

De Ulises a Paris: viaje hacia la medicalización del envejecimiento

Belén Moreno

*Médica Psiquiatra, Servicio de Psiquiatría del Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA)
E-mail: belen.moreno@hospitalitaliano.org.ar*

Mariana Pedace

Psicóloga, Equipo de Psicogeriatría del Servicio de Psiquiatría del Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA)

Daniel Matusevich

Médico Psiquiatra, Coordinador del Equipo de Psicogeriatría del Servicio de Psiquiatría del Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA)

*"Respondióle el deiforme Alejandro:
- ¡Héctor! Con motivo me increpas y no más de lo justo; pero tu corazón es inflexible como el hacha que hiende un leño y multiplica la fuerza de quien la maneja hábilmente para cortar maderos de navío: tan intrépido es el ánimo que en tu pecho se encierra. No me reproches los amables dones de la dorada Afrodita, que no son despreciables los eximios presentes de los dioses y nadie puede escogerlos a su gusto. Y si ahora quieres que luche y combata, detén a los demás troyanos y a los aqueos todos (...).*

*Y Menelao, valiente en la pelea, les habló de este modo:
- Ahora, oídme también a mí. Tengo el corazón traspasado de dolor, y creo que ya, argivos y troyanos, debéis separaros, pues padecisteis muchos males por mi contienda, que Alejandro originó. Aquel de nosotros para quien se hallen aparejados el destino y la muerte, perezca y los demás separaos cuanto antes".*

Homero, La Ilíada

Resumen

En esta presentación describimos al Síndrome de Paris, partiendo del Síndrome de Ulises descrito por Mercer Rang en el año 1972. Dicho síndrome se inscribe dentro del proceso de medicalización que está atravesando el proceso de envejecimiento en las sociedades occidentales. Decidimos presentar el problema tomando como referencia las historias de cuatro pacientes paradigmáticos con el objeto de reflejar la experiencia vivenciada por ellos así como también la modalidad de la práctica médica de nuestros tiempos para con los viejos.

Palabras claves: Síndrome de Ulises, medicalización, envejecimiento.

FROM ULYSSES TO PARIS: JOURNEY TO THE MEDICALIZATION OF AGEING

Abstract

In the following study we will be introducing the Paris Syndrome, taking as a departure stand the Ulises Syndrome described by Mercer Rang back in 1972. This syndrome is analyzed within the current context of medicalization that old people within Western societies are currently undergoing. We decided to present this topic by looking at the medical trajectories of four paradigmatic patients with the intention of capturing how they themselves experience this process. Through these cases, we would also like to further understand current medical practices toward the elderly.

Key words: Ulysses Syndrome, medicalization, ageing.

Introducción

En este artículo describiremos y aplicaremos el concepto de Síndrome de París a la clínica psiquiátrica con pacientes ancianos. Apelaremos a representaciones de cuatro historias que desplegaremos como ejemplos posibles de la medicalización, fenómeno que hace varios años atraviesa al proceso de envejecimiento (1). Vale la pena aclarar que los relatos que utilizaremos son ficticios, contruidos con retazos de un sinnúmero de situaciones clínicas que tuvieron a nuestro equipo como protagonista o testigo; consideramos que la esencia de las viñetas se mantiene, ya que nuestra intención no pasa por la búsqueda de la veracidad de las mismas sino por el intento de obtener un retrato íntimo de las situaciones recurriendo al modelo narrativo, para poder dar cuenta de una clínica cada vez más compleja e intrasubjetiva. Juan Villoro sostiene que en una época de simulacros, marcada por el mundo de lo virtual no existe nada más real que las historias que se puedan contar (2). En la misma línea Coetzee y Kurtz en su excelente texto "El buen relato" deciden modificar los pormenores relativos a los casos clínicos que utilizan para evitar intromisiones en

los procesos terapéuticos, salvedad que nuestro grupo también tomó en consideración (3).

Homero relata en "La Odisea" el viaje y las aventuras que Ulises tuvo que superar para lograr regresar a su hogar, Ítaca. Los dioses decidieron en Asamblea que el guerrero pudiera finalmente volver, pero solo pudo hacerlo después de veinte años y tras atravesar una gran cantidad de peligros; la vuelta no fue sin consecuencias ya que nuestro héroe jamás volvió a ser el mismo así como tampoco la familia que lo recibió a su regreso (4).

Tomando este poema épico como fuente de inspiración, Mercer Rang dio en llamar en el año 1972 Síndrome de Ulises al conjunto de situaciones que se presentan en un paciente como resultado del proceso de una bien intencionada pero excesiva investigación diagnóstica (5). En su viaje, el paciente va atravesando sucesivos estudios que a su vez conducen a nuevos estudios que desembocan en hipótesis diagnósticas y en intervenciones terapéuticas muy costosas en todos los sentidos imaginables: humano, económico, social y emocional.

Veamos la descripción inicial de Rang, en la cuidada traducción de Kopitowski: Jimmy se cayó y se golpeó la cabeza; su madre pensó que no habría mayores conse-



cuencias, pero la abuela del niño le dijo que lo llevara a un médico. El profesional pensó que era improbable que tuviese una fractura pero, para estar más seguro, le solicitó una radiografía de cráneo y cuello. No se encontró ninguna lesión, pero, en las placas de la columna cervical, se alcanzaba a visualizar en la clavícula un hueso anormal. Después de una serie de análisis de sangre que no dieron ningún valor alterado, los padres llevaron a Jimmy a un cirujano ortopédico que pensó que el hallazgo podría ser una variante normal. Ya que el profesional no estaba totalmente seguro y a que la familia estaba muy preocupada por la posibilidad de que el niño tuviese un cáncer se efectuó una biopsia. El patólogo informó que se trataba de un defecto cortical fibroso benigno; el final de la historia muestra que el chico se cae en el resbaloso piso del hospital fracturándose la clavícula en la zona que estaba debilitada por la biopsia, pasando seis semanas enyesado hasta finalmente sanar (6).

Consideramos que este síndrome es un claro ejemplo del proceso de medicalización que está atravesando nuestra sociedad toda y es en este sentido que consideramos adecuado modificarlo con ejemplos del otro extremo de la vida al propuesto por Rang, ya que los pacientes ancianos hoy en día constituyen uno de los eslabones más sensibles del sistema de salud. Según la OMS el porcentaje de personas mayores a 60 años en las distintas poblaciones mundiales está creciendo vertiginosamente. Se calcula que entre 2000 y 2050 dicha proporción pasará de 11 a 22% por lo que, en números absolutos, el aumento previsto es de 605 millones a 2000 millones de personas mayores de 60 años. Todos los individuos de esta franja etaria se enfrentan a la difícil tarea de poder asimilar las diversas modificaciones simultáneas que se dan en distintos planos de su existencia, con las sensaciones displacenteras asociadas que esto conlleva (7).

Al respecto vale la pena considerar el planteo de Gervas Camacho cuando, con impecable lógica sostiene que en medicina, como en la vida, el bien y el mal se hallan indisolublemente unidos como las dos caras de la misma moneda; de este modo, entonces, toda decisión clínica conlleva beneficios y perjuicios. El colectivo de profesionales médicos atraviesa una etapa de arrogancia y omnipotencia, donde pocas cuestiones le son ajenas, avanzando mucho más allá del mundo de las enfermedades para desembarcar en el continente de la salud, convirtiéndose en los sumos sacerdotes de una no tan nueva religión que propugna la búsqueda de la piedra filosofal de la salud absoluta a través de intervenciones que abarcan la vida toda de las personas (8).

Tomando como fuente de inspiración al Síndrome de Ulises descrito por Rang, nuestro grupo decidió llamar Síndrome de Paris a la sucesión de intervenciones, diagnósticas y terapéuticas, a que son sometidos un importante grupo de pacientes ancianos frágiles tentados por los cantos de sirena de la biomedicina, que sin ser necesariamente iatrogénicas condicionan definitiva y muchas veces irreversiblemente la vida del paciente y su familia al punto de que una vez arribado al final del camino el mismo no pueda volver a llevar adelante su vida como lo era.

Cuando decimos “anciano frágil” nos referimos a un

estado multifactorial en el que se le otorga distinto peso a los factores biológicos, psicológicos y sociales variando según el tipo de profesional consultado; en líneas generales la mayoría de los autores incluyen bajo esa denominación a pacientes viejos que presentan disminución de la reserva fisiológica, pérdida de autonomía funcional, deterioro cognitivo, presencia de enfermedades crónicas o a la combinación de todos estos factores. Nuestro grupo viene trabajando en el delineado de la fragilidad psiquiátrica que incluye elementos como el aislamiento, el déficit cognitivo, los síntomas depresivos, la desesperanza, la polimedición y otros (9).

El dios Zeus le dio a Paris, hijo de Príamo y Hécuba, la tarea de seleccionar entre Hera, Atenea y Afrodita a la diosa más hermosa; cada una de ellas le prometió algo si resultaba ser la elegida: Hera le prometió ser soberano de mundo, Atenea ser invencible en la guerra y Afrodita entregarle a Helena, la mujer más bella de todas las mujeres. El joven se inclinó por Afrodita, que además se convirtió en su protectora, desencadenando la ira de las otras dos deidades que juraron vengarse; lo que no sabía era que su decisión daría lugar a una serie de peripecias de lo más variadas hasta llegar a desencadenar la guerra de Troya. Finalmente, Paris cae muerto por una flecha lanzada por Filoctetes, que le atraviesa la ingle; se mandó llamar a la ninfa Enone, un viejo amor, que poseía conocimientos de medicina para que le diese un remedio contra el veneno pero ella se negó a salvar a quien la había abandonado y, cuando se compadeció de él, ya era tarde (4).

Consideramos que esta historia extraída de “La Ilíada” grafica de manera clara y definida el derrotero de muchos de nuestros pacientes psicogeriatricos, condicionados antropológica, social y médicamente a tener que elegir entre diferentes opciones que prácticamente nunca dan lo que prometen y que casi siempre conllevan efectos que no están del todo explicitados a la hora de tomar las decisiones supuestamente terapéuticas.

Cuando Paris optó por la diosa Afrodita no se imaginaba la prolongada batalla, sufrimiento y muerte que desencadenaría como resultado de su elección; al igual que nuestro héroe mitológico, muchos pacientes ancianos cuando aceptan ser sometidos a complejos procesos diagnósticos y terapéuticos no llegan a dimensionar lo que dicha decisión puede llegar a implicar para su existencia y como su vida toda será condicionada a partir de ese momento.

En nuestros ejemplos clínicos decidimos elegir cuatro situaciones paradigmáticas como son los duelos, las fallas en la memoria, los rasgos narcisistas de personalidad y la institucionalización debido a que en los momentos de mayor vulnerabilidad social, psicológica y psiquiátrica es cuando se dan las condiciones de posibilidad para que el Síndrome de Paris se desarrolle.

CUATRO HISTORIAS

Helena

La paciente de 75 años de edad, cuyo esposo había fallecido hacía siete meses (por lo que estaba atravesando un proceso de duelo), consultó a su médico clínico por

fuerzas cefaleas; su médico de cabecera, después de intentar resolver el síntoma con medicaciones convencionales con escaso resultado decidió indicarle que realizara una entrevista con un neurólogo. Esta consulta no constituyó el primer encuentro de Helena con la neurología, hubo dos contactos anteriores que resultan por demás significativos a pesar de que las relaciones establecidas no la involucraron directamente: varios años atrás había acompañado a su suegra ya que padecía una enfermedad de Parkinson que finalmente evolucionó en un proceso demencial; nuestra paciente fue la cuidadora principal de la madre de su marido, pues su suegra no tenía hijas mujeres y en esta familia ese rol estaba reservado al género femenino. Años más tarde también visitó a un facultativo de esta especialidad, pero en ese entonces fue por su marido quien tuvo un cáncer de cerebro; lo más relevante para nuestro caso es que uno de los primeros síntomas que sufrió su conyugue fueron las cefaleas que, en una primera instancia, fueron desestimadas por el enfermo y fue debido a la insistencia de su mujer que finalmente consultó con su médico de cabecera y le diagnosticaron aquel cáncer terminal. Teniendo presente entonces las vivencias atravesadas por Helena, primero con su suegra y luego con su marido, es que podemos entender un poco mejor el por qué de estar tan atribulada y su firme convicción de padecer una grave enfermedad.

Rápidamente, Helena, consultó con un neurólogo, quien, sin tener conocimiento de la pérdida reciente de

la paciente y por lo tanto de los posibles efectos que en ella provocaron, le indicó la realización de una tomografía axial computarizada de cerebro; una vez con el informe en sus manos, la paciente leyó: "leve atrofia cerebral acorde a la edad".

Por un lado se sintió aliviada ya que el informe, a su entender, no mencionaba la presencia de ningún tumor pero por el otro el volver a leer las palabras "atrofia cerebral" inevitablemente la condujo a revivir la historia de la enfermedad de su suegra que había sido extensa y penosa no solamente para la madre de su marido sino para toda la familia. Por lo que la nueva consulta neurológica tuvo un objetivo muy claro y definido: saber si estaba empezando a padecer una demencia semejante a la que había sufrido su familiar. Esta vez el neurocientífico decidió realizar un interrogatorio detallado, en el que la paciente dijo estar recordando menos que antes, en especial, en los últimos meses; le indicó una serie de test de *screening* del estado mental, los cuales la paciente pudo efectuar recién dos meses después debido a que la ansiedad que le generaba llevarlos a cabo impedía su realización.

En ese periodo de tiempo, a las cefaleas más intensas y frecuentes que nunca se sumaron una gran angustia asociada al temor a estar demente, importantes dificultades para conciliar el sueño, una gran labilidad afectiva y desesperanza. Alarmada, Helena consultó nuevamente con su médico clínico quien en esta oportunidad decidió, tras considerar que había descartado todas las posi-



bles causas orgánicas del caso, derivarla a una consulta psiquiátrica; el profesional que se ocupa de la salud mental consideró que podría tratarse de un duelo pero teniendo en cuenta la prolongación en el tiempo no descartaba la posibilidad de que lo normal estuviera mutando en patológico por lo que decidió derivar la paciente a una psicóloga con el objeto de que realizara una serie de entrevistas diagnósticas y terapéuticas.

Entonces, a esta altura de su periplo vital y médico, Helena concurrió a las entrevistas con una psicoterapeuta psicoanalítica convencional; desde los primeros momentos la paciente notó que la terapeuta intervenía en forma esporádica, con largos silencios y escasos señalamientos. Encontró a este fenómeno dos explicaciones posibles: o bien que la profesional la consideraba un caso perdido o bien que ella no comprendía lo que le decían a raíz de los olvidos.

El resultado de estas situaciones fue un empeoramiento del cuadro depresivo y una profundización de los olvidos; al mes decidió no concurrir más a la psicóloga porque sentía que la ponía de peor ánimo. En este estado es que Helena concurrió a realizarse la evaluación neuropsicológica que informó fallas mnésicas asociadas a un cuadro depresivo. Finalmente, la hija de la paciente al ver que su madre empeoraba cada días más, llegando a no querer salir de su casa, logró convencerla que consultara con una terapeuta que le habían recomendado. De esta manera, a través de un tratamiento psicodinámico específico para este tipo de situaciones, poniendo el eje en la complejización de los duelos no resueltos consiguió mejorar la situación.

Héctor

Esta historia es la de un paciente de 72 años de edad, que se caracterizaba por tener una personalidad con rasgos narcisistas muy marcados y cuya carta de presentación en las entrevistas con los profesionales de la salud eran su tres títulos universitarios. No solamente se jactaba de su nivel académico, sino que también estaba orgulloso de continuar trabajando doce horas diarias, teniendo a su cargo una cantidad considerable de empleados. Sin embargo, se encontraba en tratamiento psicológico y psiquiátrico desde hacía muchos años por presentar un cuadro depresivo. El viaje de Héctor comenzó cuando un día iba caminando por la calle y tras sentir que su marcha se tornaba levemente inestable cayó al piso sin sufrir heridas relevantes. En esta oportunidad no consideró necesario concurrir a una guardia para ser evaluado.

Luego de unas semanas de ocurrido este episodio, cuando por la mañana fue a levantarse, se sintió mareado y tuvo que sostenerse de la cama para no caer. Muy asustado por esto y relacionándolo con su caída en la calle, el paciente consultó rápidamente a una guardia de un hospital; la médica clínica que lo atendió le dijo, tras una breve evaluación, que su cuadro se trataba claramente de un principio de demencia de tipo Alzheimer y le hizo una orden para que solicitara un turno en neurología. Héctor recuerda que la orden tenía cla-

ramente escrita la palabra "urgente". Muy angustiado y alterado por la situación el paciente logró conseguir un turno para neurología a los dos días de la consulta por guardia.

Esos días transcurrieron entre la angustia y el desconcierto, estado que lo impulsó a ausentarse de su trabajo y a suspender la mayoría de sus compromisos y actividades, entre ellos el turno con su psiquiatra y los encuentros semanales con su psicóloga. Es importante aportar al relato que la madre del paciente había fallecido a los 92 años con un diagnóstico de demencia de tipo Alzheimer. La evolución de ella había sido prolongada en el tiempo y de carácter muy dolorosa para nuestro paciente ya que con el avance de la enfermedad fue necesario internarla en una residencia geriátrica. Al igual que Héctor, su madre había sido una persona muy independiente, trabajadora, orgullosa y erudita hasta que la enfermedad comenzó a progresar.

Héctor siempre se había sentido identificado y motivado existencialmente con la vida de su madre y con su manera de comportarse por eso nunca pudo terminar de asimilar el final trágico que le aconteció. Por eso, luego de fallecida, siempre procuró estar informado y atento a los últimos avances en relación a diagnósticos y tratamientos de las enfermedades de la memoria.

En la consulta neurológica le transmitieron que no estaban de acuerdo con el diagnóstico que le habían dado en la guardia, afirmándole de manera taxativa que no padecía ningún tipo de demencia; sin embargo, el paciente continuó insistiendo en la importancia que tenía el antecedente de la enfermedad de su madre. Persuadida por el paciente, la profesional decidió indicarle una tomografía axial computada de cerebro y una evaluación neurocognitiva, para la que consiguió turno en treinta días. Realizarse dicha prueba diagnóstica significó una gran estresor ya que padecía claustrofobia al punto que el día del estudio y debido a la ansiedad que tenía sufrió un accidente. Estando adentro del tomógrafo, nervioso y ansioso, se levantó antes de que se lo indicaran y golpeó su cabeza contra el aparato, debiendo ser asistido y suturado con unos pocos puntos en su frente.

Además de los estudios descritos hasta aquí, la gran insistencia de Héctor hizo que la neuróloga lo derivara a una consulta con los profesionales de movimientos anormales, debido a la caída y mareo que el paciente había presentado y que atribuía a su percepción de una marcha inestable. Esta consulta fue efectivizada dos meses más tarde ya que la depresión y el desánimo que lo aquejaban se incrementaron notablemente como consecuencia del cambio vital que significaron todas las consultas y sus consecuencias.

Los padecimientos que sufrió junto con las innumerables evaluaciones diagnósticas a las se sometió lo decidieron a abandonar sus tratamientos psicológico y psiquiátrico, puesto que consideró que no lo habían ayudado a sobrellevar la etapa más dura de su vida. Las consecuencias de este movimiento se hicieron notar rápidamente ya que la melancolía tomó el control de su vida, llegando a abandonar su actividad laboral, fuente no solo de ocupación sino también de sentido vital.

Finalmente, luego de los varios meses que duró este desafortunado viaje, las pruebas diagnósticas solicitadas no informaron alteraciones así como tampoco indicios de ningún tipo de proceso involutivo. Si bien la travesía a través de la biomedicina culminó de manera favorable, las consecuencias se parecieron mucho a haber obtenido una victoria a lo Pirro.

Alejandro

En el transcurso de los últimos dos años nuestro paciente de 80 años de edad consultó a su médico clínico en reiteradas oportunidades por presentar falta de voluntad y de deseos para desarrollar la mayor parte de sus actividades cotidianas habituales: trabajar, salir, asistir a encuentros con amigos, hacer compras, ordenar su hogar y llevar adelante una vida por demás activa. Era contador, y desde que estudiaba en la universidad, pasó por varias empresas hasta poder llegar a independizarse y tener su propio estudio contable que seguía en funcionamiento hasta la actualidad; se define como dinámico, emprendedor, hiperactivo y muy vital.

Alejandro era viudo, su segunda esposa falleció hace ocho años con suma velocidad a causa de una gravísima leucemia. Tres años después, le descubrieron un tumor maligno en la próstata por el cual debió ser intervenido quirúrgicamente. El resultado fue exitoso, pero a partir de ese momento comenzó a padecer problemas sexuales caracterizados por dificultades para mantener la erección asociados a una disminución del deseo sexual. Para el paciente este era un tema que le generaba una gran angustia debido a que se definía como un “enamorado del amor”, habiendo estado toda su vida en pareja y manteniendo relaciones paralelas con distintas mujeres de forma casi constante. Con orgullo, reconocía ser un “seductor”, aunque a raíz de los inconvenientes mencionados, comenzó a esquivar los encuentros íntimos debido al gran temor que le generaba no estar a la altura de lo que las circunstancias requerían. A pesar de ello salía con tres mujeres todas entre ocho y diez años menores que él; debido a la imposibilidad de satisfacerlas en este plano, presumía que pronto lo abandonarían por otro hombre más joven y viril que lo que él era en estos momentos. Es necesario considerar que el sentido de la vida de nuestro paciente pasaba y se sostenía por estos encuentros, de esta forma se comprende de manera acabada la sensación que tenía de que su vida estaba desapareciendo.

Tras reiteradas consultas, su médico clínico le solicitó que hiciera diversos estudios que, según el paciente, dieron la pauta que “no tenía nada” lo cual lo desalentó enormemente. A su entender, por esta razón y por “estar cansado de escucharme”, lo derivó a un médico psiquiatra. Al paciente le pareció rara esta derivación ya que nunca había consultado a un profesional de la salud mental, especialidad que consideraba reservada para los “locos” o “débiles”. Por eso, no cumplió con la indicación y, muy a su pesar, decidió solicitar a sus amigos la recomendación de un sexólogo, intentando disimular la vergüenza que le generaba exponer sus dificultades fren-

te a ellos, aunque ellos relataran experiencias similares desde hacía tiempo.

Al consultar al especialista del campo de la sexología, le indicó sildenafil, afirmándole que gracias a esta droga a muchos de sus pacientes se les solucionó la vida y volvieron a ser los de antes. Con gran expectativa, empezó a tomar el fármaco y aunque notó una mejoría parcial de su dificultad, su performance no fue la misma que antes de haberse sometido al proceso quirúrgico. Sumamente abatido y llegando incluso a pensar en suspender todo acercamiento sexual, volvió a su mente la indicación de su clínico de consultar a un médico psiquiatra, circunstancia que solo podía ser considerada como bien o la última esperanza o como la aceptación de un fracaso seguro que lo conduciría a un cambio de vida no deseado y muy difícil de aceptar. Se presentó ante el profesional con la misma falta de motivación, pero aun más triste y angustiado que antes, afirmando “desconocerse” con lo que le estaba sucediendo, no ser el mismo.

El psiquiatra le dijo que pensaba que estaba padeciendo una depresión y, por esta razón, le indicó un antidepresivo que sin duda iba a servir para mejorarle el estado anímico y para que pudiera comenzar a ver las cosas en forma diferente. A pesar de sus prejuicios contra los psicofármacos y contra la psiquiatría en general, Alejandro aceptó tomar la medicación con la esperanza de “volver a ser el que era” y de terminar con su recorrida por el mundo de la medicina.

Las cosas no sucedieron de esa manera: a las pocas semanas las modificaciones que comenzó a percibir fueron de índole negativa, resultándole prácticamente imposible sostener la tímida erección que venía teniendo y el deseo se mantenía apagado. La desesperanza y el abatimiento lo llevaron a suspender en forma definitiva los encuentros con mujeres más allá de que ellas lo seguían valorando y deseaban mantener vivas las relaciones. Esta no fue la única consecuencia: evitar a los amigos y sus preguntas incómodas fue parte del nuevo escenario así como la idea de abandonar su estudio contable y las tareas laborales que ahora eran vistas más como carga y obligación que como fuente de sentido vital.

Penélope

La paciente, de 83 años de edad, concurrió a realizar una interconsulta acompañada por sus hijas; el motivo de la entrevista radicaba en que sufría una serie de episodios caracterizados por angustia marcada, ansiedad, tristeza, labilidad afectiva, llanto e insomnio de conciliación y de mantenimiento.

Dichos episodios se producían con una frecuencia de dos veces por semana y estaban directamente relacionados con visitas que la paciente realizaba a una residencia de adultos mayores en la cual habitaba su pareja desde hacía aproximadamente seis meses debido a que los síntomas conductuales asociados a la demencia que padecía hicieron que la convivencia con Penélope se tornara imposible (“... me pasaba las noches sin dormir cuidándolo (...) se quería ir todo el tiempo de la casa (...)

decía que tenía que volver con su esposa”). A pesar de lo florido y complejo del cuadro ella hubiera preferido continuar cuidándolo pero fueron los hijos de su compañero los que tomaron la decisión, con el objeto de ofrecer el espacio de mayor continencia posible.

A partir de ese momento cada una de las visitas que realizaba Penélope a la institución eran seguidas por crisis como la anteriormente descrita, en las que la paciente manifestaba no tener deseos de continuar viviendo si no se le permitía atender las necesidades de Fernando. Las hijas realizaron una consulta con un profesional psiquiatra, el cual diagnosticó un cuadro de características ansioso-depresivo y realizó una indicación doble: por un lado una medicación antidepressiva con la que aseguró que los episodios iban a dejar de suceder a partir de los quince días de comenzar a recibirla y por el otro sugirió la conveniencia de que Penélope dejara de visitar la residencia por un tiempo, hecho que fue totalmente rechazado por la paciente a pesar de que las hijas se mostraron afines con la indicación.

Aceptó comenzar con el antidepressivo, no demasiado convencida pero sin voluntad de pelearse con las hijas así como tampoco de decepcionar al profesional tratante; a los diez días de estar tomando la medicación en la forma en que se le había indicado, la paciente comenzó a tener repentinos cambios en su conducta.

Una mañana cuando una de las hijas la llamó por teléfono, Penélope estaba muy enojada y le reprochó por qué hacía tanto tiempo que no hablaban y que no la visitaba: este comentario sorprendió y alarmó a Ana ya que la había visitado el día anterior, por lo que decidió ir a lo de su madre y avisarle lo que estaba ocurriendo a su hermana; al llegar a la casa la encontró desalineada y hablando sola (“estaba teniendo una conversación con alguien que no estaba allí”, relató la hija). La paciente le contó además que había recibido la visita de unos familiares que en realidad hacía muchos años que no veía.

En cuanto llegó la otra hija decidieron llevarla de inmediato a la guardia. No podían comprender qué le estaba ocurriendo a su madre. Un vez en la guardia y tras la realización de un análisis de sangre y de orina, les informaron que la paciente tenía el sodio por debajo del valor normal; debían internarla en clínica médica para tratar esta alteración. El médico de guardia les explicó a las hijas que la hiponatremia era un efecto secundario provocado por antidepressivos, y teniendo en cuenta el reciente comienzo de la toma de una medicación de este tipo, prácticamente no cabían dudas en que esa fuera la causa del cuadro actual de la paciente. Al segundo día de estar internada y habiendo revertido gran parte de los síntomas que había presentado, desarrolló un cuadro respiratorio caracterizado por tos, decaimiento general, fiebre y fatiga. Luego de realizarle los estudios correspondientes, el equipo tratante llegó a la conclusión de que se trataba de una infección intrahospitalaria, en este caso una neumonía. Finalmente, luego de 15 días de internación la paciente fue dada de alta.

Al regresar a su casa, ahora con una cuidadora que la acompañaría todo el día, nuestra paciente rápidamente

te planteó que deseaba ir a visitar a su marido; las hijas no estaban de acuerdo con esto, consideraban que ella no estaba en condiciones anímicas para ver a Fernando. Sin embargo, Penélope no se resignaba y continuó reclamando con vehemencia. Ante tanta insistencia las hijas decidieron llevarla nuevamente a la consulta con el psiquiatra quien consideraba que la paciente debía comenzar nuevamente un tratamiento psicofarmacológico y sostenía su postura inicial en relación a las visitas a su marido.

Sin estar de acuerdo pero tampoco con fuerzas como para oponerse, Penélope comenzó una vez más a tomar cada noche un antidepressivo. En cuanto a las visitas al geriátrico e influenciada por la psicóloga de una de ellas, las hijas mantuvieron su decisión; de esta forma a nuestra paciente le permitieron ir a ver a su marido cada dos semanas y siempre en compañía de la cuidadora. En el transcurso de un año no presentó cambios considerables en su ánimo así como tampoco en relación a los ataques de angustia que sufría luego de los encuentros con su marido.

Discusión

Las cuatro historias presentadas reflejan algunas de las dificultades que se despliegan en la psicogeriatría a la hora de tener que tomar decisiones clínicas. La fragilidad de este grupo asociada a la gran cantidad de variables médicas, sociales y culturales que condicionan las consultas determina un contexto singular que debe ser individualizado para poder intervenir con mayores posibilidades de éxito.

En este sentido consideramos que la utilidad de describir el Síndrome de Paris reside en dilucidar un marco clínico en el cual los pacientes ancianos quedan expuestos debido a una combinación entre la calidad de las intervenciones y la vulnerabilidad inherente al colectivo envejecido.

Es así que recibir una medicación antidepressiva, vivir las contingencias de un proceso de institucionalización, atravesar un duelo, realizar un proceso psicoterapéutico, tener que padecer una internación clínica, ser evaluado neuropsicológicamente o requerir una imagen de cerebro son solo algunas de las múltiples posibilidades que plantean al viejo y a su familia un escenario en donde el lado B de las intervenciones nunca está del todo explicitado.

No nos referimos aquí a declarar los efectos adversos posibles de un psicofármaco o a explicar los riesgos de una internación clínica sino que hacemos referencia a los cambios no deseados y a veces muy difíciles de predecir de las intervenciones psiquiátricas y psicológicas.

Muchos de esos cambios se relacionan con que gran parte de las estrategias desconocen los límites de la medicina y de la psicología ya que avanzan sobre los estilos de vida de las personas involucradas, que sufren malestares que precisamente tienen que ver con “el estar mal” que no es lo mismo que estar enfermo; y es así que encontramos médicos o psicólogos opinando sobre cuestiones absolutamente personales que quizás deberían ser

resueltas "en familia" o fomentando que el paciente sea experto en su propia vida intentando evitar el riesgo de la medicalización o de la psicopatologización de las vivencias.

Las intervenciones sobre cuestiones que podríamos denominar eventos de la adversidad cotidiana (personas que no aceptan envejecer, duelos, consejos acerca de visitar o no a una persona institucionalizada, sugerencias acerca de cómo vivir, etc.) aumentan notablemente la posibilidad de lograr fracasos terapéuticos puesto que apuntan a resolver cuestiones que no son problemas médicos o psicológicos sino avatares de la existencia.

En esta línea, Cerecedo Pérez, Tovar Bobo y Rozadillas Arias plantean que la infelicidad existencial se relaciona con la prosecución de la felicidad absoluta, haciéndose patente esta situación en el terreno de la salud al ver cómo se instala en la vida cotidiana el rechazo a la enfermedad y a la muerte. Continúan diciendo estos autores que la actitud que lleva a considerar el malestar emocional como una enfermedad susceptible

de ser medicalizada no deriva tanto del conocimiento científico como de nuestro sistema de valores; muchas personas se consideran enfermas frente a los sucesos de la vida, cuando en realidad su salud está intacta ya que su estado emocional es consecuente con la situación que están viviendo (1).

Nuestra propuesta se dirige a reasignar el malestar y la demanda del paciente a través de intervenciones que intenten evitar el Síndrome de París; procurando esclarecer los motivos de consulta de la manera más amplia posible para tratar de soslayar los procedimientos innecesarios, poniendo el eje en el protagonismo de los pacientes en la toma de decisiones a través de una psiquiatría y una psicología basadas en los valores de los ancianos. Desarrollando algunas ideas como recuperar la incertidumbre como parte de la vida, conocer que las ciencias tienen límites, rescatar que no todo sufrimiento corresponde a una enfermedad y sabiendo que los ejercicios de la medicina jamás son inocuos, pudiendo desencadenar fuerzas muy difíciles de controlar ■

Referencias bibliográficas

1. Cerecedo Perez J, Tovar Bobo M, Rozadilla Arias A. Medicalización de la vida en la consulta: ¿hacia dónde caminamos? *Atención Primaria*. 2013; Vol. 45, Nro. 10, diciembre: 536-540.
2. Villoro J. *De eso se trata. Ensayos literarios*. Barcelona: Anagrama; 2008.
3. Coetzee J, Kurtz A. *El buen relato*. Buenos Aires: ELHILODA-RIADNA; 2015.
4. Homero. *La Ilíada*. Puerto Rico: La editorial de la Universidad de Puerto Rico; 1967.
5. Rang M. The Ulysses syndrome. *Can Med Assoc Journal*. 1972; Vol. 106, Nro. 22, January: 122-123.
6. Kopitowski K. Prevención cuaternaria: se pueden y se deben limitar los daños por la actividad sanitaria. *Rev. Hosp. Italiano Buenos Aires*. 2013; Vol. 33, Nro. 3, septiembre: 90-95.
7. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>
8. Gervas Camacho J, Gavilan Moral E, Jimenez de Gracia L. Prevención cuaternaria: es posible (y deseable) una asistencia sanitaria menos dañina. *AMF*. 2012; Vol. 8, Nro. 6: 312-317.
9. Martínez Martín M, Gonzales J, Otero Puime A. Anciano frágil: ¿hablamos todos de lo mismo? *Revista Española de Geriatría y Gerontología*. 2007; Vol. 42, Nro.6: 357-360