

# Prevención cuaternaria en Psicogeriatría

Mariana Pedace

Moreno B, Pedace M, Matusevich D. De Ulises a Paris: viaje hacia la medicalización del envejecimiento. *Vertex*. 2015;26(123):374-81.

*Respondiote 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***

## INTRODUCCIÓN

El siguiente trabajo desarrolla el surgimiento de un nuevo concepto en el campo de la salud: el síndrome de Paris. Este síndrome nace del estudiado síndrome de Ulises, descrito por el neurólogo Mercer Rang en el año 1972, y de la necesidad de reencaminar la calidad y la atención de la salud de los viejos hacia un cuidado más integral. Se denomina síndrome de Ulises, cuya fuente de inspiración para Rang fue el poema épico *La Odisea*, al conjunto de situaciones que se presentan en un paciente como resultado del proceso de una bien intencionada pero excesiva investigación diagnóstica.

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. 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 desatar la

guerra de Troya. Esta historia extraída de *La Ilíada* ilustra de manera clara y definida el derrotero de muchos de los pacientes psicogerítricos, 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, el sufrimiento y muerte que desencadenaría como resultado de su elección; al igual que el 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 ni cómo su vida toda será condicionada a partir de ese momento.

El síndrome de Paris hace referencia a la sucesión de intervenciones diagnósticas y terapéuticas a las que son sometidos un importante grupo de pacientes ancianos frágiles tentados por 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 no puede volver a llevar adelante su vida como lo hacía. El principal objetivo al desarrollar este síndrome 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 como 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 hacemos referencia aquí a declarar los efectos adversos posibles de un psicofármaco o a explicar los riesgos de una internación clínica, sino a los cambios no deseados y a veces muy difíciles de predecir de las intervenciones psiquiátricas y psicológicas.

Para un abordaje más completo desarrollamos y analizamos cuatro situaciones vivenciadas por nosotros con distintos pacientes de nuestra práctica privada. Estos

Recibido 14/12/15

Acceptado 30/12/15

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

Los casos clínicos evidencian también 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.

Asimismo, este trabajo amplía el campo de estudio haciendo partícipes a otras ciencias además de la medicina, como son la psicología, la antropología y la filosofía. De esta forma articula los pensamientos de Juan Villoro, Gervas Camacho, Cerecedo Pérez, entre otros. Problematicando conjuntamente males propios de la práctica médica de hoy en día, tales como el vejeísmo y la medicalización, Cerecedo Pérez, Tovar Bobo y Rozadillas Arias plantean que la infelicidad existencial se relaciona con la prosecución de la felicidad absoluta, situación que se hace patente en el terreno de la salud al ver cómo se instala en la vida cotidiana el rechazo a la enfermedad y a la muerte. Afirman 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<sup>1</sup>.

## DISCUSIÓN

El síndrome de Ulises es un claro ejemplo del proceso de medicalización que está atravesando nuestra sociedad toda

y es en este sentido que los autores consideran 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 de 60 años en las distintas poblaciones mundiales está creciendo vertiginosamente. Se calcula que, entre los años 2000 y 2050, dicha proporción pasará de 11 a 22%. 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<sup>7</sup>.

El texto plantea que las intervenciones sobre cuestiones que podrían denominarse 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 incurrir en fracasos terapéuticos puesto que apuntan a resolver cuestiones que no son problemas médicos o psicológicos sino avatares de la existencia.

La propuesta de este nuevo síndrome se dirige a reasignar el malestar y la demanda del paciente a través de intervenciones que intenten evitar el síndrome de Paris, 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 y pueden desencadenar fuerzas muy difíciles de controlar.

---

**Conflictos de interés:** la autora declara no tener conflictos de interés.

---

## REFERENCIAS

1. Cerecedo Pérez MJ, Tovar Bobo M, Rozadilla Arias A. [Medicalization of life at the GP level: Where are we headed to?]. *Aten Primaria*. 2013;45(10):536-40.
2. Villoro J. De eso se trata. Ensayos literarios. Barcelona: Anagrama; 2008.
3. Coetzee J, Kurtz A. El buen relato. Buenos Aires: El hilo de Ariadna; 2015.
4. Homero. La Iliada. Puerto Rico: La editorial Universidad de Puerto Rico; 1967.
5. Rang M. The Ulysses syndrome. *Can Med Assoc J*. 1972;106(2):122-3.
6. Kopitowski K. Prevención cuaternaria: se pueden y se deben limitar los daños por la actividad sanitaria. *Rev. Hosp. Ital. B.Aires*. 2013;33(3):90-5.
7. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Centro de prensa. Notas descriptivas. La salud mental y los adultos mayores. [citado Ago 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>
8. Gervas Camacho J, Gavilán Moral E, Jiménez de Gracia L. Prevención cuaternaria: es posible (y deseable) una asistencia sanitaria menos dañina. *AMF*. 2012; 8(6): 312-7.
9. Martínez Martín M, Gonzales J, Otero Puime A. Anciano frágil: ¿hablamos todos de lo mismo? *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2007;42:357-60.