, el cual, siguiendo a Michel Fariña (2012), puede ser leído como “*testimonio de un nuevo paso en la racionalidad científica*” que nos confronta crudamente con la pregunta por el límite ético del avance de la ciencia.

Por otra parte, la Psicología, y el Psicoanálisis en particular, apuntan a alojar al sujeto que padece, desde una posición que sostiene la lógica del no-todo, intentando hacer lugar a la castración simbólica. Es decir, se trata de ofrecer un espacio que resguarde la subjetividad, de acuerdo a la concepción del sujeto en tanto atravesado por el lenguaje, sujeto del inconsciente.

Por lo tanto, siendo la historia clínica un elemento para el análisis clínico proveniente del campo de la Medicina, sostenemos que este registro escrito comportará necesariamente cierta problematización ética para nuestra práctica, a partir del entrecruzamiento de discursos, ya que la Psicología se enmarca en un campo de especificidad heterogéneo del campo de la Medicina.

III) Nueva legislación nacional argentina: Salud y Derechos

En nuestro país, hacia fines de 2009 fue sancionada la ley 26.529 sobre los *Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud*. El espíritu de esta ley, tal como sugiere su título, apunta a resguardar los **derechos** del paciente, quien históricamente había quedado indefenso frente a quienes portaban el saber científico (ya fueran médicos, psicólogos, etc.). Es decir, actualmente se promueve un mayor resguardo de la autonomía de los pacientes en las decisiones que involucran intervenciones sobre su cuerpo, a partir de poner a su disposición toda la información existente, asumiendo previamente que el sujeto está en condiciones de elegir y brindar su consentimiento informado sobre tales prácticas⁸.

En esta misma línea, en diciembre de 2010 se sancionó la nueva Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, normativa –largamente esperada por los profesionales y usuarios del sistema de salud- que acentúa el enfoque de Derechos para *todos* los sujetos con padecimiento *mental*.

El análisis de ambas leyes, enmarcadas en los estándares internacionales del enfoque de derechos humanos y de la bioética, nos habilita a ubicar como *dilemática a la historia clínica en sí misma*: en este registro escrito se debe asentar “*todo acto médico realizado o*

indicado”, incluyendo prescripción de medicamentos, estudios, prácticas, diagnóstico, pronóstico, evolución, etc.; a la vez, el titular de la historia clínica *es el paciente mismo*, quien puede exigir una copia que debe ser entregada dentro de las 48 horas. Incluso, en el Capítulo IV, artículo 7° de la 26657, el apartado g) reconoce el “*Derecho del asistido, su abogado, un familiar o allegado que éste designe, a acceder a sus antecedentes familiares, fichas e historias clínicas.*”

Es decir, la nueva legislación nacional sobre Salud Mental, si bien absolutamente necesaria para reivindicar la autonomía de los pacientes, complejiza la situación para el psicólogo en relación con la historia clínica en tanto no sólo ubican como titular de la misma al paciente, sino que además habilita a terceros a acceder a dicho registro.

Teniendo en cuenta estas coordenadas es insoslayable estar advertidos de que se abre, para los psicólogos, un campo de problemas éticos fundamentalmente en torno a los derechos a la **privacidad** y **confidencialidad** así como a las posibles **implicancias subjetivas** para el paciente de la información consignada en estos documentos.

IV) Algunas problemáticas ético-deontológicas. Registros y Confidencialidad

Para el psicólogo, el sólo hecho de tener que asentar por escrito cuestiones sobre su práctica pone en juego el deber de Secreto Profesional y su concomitante derecho de confidencialidad. El fragmento seleccionado de Dr. House, pone de relieve la importancia de la toma de los recaudos necesarios para la guarda y custodia de la historia clínica, aspecto ya contemplado en la deontología.

Al respecto, el código de ética de la American Psychological Association en su apartado 6.02 afirma:

“(a) Los psicólogos mantienen la confidencialidad al crear, almacenar, acceder, transferir y eliminar los registros bajo su control, sean escritos, automatizados o en otro medio. (...) (b) Si la información confidencial con relación a los destinatarios de servicios psicológicos será ingresada en bases de datos u otros sistemas de registros y estará disponible para personas cuyo acceso no ha sido consentido por el destinatario, los psicólogos utilizan una **codificación** u otras técnicas **para evitar el uso de identificación personal**. (c) Los psicólogos planifican por adelantado para facilitar la apropiada transferencia y proteger la confidencialidad de los registros y datos en caso de alejamiento de sus puestos o práctica.”

En nuestro país, el Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina (FePRA), en el acápite 2.7 de su Código de Ética, sostiene que:

“Los psicólogos garantizarán una apropiada confidencialidad al crear, almacenar, acceder, transferir y eliminar registros bajo su control, con los recaudos apropiados así son impresos, digitalizados, videograbados, etc. Los psicólogos mantienen y eliminan los registros de acuerdo con las reglamentaciones vigentes y en un modo que permita cumplir con los requisitos de este Código de Ética.”

Es decir, los códigos promueven el mayor resguardo posible del derecho de privacidad y confidencialidad en relación con las historias clínicas, ya que se trata de documentos en que se solicita al psicólogo que consigne, entre otros, “b) Datos identificatorios del paciente y su núcleo familiar” y “d) Registros claros y precisos de los actos realizados por los profesionales y auxiliares intervinientes”

En el caso del articulado argentino, se advierte una dificultad dentro del campo deontológico mismo: si bien los registros están al amparo del secreto profesional, el propio código deja en manos del “estricto criterio profesional”¹⁰ el consignar determinados elementos – suspendiendo así el deber de secreto profesional- cuando estos sean “ineludibles” para configurar el informe, a la vez que se insta a adoptar las precauciones necesarias cuando estos registros puedan trascender a organismos donde no sea posible asegurar la privacidad.

En este sentido, tal como observamos en la serie Dr. House, es interesante pensar qué garantías ofrecen las instituciones públicas y / o privadas sobre la seguridad y la confidencialidad de esta información. Y en todo caso, vale interrogarse qué hará el psicólogo cuando dichas condiciones no sean las adecuadas. Por ejemplo, consultorios o armarios de archivo sin llave, consultorios que se comparten, donde diversas personas -otros profesionales, personal de maestranza, personal de seguridad- tienen acceso.

Implicancias subjetivas

Cuando Stacy advierte que su intimidad ha sido burlada, el enojo y la decepción se dirigen a House. Sin embargo, proponemos tensar aún más la cuestión, e hipotetizar qué hubiera sucedido si House relataba las interpretaciones e impresiones de la psicóloga acerca de los dichos de Stacy. Este caso que proponemos, desde el punto de vista jurídico-legal, no constituye una infracción a la normativa, sino todo lo contrario ya que -como hemos situado- el paciente es el titular de su historia clínica y por ende es muy factible que lea su contenido. Sin embargo, nos interrogamos que podría suceder con el lazo entre

paciente – psicólogo y la continuidad del tratamiento.

Si la historia clínica estará en manos del paciente, todo lo que allí se consigne debe ser evaluado minuciosamente en función de los posibles efectos subjetivos que lo escrito por un profesional psicólogo pudiera ejercer sobre su paciente. Los psicólogos no podemos desconocer las implicancias subjetivas que los diagnósticos, pronósticos y cualquier otra referencia al ser o al padecer del paciente potencialmente conllevan. Ubicamos este problema a nivel de lo que, en investigaciones anteriores¹¹, acordamos en llamar “conflicto entre el campo normativo y la dimensión clínica.” La ley nos exige consignar “todo”, sin embargo, no podemos soslayar las posibles consecuencias de hacer letra lo que en un tratamiento se desarrolla. ¿Cómo inscribirá el paciente los rótulos (según las nomenclaturas universales que exige la ley) que su terapeuta ha sentenciado? ¿Está un paciente en condiciones de interpretar correctamente lo que allí se consigna? El leer determinados diagnósticos, ¿favorecen u obturan una posible conmoción de la posición subjetiva? Ineludible será para el psicoanalista la pregunta por la transferencia en relación con la lectura de este material. Una vez más, reconocemos aquí que el sujeto al que se refiere la ley, sujeto titular de su historia clínica, paciente con derechos, no coincide con el sujeto destinatario de la práctica del psicólogo, sujeto del padecimiento psíquico.

Conflicto de Intereses

La complejidad de las historias clínicas se agudiza cuando advertimos que tal registro constituye, para el Derecho, una prueba material de la buena (o mala) praxis de los profesionales. Es decir, en un juicio por mala praxis, serán la historia clínica junto con el consentimiento informado los documentos que permitirán al psicólogo demostrar que ha actuado de buena fe y con toda la pericia que el desarrollo de su profesión requiere.

El artículo 15° de la ley 26.657 indica que: “Tanto la evolución del paciente como cada una de las intervenciones del equipo interdisciplinario deben registrarse a diario en la historia clínica”, estableciendo así un registro que de algún modo evalúa el accionar del psicólogo. Por lo tanto, cuando la historia clínica se convierte en un elemento de control del profesional, creemos lícito interrogarnos sobre la potencial existencia de un conflicto de intereses, en el cual la consideración del Secreto Profesional y de las implicancias subjetivas, supeditados a los principios de Beneficencia y No Maleficencia¹² sobre los pacientes, pueden verse amenazados.

Para resumir este apartado, nos resulta pertinente señalar que, cuando la historia clínica se transforma en un elemento de control, tal como sitúa Marcelo Barros (2009) “... es algo diferente al registro que un analista puede llevar sobre un caso, porque es un documento público expuesto a la mirada del Otro institucional. Y es para ese Otro que se la escribe, no solamente para un registro propio o fines de interconsulta¹³”, aspecto frente al cual debemos estar advertidos.

V) La ficción: experiencia estética para la transmisión de la Ética y la responsabilidad profesional

Una vez más, acordamos con que el criterio profesional debe regir la posición ética del psicólogo frente a las problemáticas éticas, en este caso¹⁴ aquellas que surgen a partir de la confección de las historias clínicas, criterio que se sostendrá tanto en el campo deontológico como en la dimensión clínica de la ética profesional (Salomone, 2006), siendo este último un concepto que nos resulta clave para pensar tal posición, es decir, aquella dimensión que hace lugar a la singularidad del sujeto.

Creemos pertinente reafirmar que la responsabilidad profesional se pone en juego en el momento de la **escritura misma** de las historias clínicas, escritura que implicará siempre un recorte en que el psicólogo se ve convocado a asumir una decisión.

Por otra parte, cabe destacar la importancia de la **transmisión de una perspectiva ética enlazada a la responsabilidad en relación a las historias clínicas desde la formación universitaria de grado**. Es en este ámbito donde los futuros profesionales toman contacto por primera vez con estos registros, en especial, en las prácticas pre-profesionales. Se torna fundamental una lectura atenta y crítica de ellos, que incluya las variables desarrolladas en los párrafos anteriores y que ponga en cuestión su confección como una mera tarea administrativa y como reaseguro de la buena praxis del profesional. Al respecto, advertimos que -tanto el manejo de historias clínicas como su confección- generalmente configuran una práctica naturalizada, que queda ubicada más a modo de requisito a cumplir, sin atender a las múltiples variables involucradas que surgen del entrecruzamiento de los discursos médico, jurídico y psicológico.

La transmisión de la ética y de la responsabilidad profesional debe necesariamente atravesar la formación de

los psicólogos. El modo en que se lleve a cabo tal transmisión será fundamental y las series de ficción televisivas pueden configurar una experiencia ético-estética que – en virtud de la vivencia que promueve- contribuya fuertemente a la reflexión de los estudiantes¹⁵.

En la viñeta seleccionada, la conmoción de Stacy al saber que sus secretos, confiados en el marco de su terapia, han sido revelados, no deja impasible al espectador, así como tampoco la expresión de House que denuncia cierto registro de la gravedad de lo que ha hecho.

La serie omite una escena que nosotros no podemos omitir: qué posición asumirá la psicóloga al tomar conocimiento de lo sucedido y qué lugar para la reflexión acerca de la responsabilidad profesional habrá allí.

Para concluir

Hemos dado cuenta de la complejidad que comporta la historia clínica para la práctica del psicólogo ya que se trata de un elemento que ha sido extrapolado de un campo heterogéneo al de nuestra disciplina y que a la vez posee el estatuto de documento legal que apunta al resguardo de los derechos del paciente, protegiendo especialmente su autodeterminación y autonomía. A la vez, configura un deber para el profesional y un registro de su actuación profesional. Por último, la historia clínica es propiedad del paciente, e incluso puede ser solicitada por terceros (un juez, un familiar del paciente, etc.). En este entramado complejo se sitúa la historia clínica, y por lo tanto su confección, manejo y almacenamiento convoca a la responsabilidad profesional y a un posicionamiento ético por parte de los psicólogos.

Hacer lugar a la tensión permanente entre el enfoque de derechos y el sujeto de la clínica es un desafío al que no podemos renunciar, y al que sólo se puede atender problematizando y desnaturalizando las prácticas de nuestra profesión, comenzando desde la formación de grado de los psicólogos.

La ficción viene a nuestro auxilio para re-presentar las problemáticas éticas contemporáneas. Nuestro principal objetivo es que los futuros psicólogos se sensibilicen respecto de la responsabilidad que conlleva ser los depositarios del padecimiento y de los sentimientos más íntimos de nuestros pacientes, responsabilidad ineludible e indelegable.

Referencias

American Psychological Association: Principios éticos de los psicólogos y código de conducta. 2010. Traducción para uso interno disponible en: http://www.proyectoetica.org/descargas/normativas_deontologicas/APA%202010.pdf

Barros, M. (2009). *Psicoanálisis en el hospital: El tiempo de tratamiento*. Buenos Aires: Grama Ediciones.

Federación Psicólogos de la República Argentina (FePRA). (1999). *Código de Ética Nacional*.

Historia Clínica. Cátedra de Semiología Clínica, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Rosario. Recuperado de: <http://www.semiologiaclinica.com>

Lacan, J. (1966). *Psicoanálisis y medicina*. En *Intervenciones y Textos 1* (pp.86-99). Buenos Aires: Manantial, 2006.

Ley 26.529. Ley de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Sancionada: Octubre 21 de 2009 y Promulgada de Hecho: Noviembre 19 de 2009.

Ley 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. Sancionada: Noviembre 25 de 2010. Promulgada: Diciembre 2 de 2010.

Michel Fariña, J. J. (2011). El cinismo ético del Dr. House. En Montesano H., Michel Fariña J. J. (Comp.), *Cuestiones ético-clínicas en series televisivas. Dr. House, In treatment, Los Soprano, Grey's anatomy* (pp. 6-12). Buenos Aires: Dynamo Editorial.

Michel Fariña, J. J. (2012). Almodóvar con Sófocles: De humani corpori fabrica. En Michel Fariña J. J. y Solbakk, J. H. (Comp.), *(Bio) ética y cine. Tragedia griega y acontecimiento del cuerpo* (pp. 171-183). Buenos Aires: Letra Viva.

Salomone, G. Z. et al. (2010). Informe Final: *Variables jurídicas en la práctica psicológica: sistematización de cuestiones éticas, clínicas y deontológicas a través de un estudio exploratorio descriptivo*. UBACyT P431. Programación Científica 2008-2010. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.

1 El presente artículo es una versión revisada y ampliada de *Historias clínicas: reflexiones acerca de las problemáticas éticas para el psicólogo*, presentado en el V Congreso Marplatense de Psicología de alcance internacional: “*La psicología en el porvenir de la cultura. El semejante: entre el enemigo y el desamparado*”. Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata, 1, 2 y 3 de Diciembre de 2011. ISBN: 978-987-544-391-4 (CD-ROM).

2 Viñeta elaborada a partir de los capítulos 10 y 11 de la segunda temporada de la serie televisiva “Dr. House”.

3 Sugerimos revisar el desarrollo que el autor realiza sobre este término, que es bien distinto de su uso popular.

4 En esta ocasión, nuestro recorte versa sobre los dilemas éticos a los que se enfrenta el profesional psicólogo. Sin embargo, nos interesa dejar instalada la pregunta sobre los potenciales dilemas éticos para los médicos psiquiatras, en tanto esta especialidad del campo de la medicina se diferencia del resto en tanto aborda el padecimiento mental.

5 Al respecto, ver la Declaración de Bioética y Derechos Humanos de UNESCO, 2006, disponible en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180s.pdf>

6 *Historia Clínica*. Cátedra de Semiología Clínica, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Rosario. El destacado es nuestro.

7 Al respecto, sugerimos revisar la compilación de códigos deontológicos de los países de nuestra región y otros, disponible en: www.proyectoetica.org

8 Para ampliar el abordaje conceptual del capítulo deontológico sobre el consentimiento informado, nos interesa destacar la perspectiva trabajada en Domínguez, M. E. (2011). Alex: una e-lección posible. En *Cuestiones ético-clínicas en series televisivas. Dr. House, In treatment, Los Soprano, Grey's Anatomy* (pp. 27-43). Buenos Aires: Editorial Dynamo.

9 Ley de Derechos de Paciente.

10 Código de Ética Nacional de FePRA, artículo 2.2.

11 Proyecto UBACyT Variables *jurídicas en la práctica psicológica: sistematización de cuestiones éticas, clínicas y deontológicas a través de un estudio exploratorio descriptivo*. P431. Programación Científica 2008-2010. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Directora: Prof. Gabriela Z. Salomone.

12 Al respecto, ver: Código de Ética de la APA, Principio A.

13 El destacado es nuestro.

14 En otro lugar hemos desarrollado las problemáticas éticas que se abren a partir de la redacción de informes. Ver: López, G. A. (2010). *Redacción de informes para el ámbito jurídico: desafío ético del psicólogo*. II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XVII Jornadas de Investigación, Sexto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR: “*Clínica e Investigación. Contribuciones a las Problemáticas Sociales*”. Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, Noviembre 2010. ISSN 1669-5097.

15 En este sentido, remitimos al lector al website www.eticaycine.org en el que se compila parte del trabajo realizado en el marco de la Cátedra I de Psicología, Ética y Derechos Humanos, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, en el marco del Proyecto UBACyT 2011-2014: *Ética y Derechos Humanos: su articulación en la Declaración Universal (UNESCO 2005) frente a los nuevos dilemas de la práctica profesional (II Parte)*. Dir. Juan Jorge Michel Fariña.

Una hipótesis clínica acerca del padecimiento de Gregory House

House M.D. | EEUU | 2004-2012

Mauro Lionel Zamijovsky*

Universidad de Buenos Aires

Recibido 9 agosto 2012; aceptado 10 septiembre 2012

Resumen

Se ensayará en este trabajo una hipótesis clínica acerca del padecimiento de Gregory House, utilizando como referencia los dos últimos capítulos de la cuarta temporada. En ellos podremos analizar, sirviéndonos del circuito de la responsabilidad, las relaciones que el protagonista entabla con los Otros, su punto de goce y las respuestas que brinda en relación a su deseo. También estos dos capítulos nos permiten observar con claridad los conceptos de *responsabilidad, necesidad, azar, y figuras de la culpa*. Como decantación, finalmente, estaremos en condiciones de observar la posición subjetiva que sostiene Gregory House en este pasaje de la serie –y que es denominador común en muchos otros pasajes- y que ubicamos como causante de su padecimiento. Se recomienda ver los capítulos a los que hacemos referencia.

Palabras clave

Dr. House | Responsabilidad | Necesidad | Azar.

A clinical hypothesis regarding Gregory House's affliction

Abstract

In this work a clinical hypothesis regarding Gregory House's affliction will be examined, using the last two chapters of the fourth season. Making use of the circuit of responsibility, we will be able analyze how the protagonist establishes his relationship with Others, his point of enjoyment and the answers he offers in relation to his desire. These two chapters will also allow us to clearly observe the concepts of *responsibility, necessity, chance and figures of guilt*. The filtered result will place us in a position to see the subjective position which sustains Gregory House in this part of the series – a common denominator found in many other passages – and which we identify as the cause of his affliction. We recommend seeing the chapters we make reference to.

Key words: Dr. House | Responsibility | Necessity | Chance.

La búsqueda de la verdad

El penúltimo capítulo de la cuarta temporada de Dr. House tiene su escena inicial en un prostíbulo, y, por alguna razón, esto que ya no nos sorprende del protagonista, a este le resulta completamente ajeno. La mirada desencajada comienza a registrar el lugar, imágenes inconexas se le imponen. “*¿Cómo llegué hasta aquí?*”. Se nos presenta un House con amnesia global, una herida ensangrentada en la cabeza, un puñado de recuerdos incoherentes y la convicción de que “*alguien va a morir si no lo encuentro*”. Sale del lugar y se choca con la escena del acontecimiento: luces rojas y azules que iluminan intermitentemente la noche, sirenas que aullan

juxtapuestas mientras policías vallan la zona y médicos llevan en brazos hacia las ambulancias gente herida que los bomberos acabaron de extraer de los restos de un colectivo volcado. Presentación. Títulos. Y aparecemos en el hospital. “*Vi que alguien moría*”, dice House, quien creyó ver un síntoma antes del choque. “*Has visto 30 personas volando entre el vidrio y el metal*”, le responde su mejor y cientoúnico amigo Wilson. Las imágenes que a House se le imponen son recuerdos fugaces del accidente. El colectivo en el que viajaba impactó contra un camión de basura y volcó; ahora lo sabemos por los dichos de los pasajeros del colectivo que fueron trasladados al hospital donde House trabaja. Comienza a buscar compulsivamente “el síntoma” que vio en los recuerdos. Del éxito de la búsqueda

* zami.mauro.lionel@gmail.com

pareciera depender la vida de un pasajero anónimo sobre quien se expresó dicho síntoma. “*Nadie se va de aquí hasta que yo lo diga*”. A partir del síntoma, aquello que en este momento podemos llamar *el enigma de la naturaleza*, ese imposible que la Medicina intenta decodificar, se moviliza una búsqueda que espera la respuesta en los anaqueles de una biblioteca. En ese código preexistente que tiene como horizonte asintótico la explicación última que nos salve de la angustia que produce el no saber; no saber constitutivo, estructural. La Ciencia, la Razón; a ellas las ubicamos en el plano de lo Particular¹.

Las figuras de la culpa

House se va a someter a distintos procedimientos para llenar esos espacios de memoria en los que se esconde la clave de la resolución del enigma. Recurre en primer lugar a la hipnosis. Bajo los influjos de esta técnica, y a pesar de las distracciones de Wilson, logra situarse en un bar y recordar que le quitaron las llaves de la moto, razón por la cual tomó el colectivo. Irrumpe en el recuerdo Amber, la esposa de Wilson; pero no aparece como parte del recuerdo, sino más bien, podríamos pensarlo nosotros, como un real que lo perturba. El inconciente ha hecho su entrada. Un sin-sentido se produjo y abre un problema ético. Algo llama a House a dar respuesta por aquello que siendo ajeno a él, le pertenece. “*¿Tienes a mi esposa en la cabeza?*”, le pregunta Wilson, “*Tú la has puesto ahí*”, se defiende House. Como vemos, el protagonista echa mano a la proyección, figura de la culpa que taponar la pregunta abierta por el inconciente. No obstante nos orienta en las vías del deseo, que puede ser reprimido, pero no destruido.

Avanza el capítulo. Nuestro protagonista resulta tener una fractura en el cráneo y tiene que descansar, pero se niega a hacerlo hasta resolver el acertijo, aun a riesgo de comprometer su salud. A esto Wilson le increpa “*¿Por qué? ¿Por qué este tipo? ¿Quieres síntomas extraños y sin diagnosticar? Todas las mañanas recibes casos así. Y nunca arriesgas tu vida por ellos. ¿Por qué este es tan especial que de pronto te conviertes en Batman?*”. Hete aquí otra figura de la culpa: el altruismo. House responde “*No sé*”.

El enigma que insiste

En sus “regresiones” a la escena del autobus, una y otra vez se le aparece una mujer que llama particularmente su atención. No es pasajera, no viajaba con él y nunca la había visto anteriormente. “*¿Quién eres?*”, a lo que la mujer le contesta “*Soy la respuesta*”. House finalmente encuentra el

síntoma y su portador, deduce la causa de su enfermedad y lo cura. No obstante esta mujer se le presenta nuevamente en sueños y alucinaciones por drogas. Si *la respuesta* insiste, es porque hay un interrogante que sigue abierto o, podríamos decir también, que no se ha formulado aún. Esta formación del inconciente le señala que el enigma no está resuelto, porque tiene otro estatuto. Hay *algo más* que lo compromete a él como sujeto y todavía no logra dilucidar. “*¿Por qué es tan importante?*”, le preguntan al ver que House reanudaba la búsqueda de recuerdos; “*no lo sé*”, responde nuevamente.

Preguntas que exigen respuestas

Y otra vez *regresa* a la escena del autobus con la ayuda de algunas pastillas que potencialmente podrían “volarle el corazón”. Otra vez frente a esa mujer-respuesta. “*¿Por qué estás aquí?*”, pregunta House, “*Crees en la razón por sobre todo. Debe haber una razón*”, contesta la mujer que, sin ser psicoanalista, parecía estar hablándole de la sobredeterminación y la lógica del funcionamiento del inconciente, del cual ella era fiel evidencia. Haciendo las veces de analista, la mujer-respuesta lo interpela por la causa.

Mujer-respuesta: ¿Quién soy? Sabes quién soy. ¿De qué está hecho mi collar?

House: De resina.

M: No, ¿quién soy? ¿De qué está hecho mi collar?

H: No...

M: ¿Quién soy?

H: Ámbar...

Y como por arte de magia la mujer-respuesta adopta la forma de la esposa de Wilson. El significativo Amber-Ámbar, en castellano- había caído bajo la represión y emergido desplazado, como formación de compromiso, en un collar de ámbar. Ubicamos aquí un punto de inflexión, un punto sin retorno. La emergencia de esta **singularidad** nos introduce de lleno en el **Tiempo 2** del circuito de la responsabilidad, y nos devela una escena hasta el momento oculta: House viajando algo borracho con la mujer de su mejor amigo en el autobus del accidente; ella era la persona cuya vida corre peligro. No lo sabían porque había sido trasladada a un hospital cercano. Para entender mejor de qué estamos hablando, recapitemos un poco y resignifiquemos a la luz del acontecimiento lo dicho.

Recordemos cómo comienza el capítulo: House resuelto a desentrañar un enigma que compromete la vida de una persona. Uno podría pensar: “*al haber enigma, al formularse una pregunta se devela un punto de no saber, una*

inconsistencia que evidencia la falta del sujeto. ¡Ya tenemos el problema ético!” Pero esta sentencia exige una revisión más cautelosa. Es verdad que se abre una pregunta al comienzo del capítulo, pero de eso se trata el universo particular del protagonista. Resolver enigmas es su trabajo, no presenta una novedad en el “saber hacer” de House como médico; eso no conmueve realmente su fantasma, más bien lo refuerza. ¿Cómo es eso? Bien; House aborda problemas médicos, y la pregunta que abre el capítulo es de este carácter. House se responde a través del Otro de la Ciencia y la Razón que lo hablan y en los cuales encuentra su goce. Esta alienación a un Otro pretendido omnisciente –el psicoanálisis nos alerta de esto- no es sin una satisfacción en juego: el protagonista es considerado el mejor y más prestigioso médico diagnosticador. Es un infeliz, lo sabemos, pero no ubicamos de ninguna manera la angustia en relación a su quehacer profesional, a su universo particular. “¡Pero en este caso es distinto, *House emprende una búsqueda compulsiva que lo lleva a poner en riesgo su propia vida!* ¡Desde un comienzo estamos en el Tiempo 2 ya que hay algo disruptivo ahí en juego que lo compromete a él como sujeto!”), podríamos pensar. Sin embargo estos “indicadores de disruptividad” que nos problematizan, y que problematizan al protagonista, los vemos ahora en retrospectiva, resignificados por la singularidad que inaugura el Tiempo 2. La búsqueda compulsiva, la proyección (“*¿Tienes a mi esposa en la cabeza?*”, pregunta Wilson, “*Tú la pusiste ahí*”, se defiende House), el altruismo (querer ser “Batman”), la negación (“*¿Quién soy? ¿De qué está hecho mi collar?*” – “No...”)) y hasta el olvido de la escena del accidente y de la esposa de Wilson, son todos situables como **figuras de la culpa**, que pretenden taponar la pregunta desplegada desresponsabilizando al sujeto. Hasta aquí entonces tenemos un House completo, alienado en un Otro sin barrar, que descubre el síntoma, su portador, la enfermedad y la cura.

Llegamos nuevamente al punto en el que reconocemos la singularidad en situación, ese exceso, ese plus disruptivo que abre una grieta que evidencia el desfallecimiento de lo simbólico ante lo real. Como ya se señaló, ya habían emergido con anterioridad algunas formaciones del inconciente (como la figura de Amber o la mujer-respuesta) a las que House desestimó. Es en este punto donde las diferenciamos del último diálogo con la mujer-respuesta, al que sí ubicamos como *singularidad en situación*, ya que en este caso, aparte del trabajo de *producción*, también hay *nominación* y se hace una *lectura* del mismo². Es decir, House nombra como singular aquello que se ha producido y lo hace hablar. Producción y nominación abren

preguntas que lo dividen; la lectura, considero, da lugar a la posibilidad de crear un nuevo sujeto. De cualquier manera, se pone en juego la castración. Lacan apunta, en su relectura de Freud, que la castración es una operación que apunta menos al *tener* que al *ser*. Las preguntas que se despliegan en este Tiempo 2, son preguntas que problematizan al *ser* en su totalidad, y su lugar en el deseo del Otro. *Chè vuoi? ¿Qué me quieres?* “¿Qué hacía yo con la mujer de mi mejor amigo a la madrugada en un autobus? ¿Qué soy para ella? ¿Qué lugar ocupo en su deseo? ¿Quién seré para mi amigo? ¿Qué lugar ocuparé en su deseo?”. Podríamos pensar que son las preguntas que requieren respuesta, que exigen una decisión por parte del sujeto. Veremos si se aliena en el Otro del Destino, del Azar, o si puede desplegar una respuesta distinta encaminada en los rieles singulares de su propio deseo.

La Otra escena

Último capítulo de la cuarta temporada. ¿Qué sabemos hasta aquí? Sabemos que Amber era la persona cuya vida corría serio peligro y que House, mediante una defensa que operaba no sin esporádicos fracasos, destinó a la represión justamente porque la situación del accidente exigía una serie de respuestas que lo comprometerían como sujeto. Amber agoniza, entonces, por un cuadro desconocido desatado a partir del choque. Es trasladada de clínica y House, tras un infarto ocasionado por la última ingesta de pastillas, toma las riendas del caso. Se suman más figuras de la culpa: el protagonista acepta los procedimientos médicos propuestos por Wilson, a pesar de saberlos no adecuados. Al no dar con el diagnóstico, House decide someterse a una estimulación cerebral profunda para acceder a algún otro recuerdo que lo oriente en la cura de Amber. Es decir, resuelve que le agujereen el cráneo ya fracturado y que le “electrocuten el cerebro”, todo esto luego de regresar de un infarto. Con este procedimiento llegamos al meollo de la situación. El protagonista logra recordar lo siguiente: la noche del accidente se encontraba borracho en un bar. El barman le quita las llaves y él decide llamar a casa de Wilson para que lo vaya a buscar. Es en este punto donde situaremos el Tiempo 1 del circuito de la responsabilidad. El llamado a su amigo Wilson nos pone en pista acerca del deseo de Gregory House. El deseo -concepto basal dentro de la teoría y la clínica psicoanalítica-, eso que singulariza al sujeto, no puede ser dicho, hay algo de él que escapa al orden de la palabra.³ Sin embargo no es inefable, y sólo se puede acceder a él *a través* de las palabras. *Entre ellas*. El sujeto humano está condenado a hablar, y cuando

quiere pedir algo se dirige a un Otro con cierto grado de alteridad. Volvamos ahora a la escena del llamado. Ahí está. Congelémosla por un momento y descompongámosla para extraer algunos elementos útiles al análisis. House está borracho. Lo suficiente como para inhabilitarlo a conducir una moto, pero no tanto como para que no pueda regresar solo a su casa por otros medios. Bien podría tomar un taxi o el colectivo sin ayuda de nadie. Sin embargo *decide* llamar a su amigo Wilson para que lo vaya a buscar. Este llamado, al que aventuramos señalar como *demanda de amor*, recuerda al grito del niño que busca la presencia de la madre. Adentrémonos un poco más en esto. Tomemos el aforismo laciano “El deseo es el deseo del Otro” y pensemos que para House, en este caso en particular, *el deseo es el deseo de Wilson*. No el deseo *por* Wilson, sino que el deseo es *ser* deseado por Wilson, es decir, ocupar un lugar de privilegio en el deseo de su amigo.⁴ Volvemos entonces a la escena congelada y ya no es la misma ante nuestra mirada. Todo pareciera despertarnos cierta sospecha. Hay algo de ficción en el aire, y la clave está en el llamado. Este encubre y devela a la vez -ahora lo sabemos- el carácter teatral de toda la situación, orquestado más allá de la conciencia, desde un *Otro* lugar. La visita a un bar, la borrachera, y el llamado a Wilson no son más que una *puesta en escena* para poner nuevamente a prueba la amistad de su amigo. Una puesta en escena para reafirmarse como objeto de deseo de Wilson. Para intentar responder la pregunta acerca de qué quiere el Otro de mí. ¿Qué lugar ocupó en su deseo? Es en la acción específica del llamado a Wilson en donde apuntamos el Tiempo 1, al que ahora vemos resignificado *après-coup* por la interpelación a través de la culpa⁵. Es por la posición subjetiva que sostiene y da lugar a este llamado, por lo que Gregory House tendrá que dar respuesta.

Necesidad y azar

El capítulo continúa. El tono del teléfono es interrumpido por una voz no esperada por el protagonista. Es Amber quien contesta; Wilson estaba de guardia. La mujer, ocultándole este hecho a House para que no moleste al marido, decide ir a buscarlo ella. Una vez los dos de regreso en el autobús, Amber toma unas pastillas para la gripe. Acto seguido se produce el choque. El extraño cuadro presentado por Amber se resuelve de la siguiente manera: Toma el medicamento para la gripe y luego acontece el accidente (aquí ubicamos el **azar**). Con el accidente

se dañan los riñones, encargados de procesar los medicamentos (no removibles a través de diálisis), condenando inexorablemente a Amber a una muerte por intoxicación. Esto es, claramente, del orden de la **necesidad**. Ahora sí House tiene todos los elementos necesarios como para dar una respuesta al interrogante abierto. Podría sumirse en la culpa sintomática, que paga por lo que no se hizo para no responsabilizarse por lo que sí se hizo –o mejor dicho, por lo que se *es*-. O podría resguardarse en el Otro riguroso de la Necesidad, alegando que la droga no filtrada por los riñones y adherida a las proteínas son causa segura de muerte; que uno más uno es dos y nada puede hacer él contra esa arbitrariedad. Podría también escudarse en el Otro del Azar, aludiendo que estaban fuera de su alcance las maniobras del destino, que decidió caprichosamente citar en la misma esquina y a la misma hora a un camión de basura y a un colectivo. Podría, por otro lado, desplegar otra respuesta que se ubique entre Necesidad y Azar, una respuesta que le dé un papel al sujeto dentro de esa serie de eventos desafortunados que concluyeron con la muerte de la esposa de su mejor amigo.

Una decisión de vida o muerte

La estimulación cerebral profunda le costó al protagonista una seria estadía en la sala de terapia intensiva. Mientras se debatía entre la vida y la muerte, este último y exquisito diálogo se proyectaba en su cabeza. El escenario: un impecable autobús. Tras las ventanillas, la nada más absoluta. Veamos aquí manifestada explícitamente la culpa que ob-liga, y que da lugar a un Tiempo 3 en el circuito de la responsabilidad.

House: Estás muerta.

Amber: Todos mueren⁶.

H: ¿Estoy muerto?

A: Aún no.

H: Debería estarlo.

A: ¿Por qué?

H: Porque la vida no debería ser aleatoria. Los solitarios misántropos drogadictos deberían morir en choques de autobús, y las jóvenes enamoradas que hacen el bien y a las que arrastran de su casa a media noche deberían salir ilesas.

A: La autocompasión no es tu estilo.

H: Estoy diversificando desde el auto-odio y la autodestrucción. Wilson me odiará.

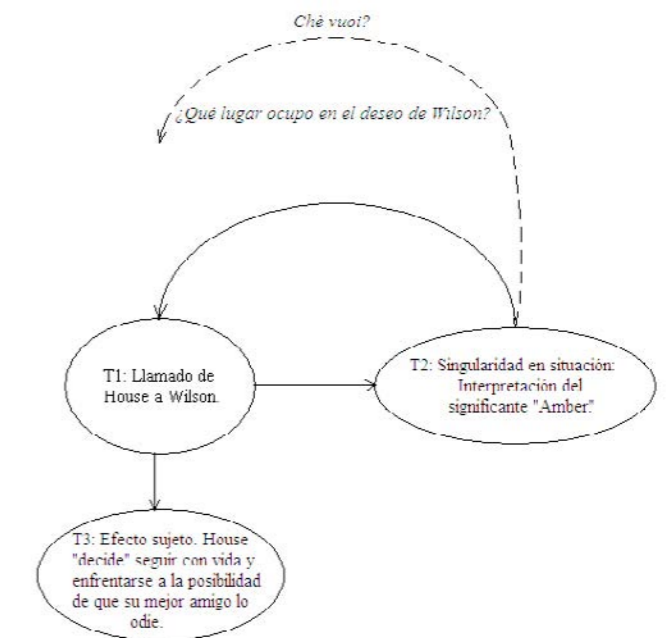
A: De algún modo, lo mereces.
H: Es mi mejor amigo.
A: Lo sé. ¿Y ahora qué?
H: Me quedo aquí contigo.
A: Baja del autobús.
H: No puedo.
A: ¿Por qué?
H: Porque... aquí no duele. Mentí. No quiero que me duela, no quiero ser desdichado. Y no quiero que él me odie.
A: Y, bueno. No siempre puedes tener lo que quieres.

Y sale House caminando descalzo del blanco autobus. La imagen retorna a la clínica, el protagonista abre los ojos nuevamente a la vida.

Algunas conclusiones

Diremos, para ir concluyendo, que observamos en el Dr. House un sujeto alienado al Otro de la Ciencia, la Razón, la Medicina. Todos ellos lo hablan y lo gozan, y en ellos el protagonista encuentra su goce: ser el más prestigioso médico diagnosticador. Sin embargo esto no es sin un costo subjetivo. Cuando el que habla es siempre Otro, uno se va quedando mudo. House intenta con todos sus esfuerzos sostener al Otro completo, ya que Su castración implicaría por lógica la propia castración del protagonista –operación que revela la inconsistencia subjetiva, la falta-en-ser-. Ahora bien, cuando la castración opera, conmueve la posición de objeto gozado y exige un sujeto capaz de tolerar la falta estructural. En este punto es donde el protagonista pareciera hacer siempre agua. Podríamos arriesgarnos a decir que en House el “Doctor” tiene unas proporciones tan inmensas que no deja que algo de Gregory advenga. Es entonces cuando sobreviene

la angustia y nuestro protagonista monta una escena -lo observamos reiteradas veces en el transcurso de la serie- en la que se ve en la necesidad de que Otro lo rescate. Es decir, que el Otro lo reafirme como sujeto deseado. Que lo ubique como sujeto valioso más allá de su labor médica, como persona. En la puesta en escena de “**la decisión**” acerca de si seguir viviendo o no, en la que ubicamos el Tiempo 3, vemos un efecto sujeto, una puesta en acto que responde a la interpelación del Tiempo 2. En esta escena ubicamos la responsabilidad subjetiva que diluye momentáneamente la culpa. Termina la temporada con Gregory House enfrentando la mirada de su amigo Wilson, dando respuesta⁷ a esos ojos ambivalentes, dejándonos a nosotros con la intriga de saber si habrá un Tiempo 4 en el circuito de la responsabilidad⁸, o si lo encontraremos en la siguiente temporada resguardado otra vez en la seguridad del discurso del Otro.



Circuito de la responsabilidad modificado a la manera del Grafo del deseo para hacer mención a los interrogantes desplegados por la singularidad en situación.

Referencias

- Lewkowicz, I.: (1997) “Particular, Universal, Singular” en *Ética. Un horizonte en quiebra*. Eudeba, Buenos Aires.
- Umérez, O.: (2003) “Clase N° 2” en *Cuaderno de Teóricos*, publicado por el Centro de Estudiantes de Psicología, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- D’Amore, O.: (2006) “Responsabilidad subjetiva y culpa” en *La transmisión de la ética: Clínica y deontología*. Letra viva, Buenos Aires.
- Michel Fariña, J. J. y Gutiérrez C.: (1996) “Veinte años son nada”. En *Causas y Azares*, N° 3, Buenos Aires.
- Domínguez, M. E.: (2001) “Los carriles de la responsabilidad: el circuito de un análisis”. En *La transmisión de la ética: Clínica y deontología*, Letra viva, Buenos Aires.

- 1 Lewkowicz, I.: (1997) “Particular, Universal, Singular” en *Ética. Un horizonte en quiebra*. Eudeba, Buenos Aires.
- 2 Ídem 1.
- 3 Umérez, O.: (2003) “Clase N° 2” en *Cuaderno de Teóricos*, publicado por el Centro de Estudiantes de Psicología, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- 4 En su Cuaderno de Teóricos (Íbid 3) Osvaldo Umérez apunta que el aforismo “El deseo es el deseo del Otro” puede despertar cierto margen de confusión en torno a la partícula *del*. Para la gramática cuando hay una partícula *de* o *del* estamos en presencia de un *genitivo*, que en este caso puede diversificarse en dos modalidades. El genitivo subjetivo le da al aforismo un sentido equivalente a “El deseo es el deseo *por* el Otro”; mientras que el genitivo objetivo hace hincapié en que el deseo es el deseo *del* Otro, destacando el carácter deseante del Otro. Es el genitivo objetivo el utilizado para la lectura del concepto de *deseo* en la obra de Lacan.
- 5 D’Amore, O.: (2006) “Responsabilidad subjetiva y culpa” en *La transmisión de la ética: Clínica y deontología*. Letra viva, Buenos Aires.
- 6 La respuesta de Amber es, tanto para el protagonista como para el espectador, un guiño que se pierde en la traducción al castellano. Contesta “Everybody dies” (“Todos mueren”), jugando con la homofonía en relación a la frase de cabecera de House: “Todos mienten” (“Everybody lies”).
- 7 Michel Fariña, J. J. y Gutiérrez C.: (1996) “Veinte años son nada”. En *Causas y Azares*, N° 3, Buenos Aires. Allí apuntan que *responsabilidad* deriva del vocablo latino *respondere*. Y responsable es aquel del que se espera una respuesta.
- 8 Domínguez, M. E.: (2001) “Los carriles de la responsabilidad: el circuito de un análisis”. En *La transmisión de la ética: Clínica y deontología*, Letra viva, Buenos Aires. Allí propone un 4º tiempo en el circuito de la responsabilidad, el del *saber-hacer-abí, cada vez*, en relación al síntoma.

Bioética y ópera

House, un príncipe ignoto para Tur-Andie-Dot

Juan Jorge Michel Fariña *

Universidad de Buenos Aires

Recibido 10 agosto 2012; aceptado 11 septiembre 2012

Introducción: la ópera y la ética médica

¿Puede considerarse al género operístico como un sucedáneo de la tragedia griega? Desde el punto de vista estético seguramente que sí. Confluyen en él la escritura de un drama, su puesta en escena a través de actores y sobre todo la música, que imprime a la representación lo inenarrable del pathos situacional. Desde el punto de vista de su función social, el legado de la tragedia habría que buscarlo más bien en el cine y las series televisivas, que se han transformado en el verdadero arte de masas del siglo XX y lo que va del XXI. Pero en rigor esta división clásica debe ser puesta en cuestión. Ante todo porque las fronteras entre los géneros tienden a disolverse, pero especialmente porque va tomando entidad lo que Wagner concebía como *Gesamtkunstwerk*, como obra de arte total, término que acuñó para referirse a una creación que integraba la música, el teatro y las artes visuales.

De hecho las puestas operísticas están siendo concebidas como verdaderos espectáculos cinematográficos y recíprocamente el cine se nutre permanentemente de la inspiración lírica.¹

Esta potencia narrativa ha llevado transformar al género operístico en escenario frecuente para el debate moral contemporáneo. Los ejemplos son muchos. Por tomar sólo las referencias a cuestiones bioéticas, recordemos que el origen mismo del término está asociado a una ópera. Cuando en 1927 Fritz Jahr publica su artículo *Bio-ética: una perspectiva de la relación ética de los seres humanos con los animales y las plantas* (Jahr, 1927), lo hace inspirado en la obra de Wagner *Parsifal*, cuyo primer acto nos confronta con la muerte de un cisne a manos de un cazador furtivo, interpelando nuestra sensibilidad para con la *muerte del otro*.

Tenemos también la conmovedora escena de la ópera *Andrea Chenier*, de Umberto Giordano, elegida para plantear por primera vez ante el gran público la cuestión del Sida, en el film *Filadelfia* (Jonathan Demme, 1993). O el debate sobre el suicidio asistido y la pena de muerte en *La vida de David Gale* (Alan Parker, 2003), narrado a través de un aria de *Turandot*, de Puccini. O la elección de objeto amoroso y sus vicisitudes socio-sanitarias, en torno al aria final de *Tosca*, en el film *Milk* (Gus van Sant, 2008). Hasta las más recientes referencias a la enfermedad mental a través de Wagner, con la obertura de *Tristán e Isolda* en *Melancholia* (Lars von Tiers, 2011) y la complejidad ética de la transferencia analítica abordada a través de *El Anillo del Nibelungo*, también de Wagner, por David Cronenberg en su film *A Dangerous Method*. (Michel Fariña & Lima, 2012). Y deberíamos agregar la cuestión de la mutilación, de la amputación brutal entre hermanos o esposos, a través del aria *Lascia ch'io pianga*, de Händel, en *Farinelli* (Corbiau, 1994) y en *Anticristo* (Lars von Trier, 2009).

Pero si hay un fragmento operístico que ha gozado de la predilección de cineastas y dramaturgos, este es el *Nessun Dorma*, aria del tercer acto de la ópera *Turandot*, de Giacomo Puccini. Fue utilizado por Alejandro Amenabar en su film *Mar Adentro* (Amenabar, 2004), en una escena que ha devenido antológica. Ramón Sampedro, quien padece de cuadriplejía desde su juventud cuando se accidentó al arrojar al mar, yace postrado inmóvil mirando eternamente la ventana de su cuarto. Ha pasado los últimos treinta años de su vida en esta condición y ha decidido que no quiere seguir viviendo. Cuando la tensión entre su reclamo de una muerte digna y la negativa del Estado español llega al punto límite, los espectadores nos vemos confrontados con el aria de Puccini. La música envuelve la habitación y se extiende a la sala de cine. Y por esa ventana abierta Sampedro iniciará

* jjmf@psi.uba.ar

su vuelo, su retorno al mar, su reencuentro con un amor largamente anhelado. Ya no podrá seguir durmiendo en los signos de Otro que le indique lo que debe hacer. Nadie puede dormir (*nessun dorma*) cuando se está convocado a responder. (Dvoskin, 2011, Lima, 2012)

En esta misma línea, el *nessun dorma* ha sido utilizado en otras producciones en las cuales se busca transmitir al espectador el pathos de una situación dilemática desde el punto de vista médico. Es el caso del fragmento de *Aria* filmado por Ken Russell en 1987, en el que el célebre pasaje de Puccini es recreado en la escena del quirófano, acompañando el vuelo de la paciente que está siendo intervenida quirúrgicamente luego de haber sufrido un grave accidente automovilístico.²

Un diagnóstico complejo

Autopsia, segundo episodio de la segunda temporada de House, no sólo apela al aria de Turandot, sino que toda su trama puede ser leída en torno al argumento operístico. Se trata de uno de los capítulos más agudos de la serie, tanto desde el punto de vista del problema médico a resolver como del modo en que se arriba a la solución del enigma.

En la escena inicial, Andie, una niña de nueve años está en el cuarto de baño probándose una peluca. Su calva completa nos indica que está enferma de cáncer y bajo tratamiento de quimioterapia. Se la ve alegre –suena *Beautiful*, por Christina Aguilera, y la niña canta sobre el tema musical–, cuando de pronto todo parece desmoronarse a su alrededor. Comienza a temblar espantada y paralizada ante semejante horror. Todo dura pocos segundos. Cuando se recupera, advertimos que ha tenido una pavorosa alucinación y es llevada de urgencia al hospital. Wilson, el oncólogo a cargo, deriva el caso al equipo de House ya que el episodio alucinatorio no parece tener explicación en el cuadro de remisión cancerígeno de la niña.

Se ordena una resonancia y volvemos a ver a la pequeña Andie, ahora muy segura de sí misma, dispuesta a ingresar en el tomógrafo. Chase la asiste y le explica el procedimiento pero ella se muestra suficiente ante el instrumental, a la vez que seductora con el médico. Chase está complacido y a la vez sorprendido por esa conducta sobre adaptada de la pequeña mujercita que tiene delante.

Hay un corte y el guión inserta en ese momento el tradicional caso clínico paralelo que caracteriza a cada episodio de House. Nuestro médico estrella es convocado a la guardia para atender a un paciente que reclama la presencia de un médico varón –en un principio el personal cree que se trata de una enfermedad venérea.

Pero al ingresar en el consultorio, el hombre descubre ante House una gran mancha de sangre a la altura de sus genitales. Explica que su novia quería tener a su lado un esposo circuncidado y él mismo, con un cutter se infligió la herida. House queda atónito contemplando lo que los espectadores imaginamos como una brutal mutilación y convoca inmediatamente a un cirujano plástico.

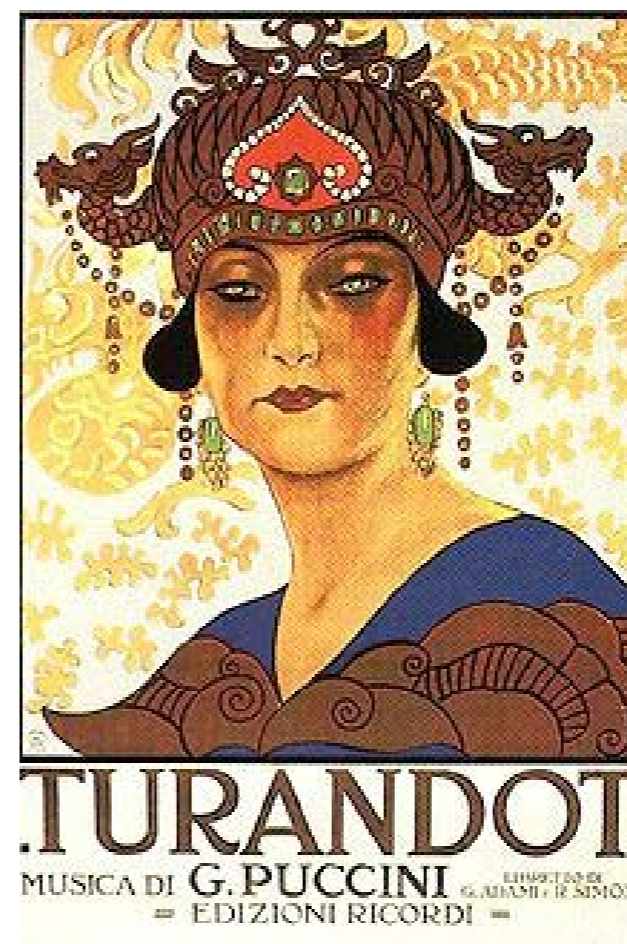
En la otra escena, el equipo sigue tras el diagnóstico de la niña. La resonancia no arrojó resultados y House recomienda entonces un estudio de la aorta –sospecha que el problema está en el corazón. Nuevamente Chase está a solas con la niña que continúa mostrándose suficiente ante la situación. Esta vez avanza decididamente y le pide a Chase que la bese en la boca –invoca para ello razones de una avasallante seducción: tiene nueve años, nunca antes la han besado y probablemente no salga viva del hospital. Chase sabe que todo eso es cierto, pero se rehúsa: “tienes nueve años y yo treinta...” –el fútil argumento anticipa ya la claudicación del médico. Cuando a punto de quebrarse, la niña le ruega por el beso, Chase acerca sus labios y posa sobre los de la niña, de manera superficial pero a la vez profundamente íntima. La escena concluye con el rostro turbado y satisfecho de la niña y el gesto abatido de Chase.

Apenas han transcurrido diez minutos del episodio *Autopsia* y el guión nos ha provisto ya las dos pistas cruciales que utilizaremos para nuestro análisis: una hermosa niña que seduce a su príncipe azul y un paciente que descabeza su pene ante el capricho de una mujer. Volveremos sobre estos indicios.

Es en la escena siguiente cuando se develará la primera parte del misterio. House ha convocado a una insólita reunión de su equipo en el vestuario del hospital. Argumenta que allí hay mejor acústica, porque de lo que se trata es de experimentar una audición del corazón de la niña, cuyos latidos ha grabado en su I-pod. Pero antes y después nos da a escuchar un fragmento del aria más famosa para tenor, el *Nessun Dorma* de la ópera *Turandot*, de Puccini. Para House el enigma está efectivamente en el corazón de la niña –corazón en su doble acepción, como órgano a ser auscultado y como núcleo de sus sentimientos más íntimos.

Turandot

Para quienes no están familiarizados con la ópera, resulta imprescindible un pequeño rodeo en torno al argumento de *Tu-ran-dot*, tal el nombre de una mítica princesa china, tan hermosa y seductora como fría e inaccesible. Rodeada de pretendientes que llegan de tierras lejanas, les ha impuesto una prueba que deben superar si desean casarse



con ella. Se trata de enigmas o acertijos que cuando no son resueltos satisfactoriamente llevan a la decapitación del candidato.³ Así, la bella e implacable Turandot ha pasado su vida degollando hombres. Hasta que llega a Pekín, Calaf, un príncipe extranjero que queda deslumbrado por sus encantos y que contra todos los consejos, decide probar suerte con los enigmas. Éstos son formulados por la propia Turandot en una emotiva escena del tercer acto. El primero es: “¿Cuál es el fantasma que en el hombre nace cada noche para morir al día siguiente?”. El príncipe piensa y acierta respondiendo: “la esperanza”. Nuevamente ella pregunta: “¿Qué es lo que flamea como una llama y no es fuego, y arde como la fiebre, pero se enfría en la muerte?”, siendo la respuesta del príncipe “la sangre”. Finalmente, temblorosa y perdiendo la compostura, la princesa formula su tercera pregunta: “¿Qué es lo que quema como el hielo, y cuanto más frío es, más quema?”. Al verlo dudar, Turandot ríe previendo el triste final que espera al concursante. Pero éste, al observarla directamente a los ojos y contemplar su belleza, se reincorpora triunfante y responde: “Turandot”. El consejo de mandarines acepta la respuesta como válida y el reino se regocija, vitoreando al ganador. Entonces, ella clama a su padre por piedad, rogándole que no entregue

a su hija a ese extranjero, pero el emperador replica que la palabra ya ha sido dada.

Es entonces cuando el príncipe, al ver la resistencia de la princesa, le ofrece una vía de escape, a la vez que le impone un desafío: si ella adivina su nombre antes del amanecer, él sacrificará su vida. Si en cambio no lo logra, será ella quien deba cumplir con su promesa y casarse con él.

Deliberadamente dejaremos en suspenso el final de la trama para retomar la analogía con el episodio de House, quien también se encuentra ante el trance de resolver los enigmas que le plantea la pequeña Andie. Para hacerlo, se impone él mismo una vigilia y empuja a su equipo a pasar la noche en vela, siguiendo así el derrotero del príncipe Calaf, quien convoca a que nadie duerma (*nessun dorma*) en el reino de Pekín. He aquí el fragmento de la ópera que House nos da a escuchar:

Calaf

¡Que nadie duerma! ¡Que nadie duerma!
 ¡Tampoco tú, oh Princesa,
 en tu fría habitación
 miras las estrellas
 que tiemblan de amor y de esperanza...!
 ¡Mas mi misterio está encerrado en mí!,
 ¡Mi nombre nadie lo sabrá! No, no
 Sobre tu boca lo diré
 Cuando la luz brille
 ¡Y mi beso fulminará el silencio
 que te hace mía!
 (...)
 ¡Disípatte, oh noche! ¡Ocúltense, estrellas! ¡Ocúltense,
 estrellas!
 ¡Al alba venceré!
 ¡venceré! ¡venceré!

Andie: los enigmas de una mujer(cita)

Nótese que la primera estrofa está dirigida especialmente a la princesa, reclusa en su fría habitación tratando de descifrar el misterio de un nombre. Es en este momento del aria cuando House opera la primera pausa en su I-pod y amplifica el sonido de las tres válvulas del corazón de Andie. Una y otra vez, hasta poder escuchar la grieta que delata la presencia de un tumor. En *Promethia*, la conocida guía de lectura de House, se explicita este proceso diagnóstico justamente en términos de enigmas:

[El episodio] consiste en una serie de “acertijos” que House tiene que resolver: tres de ellos son médicos, uno personal. La respuesta para cada uno es de alguna manera

“el corazón”. Pregunta: ¿Por qué Andie presenta bajos niveles de oxigenación? Respuesta: Tiene un tumor en su corazón. Pregunta: ¿De dónde proviene el coágulo? Respuesta: Del tumor mismo. Pregunta: ¿Por qué Andie es tan valiente? Respuesta: Porque ama a su madre (le entrega el corazón). (Promethia, s/f)

El pasaje presenta de manera concentrada tres momentos que vamos a intentar desagregar en los términos de nuestra hipótesis. Diremos que existe una correspondencia entre los acertijos que Turandot le impone al príncipe ignoto y los que la pequeña Andie le plantea a House. Recordemos el primero de estos acertijos, tal como aparecen en la trama operística:

Pregunta: “¿Cuál es el fantasma que en el hombre nace cada noche para morir al día siguiente?” Respuesta: “La esperanza”

Esperanza es la que se abre cuando House y su equipo llegan finalmente a escuchar un aleteo en el corazón de Andie. Es Cameron la que nota el problema: un movimiento extra de la válvula mitral. Es entonces cuando House se despide de sus colaboradores, satisfecho y acompañado de la segunda estrofa del aria, la que alude al nombre que todavía falta descubrir y a la victoria que llegará con el alba.

Se decide operar a la niña en busca del tumor que no fue detectado por la resonancia y que podría explicar la caída de los niveles de oxigenación. Es una intervención a corazón abierto con la conformidad de la madre de la niña, que aguarda el desenlace en la desesperación y la soledad más absolutas. Se encuentra y se extirpa el tumor. Pero como en la ópera, la esperanza que se abrió en la larga noche se desvanece con el amanecer: extrayendo el tumor aparece un coágulo tras el globo ocular de la paciente. Una bomba de tiempo que puede desatar en cualquier momento una trombosis fatal.

No hay forma de localizarlo mientras la paciente esté viva –solo en una autopsia, con la entrada de fluidos en los canales sanguíneos vacíos podría llegar a visualizarse el lugar en el que se produce el coágulo. Es entonces cuando House tiene una de sus ideas geniales, pero en este caso de una audacia extrema. Siguiendo con la analogía musical, la clave la encontramos en el segundo acertijo de Turandot:

“¿Qué es lo que flamea como una llama y no es fuego, y arde como la fiebre, pero se enfría en la muerte?” Respuesta: “la sangre”.

Y efectivamente, House propone *desangrar* a la niña. Inducirle una hipotermia, “matarla” por un par de minutos,

extraerle la sangre, para resucitarla luego transfundiéndole su propia sangre observando cuidadosamente el proceso de ingreso del fluido, detectando así la ubicación del coágulo. *Autopsia*, tal el título del episodio, hace referencia a este dispositivo temerario montado para salvar la vida de Andie.

Ahora bien, nótese que hasta aquí los primeros dos acertijos tienen una respuesta cierta: *la esperanza, la sangre*. El tercero, recordemos, desconcierta al príncipe:

“¿Qué es lo que quema como el hielo, y cuanto más frío es, más quema?”

En la trama de la ópera queda claro que el príncipe *no sabe* la respuesta, y está al borde del cadalso debido a ello. Es entonces cuando “ficciona” una respuesta. Y lo hace en transferencia con los sentimientos de Turandot –lee en el odio de sus ojos la frialdad que quema y le arroja como respuesta su propio nombre, interpelándola.

Tampoco hay una respuesta cierta para la pregunta *¿Por qué Andie es tan valiente?* Como el príncipe, House no sabe la respuesta, y en un principio intenta buscarla en términos estrictamente médicos –llega a considerar que Andie tiene comprometida las amígdalas cerebrales, cerca del hipocampo, donde se encuentra el “centro del miedo”.

Pero tal como lo sugiere *Promethia*, esta última pregunta ¿por qué Andie es tan valiente? comienza siendo médica pero deviene luego “personal”. ¿Qué quiere decir aquí “personal”? Diremos nosotros que impone al sujeto una doble deuda. La primera transita en el nivel de la abnegación, la fortaleza, incluso la negación del miedo –House se muestra sorprendido por la sobreadaptación de la niña, que parece más preocupada por la angustia de su madre que por la propia, que ni siquiera se permite manifestar.

La segunda atiende en cambio a la relación con el objeto amado. A la relación entre Andie y su madre, marcada por la posición de un padre ausente –en la escena inicial se dice que el padre de Andie “desapareció” durante el embarazo. Volveremos luego sobre esta cuestión.

Es por este camino que House desiste de su hipótesis médica y se dispone a escuchar. También él, como el príncipe, tendrá que ficcionar una respuesta verosímil para salvar a la niña.

La cuestión de la castración

En síntesis, va quedando claro que el episodio transita una doble cuerda. Por un lado la cuestión estrictamente

médica –el tumor que estrangula al corazón, el coágulo del que pende la vida de Andie. Por otro, el de la relación entre esta niña y su madre –abandonadas por un padre y un marido que huyó durante el embarazo. Al respecto es interesante que durante la presentación del caso, House es el único que llama la atención sobre el dato: *¿es eso un padre?*

Aquí es importante recordar que en *Turandot* el descabezamiento de hombres por parte de la princesa, obedece a que una pariente suya, Lou-Ling, había sido violada por un extranjero y abandonada a su suerte. Fue entonces cuando ella se juramentó tomar venganza, imponiendo su prueba mortal a todo extranjero que la pretendiera.

La pista en el episodio de House está justamente en el caso clínico paralelo. Un hombre “descabezado” –auto mutilación del pene con el cutter– por imperio del capricho de una mujer. Cruel alegoría que por otra parte explica, retroactivamente, esa escena aparentemente aislada de la trama general.

Estamos ya en el núcleo del problema. Se trata de la posición del sujeto frente a la castración, según el psicoanálisis, ese nombre de la falta que ningún objeto puede obturar. Evidentemente, se trata de la castración materna. Y es justamente la madre quien presentifica el tema, es ella es quien aparece como sujeto correlativo de una falta, la de un objeto privilegiado, el falo simbólico, y es en torno a esta falta que se organizan las operaciones que Lacan nombra como “privación”, “frustración” y “castración”.⁴ Frente a la privación de ese padre que huyó de su función, Andie despliega su valentía, impostando así un bálsamo para su madre. Recordemos que Andie está en plena pubertad, a la espera de un padre que se ausentó a la cita desde que nació. Ante esa vacancia, la niña sigue fijada a la relación con su madre, ocupando un lugar identificatorio a ese padre borrado.⁵

En esta línea, la escena con Chase es doblemente ilustrativa. Con su cabellera rubia y sus ojos azules, Chase encarna perfectamente al príncipe de Blancanieves. Una lectura posible es, profundizando la analogía con la ópera, que Chase vendría a ocupar en la historia la posición del Príncipe de Persia, ese personaje que al inicio de la trama de *Turandot* está siendo ejecutado en la plaza por haber cedido a los encantos de la princesa. Pero también el lugar del príncipe azul, es aquí pertinente, no sólo en torno al argumento de Turandot, sino por el lugar que se reserva a los príncipes azules en los cuentos de princesas vírgenes: ellos las despiertan a la femineidad con un beso, rescatándolas de la muerte en manos de madres-brujas que

compiten con ellas y les rehúsan el acceso a la exogamia y la heterosexualidad. Recordemos a Blancanieves y su madrastra, o a La bella durmiente y el hada malvada, y el lugar que ocupa en esas historias el beso de un varón que las despierta de un sueño eternizado en el que permanecían muertas como mujeres. Son princesas amenazadas por madres siniestras, y donde el padre está muerto o es impotente.

En esta vertiente, podemos conjeturar que Andie convoca a Chase como un tercero varón y exogámico que la saque del lugar de encierro en la que se encuentra sosteniendo a la madre, identificada al lugar de marido de ella. Pero Chase no puede ocupar el lugar paterno al que es convocado. La demanda de Andie es demanda de un padre que la rescate, que la despierte a la femineidad, antes de morir. Se trata para Andie de introducir una salida exogámica y femenina, en vez de ser el falo que sostiene a la madre.

Con este cambio de luces, Chase dejaría de ser el príncipe de Persia, al que Andie buscaría hacer “perder la cabeza” a la manera de Turandot, para verse convocado ahora como varón que la haga mujer, a falta de un padre que opere ese pasaje. Pero una vez más, Chase no es apto para ocupar ese lugar, ya que se espera que sea el padre quien se haga cargo de la falta en la madre, y dé lugar a ese movimiento. Pero para Andie, sigue sin haber padre.

Visto desde este ángulo, si hay una función “mutilante” en esta historia, no es tanto la de Andie, como la de su madre, quien fuerza a que su su hija la sostenga. En este punto, es la mamá de Andie quien se acerca a la posición de Turandot. Andie finalmente demanda un príncipe que la saque de ese lugar de hacerse cargo de la falta de hombre de su mamá.

¿Por qué el padre de Andie desaparece de la escena? ¿Qué pasó entre ese hombre y esta mujer? El capítulo no arroja luz alguna sobre esta cuestión, por fuera de la observación inicial de House durante la anamnesis. Se abre así el campo de la conjetura en torno a una pregunta que se torna crucial para esta hija ¿Se trata de un hombre que no quiso ser padre? ¿O de un hombre al que la madre no pudo asignarle tal lugar?

Y aquí, una vez más viene en nuestra ayuda el caso del paciente que acude a la guardia porque se automutiló con un cutter. Este hombre, que se corta el prepucio por amor a una mujer, estaría en el polo opuesto al del padre de Andie. Ya no sería la víctima entregada al capricho de una mujer para que ésta se lo corte, fantasma masculino de mutilación castratoria, sino que desprenderse del prepucio

pasaría a ser la oferta a una mujer para que goce de él. Se trata de un sacrificio por amor. Como el del príncipe Calaf, que está dispuesto a perder la vida por amor a Turandot.⁶

Conclusión: el sujeto de la ciencia y la contingencia de la sexualidad

House escucha a tiempo esta cuerda clínica y, transferencia mediante, está al tanto de los riesgos que corre. Ya su colega Chase, cuando había sucumbido a los encantos de la niña, lo había puesto sobre la pista. Una vez más Gregory House despliega su cinismo ético: *no te voy a besar, aunque me lo ruegues*. La frase con la que se despidió de la pequeña Andie lo sustrae de la vana empatía con la paciente para poder disponer de la distancia necesaria para salvarla.

Sin revelar el final del episodio *Autopsia* como tampoco antes el de la ópera de Puccini, señalemos el valor de estas ficciones clínicas operadas por House, en analogía con el príncipe Calaf. Si resultan eficaces es porque enuncian

una verdad. Pero no se trata ya de la verdad positiva de la ciencia –el diagnóstico médico complejo–, sino conjetural y situacional.

No olvidemos que la serie *House* es contemporánea de otras como *Nick/tuck*, *Grey's Anatomy*, *CSI*, *The Big Bang Theory*. Todas ellas presentan escenarios que dan cuenta del avance tecnológico sobre los cuerpos. Cada episodio propone, de manera más o menos fantaseada, un desafío que atrapa al espectador en su fascinación por la ciencia.

Pero para sostener esta posición introducen siempre la dimensión amorosa –la relación entre los tres científicos y la sugerente vecinita en *The Big Bang Theory* es tal vez el ejemplo más divertido. La imposible, inexistente relación sexual, resulta ser así el motor de la sensualidad que mitiga la sordidez de los tiempos.

Finalmente, si el amor vence sobre el odio y el resentimiento, es también para que el espectador, perdidamente enamorado de la serie, pueda preservarse, también él, de morir en el intento.

1 Ejemplo de lo primero es la puesta de *Edipo* por el grupo catalán la Fura dels Baus; ejemplo de lo segundo, las versiones cinematográficas de *Don Giovanni*, de Mozart, por Joseph Losey, o la de *Tannhäuser*, de Wagner, por István Szabó en su exquisito film *Encuentro con Venus*.

2 Ver <http://www.youtube.com/watch?v=uyLJmU8Q0FU>

3 En un aria conmovedora del segundo acto, Turandot explica las razones de su proceder. Un antepasado suyo, la princesa Lou-Ling fue violada por un extranjero y abandonada a muerte. Ella se juramentó entonces tomar venganza, imponiendo su prueba mortal a todos los príncipes que vienen de distintos reinos para conquistarla. El dato va a tener importancia en el contexto del presente análisis porque explica su posición castradora ante los hombres.

4 Lacan, *Seminario IV: La relación de objeto*, Paidós, Buenos Aires, 1998, pag. 212.

5 Freud había descubierto que para el niño varón, la etapa fálica implicaba entre otras cosas- sostener que todo tiene falo, el cual es identificado a su pene. Es un pene imaginario, soportado en la enorme importancia que esa zona genital ha cobrado para el niño a partir de los tres años en adelante, por la capacidad que tiene esa zona del cuerpo para despertar placer al ser tocado. Confrontado con la diferencia sexual al ver a una niña desnuda, precipita la conclusión de que a algunas niñas se les ha cortado el pene como castigo. Tanto la amenaza de castración como la visión de los genitales femeninos no tienen efecto para la inscripción de la castración del Otro, dado que las niñas son sólo otros semejantes. La pérdida del pene en las niñas es resultado contingente de un castigo padecido. Pero la madre hace excepción: ella sí tiene pene. Es la entrada del padre como portando el pene-falo en la dialéctica de la relación madre-niño, quien lleva a la conclusión para el niño constatare que:

- El no es el falo para la madre (caída del orden del ser para el Otro)
- El Otro materno no tiene el falo, está castrado, en falta
- El no tiene el falo, que es posesión del padre
- El Otro falóforo pasa a ser el padre, quien con su presencia ubica un más allá del deseo de la madre por el niño, en tanto portador del falo como razón del deseo de la madre.

Siempre según Freud, para la niña, la confrontación con la visión de la diferencia sexual, la lleva a reconocerse como castrada, dirigiendo su interés de la madre a la que reprochará haberla hecho tan mal- al padre como Otro portador del falo. Este viraje constituye para una niña la entrada en el Edipo normal. Siempre y cuando haya un padre (presente ya sea física o simbólicamente en el decir de la madre). No es el caso de Andie, quien se ve compelida a sostener a su madre.

6 Si un fantasma masculino típico es que la mujer desea castrarlo, un fantasma femenino típico es que el varón sólo busca reducirla a objeto de goce. Turandot, como Judith, como Ema Zunz, son figuras femeninas vengadoras contra el varón que la goza sexualmente y la abandona. Con la diferencia que en Turandot, ella se venga en nombre de otra mujer. Toda la ópera de Puccini está destinada finalmente a romper con la cadena mortífera. El amor, cuando es fruto de un encuentro en transferencia, puede operar esa diferencia.

La presencia familiar durante la resucitación médica tal como aparece en las series televisivas de gran audiencia: *House, Grey's Anatomy, Medic*

House M.D. | EEUU | 2004-2012

Grey's Anatomy | EEUU | 2005-

Medic | EEUU | 1954-1956

Zohar Lederman*

Università degli Studi di Pavia, Italia

Recibido 10 octubre 2012; aceptado 25 octubre 2012

Resumen

Introducción: Aunque no haya ninguna evidencia científica que refute el beneficio que significa la presencia de la familia durante RCP, los prestadores de la salud persisten en oponerse a ella. Aunque los motivos para esta oposición no han sido dados a conocer, las series televisivas de temas médicos pueden jugar un rol en perpetuarla. Por lo tanto, analizando los modos en que aparece representada la presencia familiar durante las RCP en estos programas, podemos entender mejor los factores que influyen en las actitudes de los profesionales de la salud en este tema, y tal vez utilizar la televisión para modificarlos, de acuerdo con la evidencia científica y las directivas vigentes. **Objetivo y metodología del estudio:** examinar la manera en que se muestra la presencia familiar durante una resucitación en las nuevas series de dramas médicos en los horarios de gran audiencia, y comparar estas representaciones con una serie televisiva anterior, que también fue exhibida en horario central. Para ello se procedió al visionado y análisis del siguiente material: (a) todos los episodios de la primera temporada de *House*, (b) Todos los episodios de la primera temporada de *Grey's Anatomy*, (c) 16 episodios de *Medic*. **Resultados:** En *Grey's Anatomy*, la familia está presente en solo una de 12 RCPs. En *House:MD*, la familia está presente en seis de 14 RCPs. En *Medic*, la familia estaba presente en el único caso de RCP representado. **Conclusión:** en la actualidad, las series médicas de mayor audiencia reflejan y probablemente ejercen influencia sobre las actitudes hacia la PFDR (presencia familiar durante resucitación) tanto de la comunidad médica como la del lego. Sin embargo, estas actitudes no se correlacionan con la literatura existente y los lineamientos norteamericanos y europeos. Por lo tanto, los guionistas, legos y profesionales de la salud deberían corregir cualquier opinión no fundamentada que se oponga a la PFDR y señalar solo aquellos que se basan en evidencia científica.

Palabras clave: Presencia familiar durante la resucitación | PFDR | RCP | Televisión

Abstract

Even though there is no scientific evidence to refute the benefit of family presence during CPR, healthcare providers still oppose it. While the origin of this opposition is yet to be revealed, medical dramas may play a role in perpetuating it. Thus, by analyzing the way family presence during CPR is portrayed on TV, we can further understand the factors that influence the attitudes of healthcare staff towards the issue, and perhaps use TV to modify them in accordance with scientific evidence and formal guidelines.

Key Words: Family presence during resuscitation | CPR | television | media

El primer episodio de la tercera temporada de *Héroes* comienza cuando a Peter Petrelli no le permiten permanecer en el cuarto de hospital donde su hermano, Nathan Petrelli, está siendo sometido a una resucitación cardiopulmonar (RCP). El médico que le niega la posibilidad de permanecer ni siquiera le contesta la pregunta “¿se va a salvar?” y cierra las puertas del cuarto sin decir una pa-

labra. La música de fondo indica urgencia. En la escena siguiente, Peter mira con impotencia al médico que decepcionado, sale del cuarto y dice “Lo siento”.

En este artículo se utilizarán las siguientes definiciones: RCP en los medios: cualquier situación en la que se hacen compresiones de pecho o donde se practica una intubación de urgencia en un paciente, se dice que el pa-

* Zoharlederman@gmail.com

ciente está sufriendo un ‘paro cardíaco’ o una ‘descompensación’, se trata a un paciente inconsciente debido a una arritmia potencialmente fatal o un médico declara que el paciente ha fallecido.

PFDR (Presencia Familiar Durante Resucitación): la presencia de cualquier miembro de la familia, con o sin lazos de sangre, amigo, esposo o esposa o cualquiera que comparta alguna forma de relación íntima con el paciente.

Ya en 1994 fueron publicadas directivas recomendando que se permita la presencia de la familia durante RCP.¹⁻³

En la actualidad tanto los lineamientos europeos como los norteamericanos recomiendan que se permita PFDR.⁴⁻⁶ Sin embargo, estos lineamientos no cuentan aparentemente con el apoyo de todos ni están siendo implementados en su totalidad por los profesionales de la salud, particularmente los médicos. La literatura existente también sugiere que los médicos con menos experiencia son los que menos están a favor de PFDR.⁷⁻¹⁴ La objeción hacia PFDR puede que se origine en la preocupación por la familia que está sufriendo un evento traumático, preocupación por la privacidad y cuidado del paciente, aumento de juicios por mala praxis, falta de espacio físico, o preocupación por los profesionales que puedan experimentar ansiedad en cuanto a su desempeño, o ser sujetos a actos de violencia por parte de la familia.^{10,15,16} La realidad dice que, en 2003, solo el 5% de 984 enfermeras y enfermeros que participaron en la encuesta trabajaron en cuidados intensivos o unidades de emergencia que tuvieran protocolos que aceptaran PFDR.¹⁷

Quedan por responder ciertas preguntas: ¿Por qué se oponen los profesionales de la salud a la PFDR a pesar de la literatura científica^{13, 18-21} y los lineamientos que cuestionan esta oposición? ¿De qué manera se formaron estos conceptos erróneos? Este artículo no pretende tener todas las respuestas, lo que busca es discutir sobre un factor que parece ser una pieza importante en la perpetuación de algunos de estos conceptos o malentendidos. La televisión puede ejercer influencia sobre las actitudes tanto del lego como de los profesionales en lo que a la PFDR se refiere.

Hace ya tiempo que la televisión en general y las series de temas médicos en particular son considerados un vector importante de información que moldea y contribuye a la percepción social e influencia cultural de la institución médica.²²

Ya en 1996, Diem et al sugerían que la representación de una escena de RCP en televisión podría darle al espectador una noción irreal del grado de éxito de la RCP y por lo tanto, generar una falsa sensación de esperanza.²³ Otros estudios de observación, que analizaron otras series televisivas, tanto norteamericanas como extranjeras, han demostrado que el

índice de éxito del RCP fue de hecho realista, pero sugerían que había otros motivos de preocupación, tales como los efectos psicológicos desde el punto de vista cualitativo de las escenas dramáticas de RCP,²⁴ razones irreales para el uso de RCP y el tipo de población a quienes se les efectuaba resucitación,^{25, 26} y el no mostrar los efectos a largo plazo, sólo los de corto plazo.²⁷

Además, muchos han discutido los efectos específicos que las series médicas tienen sobre los estudiantes de medicina, haciendo que los estudiantes elijan una residencia por encima de otra, o moldeando su conducta médica en general.²⁹ Un estudio propone cambiar la manera en que se muestra el sistema de salud en estos programas por temor a que los televidentes alberguen falsas expectativas de sus prestadores de salud.³⁰ Otro estudio felicita a los guionistas de *House* por la manera realista en que muestran el manejo del dolor crónico.³¹ En su prólogo, los autores de un libro de texto de psiquiatría, culpan a la película *One Flew Over the Cuckoo's Nest* (*Atrapado sin salida*, Milos Forman, 1975) y al programa *Dr. Phil* por ocuparse de la psiquiatría “con un aura de vaguedad, imprecisión, confusión y coerción irracional”.³² Inclusive Baer, médico y co-productor de *ER Emergencias*, contestando a Diem et al., y aún afirmando que la televisión afecta en cierta medida el saber de los televidentes, se manifiesta en contra de la postura de culpar a la televisión en vez de a los propios médicos.

Metodología: Los 22 episodios de la primera temporada de *House MD* y 9 episodios de *Grey's Anatomy* fueron vistos y analizados. También fueron vistos y analizados 16 episodios de *Medic*.



Medic fue el primer drama médico exitoso transmitido en horario central en Estados Unidos entre 1954 y 1956 mientras que *House MD* (2004-2012) y *Grey's Anatomy* (2005 – a la fecha) están entre los dramas médicos más populares.²²

Uno de los revisores del equipo de investigación identificó los casos de RCP de acuerdo a la definición arriba estipulada y por cada caso se tomaron en cuenta 7 criterios: nombre, edad y sexo del paciente, razón para el RCP, la enfermedad subyacente, lugar donde se efectuó RCP y los detalles de presencia familiar. Un segundo revisor, un académico, analizó 5 episodios de *House* para aumentar la confiabilidad, verificándose un 100% de consenso inter-observadores. Todos los casos fueron

revisados por segunda vez por el revisor principal para aumentar la confiabilidad. Las RCPs efectuadas en la sala de operaciones fueron excluidas por suponer que las familias no podían estar presentes.

Resultados: (ver tabla al final)

House: MD. Se registraron 14 episodios de RCP de los cuales uno fue efectuado fuera del hospital. En cuatro de los 14 casos, no hay familiares acompañando al paciente. En uno de esos casos, un miembro de la familia (un agente comercial) aparece inmediatamente después de la intubación y se queja porque ésta se llevó a cabo a pesar de la orden NR (No resucitar). En cuatro casos la familia es excluida ya sea invitándolos a salir de la habitación o cerrando las cortinas para que los familiares no pudieran ver. En seis casos la familia está presente, uno de los cuales se efectuó antes de llegar al hospital. En uno de estos seis casos la familia no estaba presente en la habitación pero podía observar a través de las puertas vidriadas. A las familias nunca se las invita a estar presentes durante el procedimiento. En ninguno de los seis casos donde sí está presente la familia, ésta estuvo acompañada por algún miembro del staff médico.

Grey's Anatomy: Se registraron 12 RCPs (dos de ellas que se efectuaron en la sala de operaciones no fueron tomados en cuenta). En diez casos no hay familiares presentes durante la RCP. En un caso la esposa del paciente está presente pero es compelida a salir de la habitación. En otro caso, el médico le pide que se retire de la habitación, pero se niega y se queda. La familia nunca es invitada a estar presente durante la RCP. En el único caso en que se encuentra presente un miembro de la familia, el marido, éste no está acompañado por algún miembro del staff médico.

Medic: Se registró una RCP en la cual el médico va a la casa del paciente e informa a la familia que el paciente había fallecido, sin intervención. Al lado de la cama del paciente se encuentra la hija, también está presente un rabino.

Discusión

Se extraen dos conclusiones de los resultados: primero, que los actuales dramas médicos en los horarios centrales no muestran la opción de PFDR tal como recomiendan los lineamientos actuales. Sin embargo, estos dramas médicos son realistas en la medida en que presentan una postura negativa hacia la PFDR, que es la práctica médica preva-

lente mundialmente.^{7-12,17} En ambos dramas, los familiares nunca han sido invitados a estar presente durante la RCP.

En *Grey's Anatomy*, en un caso se les pidió a los miembros de la familia que dejaran la habitación durante RCP. En ninguno de los diez casos restantes de RCP estuvieron presentes los miembros de familia. PFDR solo se permite en uno de 12 casos de RCP, y solo debido a la insistencia del familiar. En *House MD*, los familiares estuvieron presentes en seis de los 14 casos de RCPs, y no estuvieron presentes en cuatro casos. En otros cuatro casos la familia fue excluida. En los cinco casos de RCP realizados en el hospital donde familiares estuvieron presentes en la habitación o donde podían presenciar la RCP desde afuera, no estuvieron acompañados por ningún miembro del staff médico para ofrecerles apoyo, como recomiendan las actuales directivas.⁴⁵ Tal como fue mencionado anteriormente, en un caso, el familiar, agente de negocios, entra a la habitación después de haberse efectuado una intubación de emergencia en un paciente que había firmado una orden de NR. El agente esta evidentemente perturbado.

Una segunda conclusión, aunque de valor anecdótico debido al bajo poder estadístico (N=1), es que la RCP en *Medic* es presentada de una manera muy diferente a las de *House* y *Grey's Anatomy*. El paciente muere en su cama, en su casa, con su hija y un rabino que reza mientras el paciente agoniza. Cuando fallece, el médico no intenta tomar medidas heroicas, simplemente cubre la cara del paciente con una manta e inmediatamente se da vuelta para consolar a la hija diciéndole que ya habían hablado anteriormente sobre esto y que "era inevitable". El proceso de duelo de la familia comienza en la misma habitación donde fue anunciado el fallecimiento, y al mismo tiempo, junto al cuerpo del ser amado, se encuentra el médico y una figura de apoyo (en este caso un rabino). La música de fondo es suave y tranquilizante, a diferencia de la música agitada que se escucha en la mayoría de las RCP que ocurren en las series más modernas. Esto último sin embargo, no pudo ser cuantificado objetivamente.

En base a estas dos conclusiones, podemos presumir los efectos que los modernos dramas médicos televisivos pueden tener sobre los pacientes, sus familias y los profesionales médicos, especialmente aquellos con menos experiencia, tales como estudiantes de medicina y residentes. Los miembros de la familia rara vez están presentes y en el caso que estuvieran, son invitados a salir de la habitación de una manera dramática: música agitada, persianas cerradas y el médico estresado que utiliza un lenguaje imperativo, por ejemplo "sáquenlo de acá." El caso de NR en

House enfatiza aún más este punto- el familiar se da cuenta de que el médico no hizo lo que debió hacer durante la RCP del ser querido y en consecuencia podría ser objeto de una demanda judicial.

El televidente puede concluir que los miembros de la familia no están presentes de ninguna manera o que, en el caso de estarlo, como debiera ser, serán invitados a dejar la habitación y/o se cerrarán las persianas y no podrán estar con sus seres queridos durante la RCP. Además el televidente puede llegar a la conclusión equivocada y pensar que la PFDR aumentaría el riesgo de una acción legal y que los familiares pueden perder la calma e interferir con el cuidado del paciente (ver el caso Gabe Reilick en *House*, donde el padre hace públicas sus dudas y amenaza a los médicos). Una vez más es importante hacer notar que ninguno de estos temores relacionados con la PFDR se sostiene en la literatura disponible.

Hay dos puntos generales más que deberían ser mencionados: Primero, en 16 episodios de *Medic*, solo se ve un caso de RCP, mientras que en los dramas médicos actuales se ven muchos más. Segundo, en *Medic*, el fallecimiento sucede en la casa del paciente, sin intervención del médico, mientras que en los dramas médicos actuales, la muerte generalmente sucede dentro del hospital y la RCP se realiza rigurosamente. Es razonable suponer que la sobremedicalización en estos tiempos modernos, de la muerte y la agonía, se debe a los avances tecnológicos y en un mayor grado, a un cambio cultural con respecto a la muerte y el rol que tiene la medicina en su tratamiento.³⁴⁻³⁹ La comparación de *Medic* con los actuales programas médicos en los horarios centrales, puede, como sostiene Ariès,⁴⁰ señalar un profundo cambio en la percepción de la muerte en el mundo occidental, y como consecuencia natural, en la actitud hacia la PFDR.

Limitaciones del Estudio

Mientras se aprecian las ventajas de RCP tal como se la puede ver en *Medic*, es importante notar que las compresiones de pecho no fueron puestas en práctica hasta alrededor de los años 60 y la respiración boca a boca aún no era una práctica protocolizada. Sin embargo, fueron utilizados otros métodos.^{19, 34, 41}

Como fuera mencionado anteriormente, cualquier estudio de N=1 claramente no tiene fuerza estadística y por lo tanto, solo tiene valor anecdótico. En este caso particular, el paciente que murió había tenido tres infartos cardiovasculares en ocho meses, y es posible que si la situación se repitiera en un drama médico actual, tampoco se tomarían medidas heroicas.

Similar al argumento presentado por Baer³³, no hay evidencia de que la manera en que es presentada la PFDR en los horarios centrales en televisión, afecte las actitudes hacia PFDR del público o de los profesionales de la salud, por lo tanto, no se ha podido establecer una real correlación causal por el momento.

Conclusiones

Tanto pacientes como profesionales de la salud con menos experiencia, tienen pocas oportunidades para aprender sobre PFDR. Aunque una correlación causal entre PFDR en TV y su efecto sobre la PFDR en la vida real, tal vez nunca pueda establecerse, es probable que ejerza cierta influencia. Los guionistas deben tener esto en cuenta y tal vez considerar modificar la manera en que presentan el tema de la PFDR. Las percepciones del lego sobre PFDR y RCP en general puede que se vean afectadas por la televisión también, como puede inferirse de Grice et al.⁴² Sin embargo, personalmente adhiero a la posición de Baer³³ y Diem et al.²³ argumentando que los médicos y otros profesionales de la salud tienen la responsabilidad de contrarrestar las imágenes equivocadas (por ejemplo, representar de manera negativa la PFDR) que se ven en televisión y la necesidad de educar a pacientes, a sus familias y a ellos mismos sobre los riesgos –o falta de ellos-

y los beneficios de PFDR.⁴³ Esta responsabilidad tiene tres aspectos:

Primero, los profesionales de la salud, quienes proveen asesoramiento a los guionistas, deben bregar por una correcta y precisa representación de la PFDR.

Segundo, los profesionales de la salud deberían ofrecer la opción de la PFDR y asegurarse que la familia esté bien informada y que sepa qué esperar, sea cual fuere su decisión.

Tercero, los profesionales de la salud deberían educar a sus colegas, especialmente a aquellos que tengan menos experiencia, sobre los beneficios que otorga la PFDR y referirlos a los lineamientos actuales.

Después de discutir una escena de *ER Emergencias* en la cual el Dr. Kerry Weaver dramáticamente excluye a la madre de la resucitación de su hijo, Ellen Tsai argumenta que "El arte imita la vida. Tradicionalmente, es de práctica pedir a la familia que se retire de la habitación durante el procedimiento de resucitación, hasta que todo esfuerzo se haya agotado. ¿Por qué los médicos y enfermeras siguen negándole a la familia la opción de permanecer con sus seres queridos durante la agonía, a pesar de los numerosos estudios que favorecen la presencia de la familia? Es hora que dejemos de escondernos detrás de temores infundados."⁴⁴ Yo estoy de acuerdo, y me gustaría añadir que en ocasiones, es la vida la que imita al arte.

| RCP | EPISODIO | NOMBRE DEL PACIENTE | EDAD | SEXO | CAUSA | ENFERMEDAD SUBYACENTE AL MOMENTO DE LA RCP | UBICACIÓN | DETALLES DE LA PRESENCIA DE LOS FAMILIARES |
|---------|------------------------|---------------------|--------------|------|---|--|-----------------------------|---|
| House 1 | 1- Pilot | Rebecca Adler | Adulta joven | F | Ataque | Desconocido | Hospital | No. |
| House 2 | 3 - "Occam's razor" | Brandon | 16 | M | Taquicardia ventricular durante cateterismo cardiac | Desconocido | Hospital- sala esterilizada | Los padres están observando desde afuera y parecen confundidos o asustados después de que el médico cierra las cortinas |
| House 3 | 4 - "Maternity" | Hartig | Neonato | F | Ataque | Desconocido | Hospital | Los padres están presentes y no están incluidos |
| House 4 | 4 - "Maternity" | Chen-Lupino | Neonato | F | Infección | Desconocido | Hospital- sala esterilizada | Los miembros de la familia esperan afuera. Las cortinas se cierran. |
| House 5 | 5 - "Damned if you do" | Hermana Augustine | Adulta | F | Taquicardia | Desconocido | Hospital | Otra monja está presente y House no la excluye. |
| House 6 | 5 - "Damned if you do" | Hermana Augustine | Adulta | F | Reacción anafiláctica | Desconocido | Hospital- sala esterilizada | Otras monjas miran desde afuera. |
| House 7 | 8 - "Poison" | Matt | Desc. | M | Bradycardia | Desconocido | Hospital | La madre está en la habitación. El médico le solicita que se vaya afuera pero no la excluye. |
| House 8 | 8 - "Poison" | Chi | Desc. | M | Desconocido | Desconocido | Hospital | Los padres son retirados de la habitación. |

| | | | | | | | | |
|-----------|--|----------------|--------------|-------|--|---|----------|--|
| House 9 | 9 - "DNR" | John Henry | Anciano | M | Iatrogénica | Esclerosis lateral amiotrófica? | Hospital | El personal médico realiza una resucitación después de la intubación, a pesar de la orden de No Resucitación. |
| House 10 | 13 - "Cursed" | Gabe Reilich | 12 | M | Laringoespasma | Anthrax? | Hospital | Los padres están en la habitación. El padre duda acerca de los médicos mientras la madre lo calma ("deja hacerles su trabajo") |
| House 11 | 14 - "Control" | Carly | Joven | F | Paro respiratorio durante la angiografía | Desconocido | Hospital | No. |
| House 12 | 16 - "Heavy" | Jessica | 10 | F | Infarto de miocardio | Desconocido | Escuela | Otros estudiantes están presentes |
| House 13 | 18 - "Babies and Bath water" | Naomi | Young adult | F | Embolismo pulmonar | Carcinoma de células pequeñas | Hospital | El marido es retirado de la habitación. |
| House 14 | 21 - "Three stories" | | Mediana edad | M | Reacción alérgica al antídoto | Picadura de serpiente | Hospital | No. |
| Medic 1 | 28 - "General practitioner" | | Anciano | M | Desconocido | Ataques cerebro vasculares | Casa | El rabino y su hija están presentes. |
| Grey's 1 | 1 - "A hard day's night" | Katie Bryce | Adulta joven | F | Ataque | Epilepsia | Hospital | No. |
| Grey's 2 | 2 - "The first cut is the deepest" | Allison | Adulta joven | F | Violación | Desconocido | Hospital | No. |
| Grey's 3 | 2 - "The first cut is the deepest" | Desc. | 57 | M | Asistolia | Desconocido | Hospital | No. |
| Grey's 4 | 2 - "The first cut is the deepest" | Desc. | Desc. | Desc. | Desconocido | Desconocido | Hospital | No. |
| Grey's 5 | 2 - "The first cut is the deepest" | Desc. | Desc. | Desc. | Desconocido | Desconocido | Hospital | No. |
| Grey's 6 | 3 - "Winning a battle, losing the war" | Kevin Davidson | Mediana edad | M | Trauma | Carrera de bicicletas | Hospital | La esposa entra mientras el paciente está en coma durante la RCP. |
| Grey's 7 | 4 - "No man's land" | Liz | 55 | F | Cáncer de páncreas | Cáncer de páncreas | Hospital | No. |
| Grey's 8 | 5 - "Shake your groove thing" | Mrs. Patterson | Anciana | F | Post - Bypass de arteria coronaria | Desconocido | Hospital | El médico solicita al esposo que deje la habitación ("sáquenlo de aquí"), pero no se retira. |
| Grey's 9 | 6 - "If tomorrow never comes" | Jimie Harper | Mediana edad | M | Tromboembolismo | Trastorno posterior a la colocación del tubo de respiración | Hospital | La esposa está presente durante el ataque pero es retirada de la habitación durante la RCP. |
| Grey's 10 | 7 - "The self destruct button" | "Digby" Owens | Adulto joven | M | Shock séptico | Tatuaje | Hospital | No. |
| Grey's 11 | 8 - "Save me" | | Joven | F | Desconocido | Desconocido | Hospital | No. |
| Grey's 12 | 9 - "Who's zoomin' who" | Mr. Franklin | Anciano | M | Complicación de paracentesis | Falla hepática | Hospital | No. |

Referencias

- Richard O. Cummins, M. F. H., The Most Important Changes in the International ECC and CPR Guidelines 2000. *circulation* 2000, 102, 371-376.
- American Heart association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care :Ethical aspects of CPR and ECC. *Circulation* 2000, 102, 12-21.
- Emergency Nurses Association Position Statement- Family Presence at the Bedside During Invasive Procedures and Cardiopulmonary Resuscitation. 1994.

- Paul Fulbrook, J. L., John Albarran, Wouter de Graaf, Fiona Lynch, Denis Decivtor, Tone Norekval, The Presence of Family Members During Cardiopulmonary Resuscitation: European federation of Critical Care Nursing Association, European Society of Paediatric and Neonatal Intensive Care and European Society of Cardiology Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions Joint Statement. *Connect: The World of Critical Care Nursing* 2007, 5, (4), 86-88.
- Laurie J. Morrison, G. K., Douglas S. Diekema et al., Ethics: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *circulation* 2010, 122, 665-675.
- Should Relatives Witness Resuscitation? A report from a Project Team of the Resuscitation Council (UK)* Resuscitation Council, UK: London, 1996.
- Christine R. Duran, K. S. O., Jenni Jordan Abel et al, Attitudes Toward and Beliefs About Family Presence: A Survey of Healthcare Providers, Patients' families, and patients. *American Journal of Critical Care* 2007, 16, 270-279.
- A. Badir, D. S., Family Presence during CPR: A study of the experiences and opinions of Turkish critical care nurses. *International Journal of Nursing Studies* 2010, 44, 83-92.
- Oren Wacht, K. D., Yoram Snir, Nadav Davisovitch, Attitudes of Emergency Department Staff toward Family Presence during Resuscitation. *IMAJ* 2010, 12.
- Halm, M. H., Family Presence During Resuscitation: A Critical Review of the Literature. *American Journal of Critical Care* 2005, 14, 494-511.
- Chew Keng Sheng, C. K. K., Ahmad Rashidi, A multi-center study on the attitudes of Malaysian emergency health care staff towards allowing family presence during resuscitation of adult patients. *International Journal of Emergency Medicine* 2010, 3, 287-291.
- Bruce M. McClenathan, K. G. T., Catherine F.T. Uyehara, Family Member Presence During Cardiopulmonary Resuscitation: A survey of US and international Critical Care Professionals. *Chest* 2002, 122, 2204-2211.
- C. Dana Critchell, P. E. M., Should Family Members Be Present During Cardiopulmonary Resuscitation? A Review of the Literature. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine* 2007, 24, (4), 311-317.
- Manzar Zakaria, M. S., Presence of Family Members during cardio-pulmonary resuscitation after necessary amendments. *Journal of Pakistan Medical Association* 2008, 58, 632-635.
- Oren Wacht. The Attitudes of the emergency department staff toward family presence during resuscitation. Ben-Gurion University of the Negev, Beer-Sheva, 2008.
- Boehm, J., Family Presence During Resuscitation. In *CODECOMMUNICATIONS*, 2008; Vol. 3.
- Susan L. MacLean, C. E. G., Cheri White et al, Family Presence During Cardiopulmonary Resuscitation and Invasive Procedures: Practices of Critical Care and Emergency Nurses. *American Journal of Critical Care* 2003, 12, 246-257.
- S.M Robinson, S. M.-R., G.L. Campbell Hewson, C.V. Egleston, A.T. Prevost, Psychological effect of witnessed resuscitation on bereaved relatives. *Lancet* 1998, 352, 614-617.
- Nibert, A. T., Teaching Clinical Ethics Using a Case Study: Family Presence During Cardiopulmonary Resuscitation. *CriticalCareNurse* 2005, 25, 38-44.
- Mason, D., Family Presence: Evidence Versus Tradition. *American Journal of Critical Care* 2003, 12, (3), 190-193.
- Mary Anne Belanger, S. R., A rural Community hospital's experience with family-witnessed resuscitation. *Journal of Emergency Nursing* 1997, 23, 238-239.
- Turow, J., *Playing Doctor: Television, Storytelling, & Medical Power*. 2 ed.; The University of Michigan Press: Michigan, 2010.
- Susan J. Diem, J. D. L., James A. Tulsy, Cardiopulmonary Resuscitation on Television: Miracles and Misinformation. *The New England Journal of Medicine* 1996, 1578-1582.
- J Van Den Bulck, K. D., Cardiopulmonary resuscitation on Flemish television: Challenges to the television effects Hypothesis. *Emergency Medicine Journal* 2004, 21, 565-567.
- P N Gordon, S. W., P G Lawler, As seen on TV: Observational study of Cardiopulmonary resuscitation in British television medical drama. *BMJ* 1998, 317, 780-783.
- Ronald J. Market, M. G. S., correspondence- Cardiopulmonary Resuscitation on Television. *New England Journal of Medicine* 1996, 335, (21).
- Dylan Harris, H. W., Resuscitation on television: Realistic or ridiculous? A quantitative observational analysis of the portrayal of cardiopulmonary resuscitation in television medical drama. *Resuscitation* 2009, 80, 1275-1279.
- Eliot M. Wallack, G. J. B., correspondence- Cardiopulmonary Resuscitation on Television. *New England Journal of Medicine* 1996, 335, (21).
- O'connor, M. M., The Role of the Television Drama ER in Medical Student Life: Entertainment or Socialization. *JAMA* 1998, 280, (9).

30. Turow, J., Television entertainment and the US health-care debate. *Lancet* 1996, 347, 1240-1243.
 31. Theivendran, J., House MD: An analysis of Chronic Pain Managed with Opiate Therapy in Entertainment Television. In Imperial College Medical School: London, 2007.
 32. Donald W.Black, N. C. A., *Introductory Textbook of Psychiatry*. fifth ed.; American Psychiatric publishing, Inc.: Washington, DC, London, England, 2011. p. Xi and 15 respectively.
 33. Baer, N. A., *Cardiopulmonary resuscitation on television: Exaggerations and Accusations (editorial)*. 1996; Vol. 334, p 1604-1605.
 34. Timmermans, S., *Sudden Death and the Myth of CPR*. 1 ed.; Temple University Press: Philadelphia, 1999.
 35. Howard M. Spiro, M. G. M. C., Lee Palmer Wandel (ed), *Facing Death*. Yale University Press: New Haven, 1996.
 36. Ross, E. K., *On Death and Dying*. first ed.; Scribner: New York, NY 10020, 2003.
 37. Nuland, S., *How We Die*. second ed.; Vintage Books, A division of Random House, Inc: New York, 1993.
 38. Timmermans, S., Resuscitation technology on the emergency department: towards a dignified death. *Sociology of Health & illness* 1998, 20, (2), 144-167.
 39. Gupta, S., *Cheating Death- The doctors and Medical Miracles that Are Saving Lives Against All Odds*. Grand Central Life& Style: New York, 2009.
 40. Ariès, P., *The Hour of Our Death*. 1 ed.; Oxford University Press: 1981.
 41. Introduction to the International Guidelines 2000 for CPR and ECC: A Consensus of Science. *circulation* 2000, 102, 1-11.
 42. A.S. Grice, P.P., C.D.S. Deakin, Study examining attitudes of staff, patients and relatives to witnessed resuscitation in adult intensive care units. *British Journal of Anaesthesia* 2003, 820, (4), 820-824.
 43. Susan J. Diem, J. D. L., James A. Tulsky, correspondence- Cardiopulmonary Resuscitation on Television. *New England Journal of Medicine* 1996, 335, (21), 1607.
 44. Tsai, E., Should Family Members Be Present During Cardiopulmonary Resuscitation? *New England Journal of Medicine* 2002, 346, (13), 1019-1021.
-

ESCRIBEN EN ESTE NUMERO:

Jorge Assef
Giselle A. López
Juan Jorge Michel Fariña
Elizabeth Ormart
Mauro Lionel Zamijovsky
Zohar Lederman

ÉTICA & CINE es una revista cuatrimestral, con arbitraje internacional, editada de manera conjunta por:



Universidad Nacional de Córdoba
Facultad de Psicología

- Programa de Estudios Psicoanalíticos. Ética, Discurso y Subjetividad. CIECS - CONICET y Cátedra de Psicoanálisis. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Córdoba,



Universidad de Buenos Aires
Facultad de Psicología

- Departamento de Ética, Política y Tecnología, Instituto de Investigaciones y Cátedra de Ética y Derechos Humanos, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.



UiO : Faculty of Medicine
University of Oslo

- Con la colaboración del Centro de Ética Médica (CME), de la Facultad de Medicina, Universidad de Oslo, Noruega.



- Con el auspicio de la Asociación de Unidades Académicas de Psicología de las universidades estatales de Argentina y Uruguay