

EL SINDROME PSICOSOMATICO DE DESADAPTACION*

Carlos Alberto SEGUIN

«Tomemos ahora al individuo, perfectamente acomodado a la selva tropical, y dejémoslo de pronto sobre el pavimento de Nueva York; démosle a respirar aire polvoriento y lleno de humo; rodeémoslo de algo que puede estar demasiado caliente o demasiado frío, seco en exceso o húmedo en demasia; encerrémoslo en un cuarto oscuro, cubramos su cuerpo y quitémosle la luz del sol; expongámoslo al ruido y a gran número de excitaciones indebidas, introduzcamos substancias en él, alimentémoslo con cosas a las que no está habituado; hagamos todo esto, y fracasará ese cuerpo que antes era una obra maestra. Tendrá que ir al médico, el cual le dará toda clase de nombres divertidos para las enfermedades que adquirió»

Albert v. Szent-Györgyi

HACIA UNA MEDICINA INTEGRAL

La medicina se había hecho a fines del siglo pasado, extrañamente individual e individualista. Una curiosa aberración mental había conducido a los médicos a concebir la enfermedad como una alteración de órganos o sistemas y a estudiar dicha alteración en el individuo aislado, entre las paredes de un consultorio o en la cama de un hospital (**). Los brillantes resultados de la disección anátomo-patológica y del estudio experimental en fisiopatología habían deformado los conceptos fundamentales hasta convertir a la Medicina en una técnica para arreglar órganos anormales o funciones alteradas, separando, o pretendiendo hacerlo, de una manera absurda, el órgano del individuo y el individuo de su medio ambiente. El médico vivía ciego ante la realidad del hombre como ser humano, como persona, y creía, con una ingenuidad que asombra, que podía «curarlo» dirigiendo «la medicación específica al órgano enfermo» (**).

* Trabajo publicado en la Revista Latino-Americana de Psiquiatría, año I, Nro. 1, Buenos Aires, Oct. 1951.

(**) Véase un estudio crítico sobre este tema, en: Carlos Alberto Seguin: «The Concept of Disease», Psychosomatic Medicine, 8:252, 1946.

(***) Hemos intentado recientemente un análisis del concepto de curación en: Carlos Alberto Seguin: «A note on the Concept of Cure» Psychosomatic Medicine, 11, 305, 1949.

La realidad fue, sin embargo, obligándonos a considerar al ser humano como parte de una totalidad mayor, determinante de su salud o su enfermedad, pero, característicamente, el médico encaró esa obligación de la manera más estrechamente unilateral. La llamada «medicina social» se ocupó de las condiciones materiales de la vida en comunidad que podían enfermar al individuo, no tomando en cuenta a éste como elemento activo y actuante en su capacidad de persona, sino creyendo que era sujeto pasivo de influencias epidemiológicas, bromatológicas o climáticas. El hombre, el ser humano, no aparecía por ninguna parte ya que los conocimientos de la llamada «medicina social» podían aplicarse, *mutatis mutandis*, a la patología de cualquier otra especie zoológica.

Tiempo es de que la orientación moderna de la medicina, la medicina de hombres y no de órganos, vuelva la vista hacia la realidad del ser humano como parte de la comunidad; que se comprenda que, así como no puede estudiarse un hígado o un corazón sin tomar en cuenta el conjunto fisiológico al que pertenece, no puede estudiarse un individuo sino en relación con el medio en que vive, medio físico, psicológico y social.

Es el camino que la orientación psicosomática en la Medicina está enseñándonos a seguir, ya que es necesario establecer claramente que ella, al estudiar la realidad integral psicosomática, está obligada a considerar la más amplia realidad psicosocial si quiere ser fiel a sus postulados fundamentales.

La ruta está abierta y nos conduce hacia horizontes amplísimos, llenos de posibilidades incalculables. La medicina del futuro, estamos seguros de ello, poblará ese camino de pasos investigatorios que conduzcan a una más justa concepción del hom-

bre y de la vida y una más fructífera acción médica, médica en el más noble sentido de la palabra.

Como un ensayo de esa medicina integral, somato-psico-social, presentamos hoy esta comunicación previa sobre un síndrome que, si bien característico de un país y una región, se presta a la comprensión de cómo pueden y deben encararse muchos problemas similares.

LA ADAPTACION FISIOLÓGICA Y SUS DIFICULTADES

El ser vivo existe en un equilibrio inestable con su medio y desarrolla una serie de mecanismos fisiológicos que le permiten mantener más o menos constantes sus características biológicas, a pesar de los cambios ambientales y pese a los estímulos modificadores. Es lo que Cannon llamó *homeostasis* y lo que se ha estudiado tan detenidamente y se conoce tan a fondo con el nombre de mecanismos de regulación.

Cualquier situación exterior que los anule o vaya más allá de su capacidad compensadora, rompe el equilibrio y produce la enfermedad.

Ahora bien. Al lado de los mecanismos reguladores fisiológicos existen también mecanismos reguladores psicológicos, que permiten al ser humano el mantener su equilibrio frente a las excitaciones ambientales que conmueven la homeostasis anímica en cada momento de la existencia. Cuando esos mecanismos son anulados o superados, la ruptura del equilibrio psíquico se produce también como enfermedad.

Debemos insistir desde ahora en la noción de que las homeostasis fisiológica y psíquica no son en esencia separables sino que, por el contrario, se influyen mutuamente y reaccionan de un modo paralelo, lo que nos lleva al concepto de la unidad psicosomática, unidad reaccional del

ser vivo que debe ser tomada en cuenta en la salud y la enfermedad.

Partiendo de estas nociones podemos comprender fácilmente como los factores psicológicos que actúan sobre el individuo pueden provocar desadaptaciones o agravar las existentes y, destruyendo el equilibrio psicósomático, provocar enfermedades, enfermedades incomprensibles e incurables si no se conocen y manejan los elementos etiológicos determinantes. Queremos ahora referirnos a uno de esos síndromes que se produce en el Perú y que creemos haber descrito por vez primera.

En el Perú, país de tan variada geografía, tan complicada estructura social y tan vasta gama de costumbres y medios de vida, la adaptación psicósomática, física y social, es de fundamental importancia.

La vida del indígena serrano es tan distinta de la del hombre de la costa que no puede dudarse de que sus procesos de adaptación bio-sociales o psicósomáticos son diferentes y a veces incompatibles. Prueba de ello, y suficiente, es la dada por los estudios de la biología de altitud, tan brillantemente realizados en este país. La fisiología del hombre de los Andes es distinta de la del hombre de la costa, tan distinta que el pasar de un ambiente a otro determina una patología cuyo ejemplo típico sería la enfermedad de Monge. Este autor y sus colaboradores han estudiado algunos aspectos del proceso de adaptación que se produce cuando los habitantes de la altitud se trasladan a la costa (*). Hallan que: «para que un hombre de la altura se convierta en un hombre del nivel del mar debe perder uno o dos litros de sangre y cambiar sus equilibrios hemáticos por factores distintos de los que consti-

tuyen su normalidad en la altura. En nuestras observaciones encontramos que hubieron de destruirse 214 gramos de hemoglobina en 8 semanas, lo que significa una producción de 7.50 granos de bilirrubina, por encima del sistema en equilibrio». Encuentran en el electrocardiograma «modificaciones eléctricas que ponen de manifiesto desviaciones tan grandes de los potenciales eléctricos que, en algunos casos, podrían ser tomados como patológicos». «El andino -dicen- que baja al nivel del mar, presenta una disminución en su eficiencia para el esfuerzo físico acentuado» y «en lo que se refiere a cierta inferioridad para la resistencia a las enfermedades (Monge), estudios estadísticos han probado que el soldado andino presenta en costa menos resistencia a las enfermedades respiratorias».

Dicen luego: «El estudio correlativo de los factores biológicos de adaptación, nos permite señalar varios hechos:

1) que nuestros sujetos, después de dos a cuatro meses, no han alcanzado el equilibrio de los valores al nivel del mar;

2) que las desviaciones químicas, fisiológicas y morfológicas salen de los hechos normales de la fisiología;

3) que hay trastornos funcionales tan alejados de lo normal que podría considerárseles como fisiopatológicos si pensamos con el conocimiento ortodoxo de la ciencia al nivel del mar;

4) que hay evidentemente una homeostasis distinta para razas de los llanos y de la altitud. Y «el hombre que llega a las tierras bajas tropicales debe vencer el traumatismo climático durante el periodo adaptativo».

(*) Monge C., Contreras L., Velásquez T., Reynafarje C., Monge Cassinelli C., y Chavez R.: «Adaptaciones fisiológicas de los habitantes del trópico en relación con los cambios de altitud». Anales de la Facultad de Medicina, 31, Nro. 4.

Monge Cassinelli (*) estudia también algunos aspectos de la adaptación de los hombres de altura al vivir en la costa y encuentra que: al bajar a Lima la glucemia fue ascendiendo (es mas baja que normal al nivel del mar) progresivamente sin alcanzar, a las ocho semanas de estadía, el valor de la costa. El ácido láctico, después de pequeñas variaciones, alcanzó a las ocho semanas la media de Lima. El ácido pirúvico bajó a la primera semana por debajo de la media de Lima, para luego ascender muy por encima de ella a la tercera semana y octava semana y caer luego a lo normal a los 4 meses de estadía en Lima».

Delgado Febres, por su parte, estudia la bilirrubinemia y dice (**):

«Los nativos que descendieron de la altura (Morococha) al nivel del mar desarrollaron una evidente hiperbilirrubinemia de tipo indirecto, que la interpretamos como producida por una exagerada producción de bilirrubina, secundaria al aumento en la destrucción de los hematíes que se observa en esos sujetos cuando pasan de una baja tensión de oxígeno a una normal, y que pondría de manifiesto una insuficiencia de la célula hepática para excretar ese pigmento».

Todos estos estudios, que indudablemente son los primeros en un campo amplio de investigación, se refieren a lo que Monge llama el «síndrome de adaptación» y lo enfocan desde un punto de vista fisiológico. Si se encara la adaptación psicosocial, se verá que ella presenta también problemas serios que, cuando no son solucionados, traen como consecuencia el fracaso del intento adaptivo y la enfermedad.

LOS PROBLEMAS DE LA ADAPTACION PSICO-SOCIAL

El hombre de la altura tiene, no solamente una distinta fisiología que el de la costa, sino también una diferente psicología y una distinta adaptación social. Son dos tipos distintos en todos los aspectos de su homeostasis psicosomáticas. Quereamos referirnos, aunque sea brevemente, a los factores psicosociales que condicionan esa diferencia.

La raza es, naturalmente, uno de ellos. Las características antropológicas del hombre de la sierra peruana son completamente distintas de las del hombre de la costa. Domina en el primero el factor indígena, puro en algunos casos, mientras en el segundo se halla generalmente una mezcla racial en la que predominan al lado de la autóctona, influencias negras y asiáticas, casi desconocidas en la sierra.

La organización familiar es también completamente diferente. Aparte de las costumbres indígenas, que aún se conservan, en cuanto al apareamiento, la familia serrana mantiene una organización primitiva, de lazos fuertes y contacto estrecho, que hace de ella una unidad en la que el hijo tiene puntos de referencia seguros y apoyo espiritual firme. La familia del trabajador de la costa casi no existe. No es el momento de entrar en el estudio de la organización tan interesante y característica que merece ser estudiada a fondo, como hace tiempo lo propugnamos. Baste decir que presenta un contraste definitivo con la del habitante del interior.

Las relaciones con la comunidad son también diferentes. En las «comunidades» indígenas en las que la orga-

(*) Monge Cassinelli, C.: «Glucosa, ácido láctico y ácido pirúvico al nivel del mar y en la altura». Anales de la Facultad de Medicina, 32, Nro. 1.

(**) Delgado Febres, E.: «La bilirrubinemia». Anales de la Facultad de Medicina, 32, Nro. 1.

nización social conserva ciertas relaciones históricas con el «comunismo» incaico, y aún aparte de ellas, el habitante de la sierra peruana vive en un medio social agrícola primitivo, completamente distinto, por supuesto, del industrializado de las ciudades costeñas.

El tipo de trabajo es, lógicamente, dispar. El de la «serranía» peruana se caracteriza, como hemos dicho, por labores agropecuarias en un nivel individualista y primitivo; el de la costa por un enfoque ciudadano, industrial y proletariado. La lucha por la vida en la sierra es lucha contra la naturaleza; en las ciudades de la costa es lucha contra el hombre.

La organización de la actividad diaria nos ofrece también un contraste marcado: del contacto permanente con la tierra al artificio de la vida metropolitana, con todas sus exigencias de adaptación.

El lenguaje es otro factor importantísimo. El indígena serrano se expresa en quechua y, a veces en un castellano primitivo y bastardo, bien distinto del hablado en la costa.

Al lado de estas diferencias psicosociales existen aun otras no menos importantes.

El paisaje es distinto. La vida en los valles serranos, de cielo claro, recortado por las montañas, de tonalidades verdes y sugestión eglógica, contrasta con la de la costa peruana, árida, de cielo plomizo en invierno y reverberación hiriente en verano.

El clima es, por supuesto, completamente diferente.

La alimentación varía hasta extremos. El indígena serrano continúa con sus costumbres primitivas, que contrastan con las del habitante de la costa de una manera chocante.

No podemos continuar este análisis, que podría extenderse mucho, pero podemos decir que el hombre de la sierra del Perú y el hombre de la costa, aparte de ser biológicamente

diferentes, viven en dos mundos distintos.

Ahora bien. Condiciones sociales que no podemos más que nombrar ahora, pero que nos proponemos estudiar detenidamente: crecimiento familiar, que hace que los medios de subsistencia ya no basten; empobrecimiento de la tierra y aumento del coste de la vida y, principalmente, ambición, deslumbramiento frente a la diferencia enorme de salarios, ya que un obrero es pagado diez veces más en la costa, hacen que una gran cantidad de hombres y mujeres, generalmente jóvenes, abandonen su comunidades y viajen a los centros poblados de la costa y especialmente a Lima. A ello ha contribuido el enorme auge de la vialidad y la multiplicación de los medios de transporte.

Fácil es comprender la terrible desadaptación psicossomática consecutiva. Obligados a variar bruscamente sus condiciones de vida, sufren intensamente por el cambio de clima, de alimentación, de costumbres y por su posición de inferioridad frente al costeño que se burla de ellos y los hostiliza; por la dureza del trabajo, por la dificultad del lenguaje y por el traumatismo fisiológico de adaptación que hemos visto estudiado por Monge y su escuela y, en gran porcentaje, ven sobrepasada su capacidad psicossomática de adaptación y se enferman.

EL SINDROME PSICOSOMATICO DE DESADAPTACION.

Durante los años de observación en nuestro Servicio del Hospital Obrero del Seguro Social de Lima hemos podido ir analizando los factores y las características de ese fracaso adaptativo y sus consecuencias patológicas, que generalmente pasan desapercibidas y se catalogan y se tratan erróneamente, y hemos descrito el cuadro clínico correspon-

diente con el nombre de «síndrome psicossomático de desadaptación», cuyo estudio analítico vamos a esbozar.

ETIOLOGIA

El síndrome se presenta generalmente en muchachos o muchachas cuya edad oscila entre los 15 y los 25 años, de raza india o mestiza, que han abandonado pequeñas comunidades o regiones agropecuarias de la sierra, donde vivían en grupos familiares estrechos y entregados a simples labores agrícolas, para trasladarse a Lima.

La razón del viaje es casi siempre la necesidad de ganarse la vida, ya que ello se ha hecho imposible en su lugar natal, pero es también, en un gran porcentaje de los hombres, el deseo de progresar, el afán de aventura (suelen expresar esto muy gráficamente: «me inquietaron», dicen), el ansia de aprender y buscar horizontes más amplios. En estos casos el sujeto pretende trabajar durante el día y estudiar por la noche lo que, naturalmente, agrava el problema.

El tiempo que transcurre entre la llegada a Lima y la aparición del síndrome varía. A veces es corto, una o dos semanas, y otras puede ser hasta un año. Los factores desencadenantes son variados:

a) Enfermedad cualquiera, que se presente en plena lucha adaptativa

b) Accidente sufrido, especialmente si se trata de un accidente de trabajo

c) Una mala noticia recibida de la familia: enfermedad de los padres, principalmente.

d) Fracaso en el trabajo elegido o dificultades con patrones o compañeros.

e) Ruptura de una adaptación duramente obtenida (pérdida del empleo, necesidad de cambiar de domicilio, fracasos amorosos).

En los dos primeros casos, los

síntomas de la enfermedad o el accidente sirven de base para la aparición del síndrome.

SINTOMATOLOGIA

Es variada en su aspecto somático. He aquí, en orden de frecuencia, la lista, incompleta, de los síntomas:

a) Del aparato circulatorio: «palpitaciones», taquicardia, extrasístoles, dolores en la región precordial con diversas irradiaciones, parestesias diversas del tórax, disnea de esfuerzo.

b) Del aparato digestivo: «vina-greras», acidez, «falta de digestión» de los alimentos, «pesadez gástrica», aerofagia, eructos, falta de apetito, vómitos, diarreas, constipación, flatulencia, tenesmo.

c) Del aparato respiratorio: tos, disnea, dificultad para respirar, dolores torácicos, varios.

d) Cefaleas, principalmente occipitales.

e) De la cenestesia: sensaciones de «debilidad», cansancio. Un síntoma interesante y característico es la sensación de frío en los miembros inferiores y especialmente en los pies.

Estas manifestaciones se acompañan de síntomas psíquicos:

a) Depresión

b) Angustia

FORMAS CLINICAS

Podemos distinguir, como formas clínicas más comunes, las siguientes:

a) Circulatorias (seudo-insuficiencias, arritmicas, etc)

b) Digestivas («gastritis», pseudo-úlceras, constipación, «colitis», hemorroides, etc)

c) Respiratorias (síndrome pseudo-bacilares «bronquitis», etc)

d) Musculares y nerviosas (seudo-reumatismos, pseudo-neuritis y neuralgias, cefaleas, etc.)

Hemos visto muchos casos tratados con los diagnósticos más variados, además de los que esta clasificación permite sospechar.

PATOGENIA.

No podemos ahora estudiar en detalle la patogenia del síndrome psicósomático de desadaptación, lo que reservamos para otro trabajo, pero queremos señalar algunos de los mecanismos en juego.

Ante todo debemos considerar la constelación de factores somáticos y psicosociales que en su determinación intervienen. Es fácil comprender cómo las alteraciones fisiológicas descritas pueden determinar sensaciones anormales y aún trastornos más o menos importantes de la fisiología y, sobre todo, menor capacidad de resistencia y rendimiento. Si esos factores son importantes, la desadaptación psicológica concomitante es decisiva. Trataremos de esbozar sus características.

En realidad, el síndrome de desadaptación es solamente un caso particular y exagerado del común fenómeno de la nostalgia, la «morriña» o el «saudade». La importancia de su descripción está en que constituye una reacción frecuentísima en Lima y en que su verdadero significado no es comprendido porque se enfoca la atención en el examen de los órganos y no se piensa en el individuo, lo que ocasiona una completa desorientación diagnóstica y terapéutica.

En el plano superficial, el síndrome psicósomático de desadaptación es un caso preciso de «huida en la enfermedad». El paciente, fisiológicamente inferiorizado, desarmado ante la vida, huye de la realidad enfermándose. Este tipo de huida, por supuesto inconsciente, proporciona una solución artificial a todos sus problemas vitales: una vez en-

fermo, el individuo puede renunciar a la lucha y refugiarse en la invalidez.

Este mecanismo, que sería aceptado por los adlerianos como primordial, constituiría, desde el punto de vista psicoanalítico, sólo una «ganancia secundaria». Dijimos ya que reservamos el estudio de la patogenia en niveles más profundos para una ocasión posterior.

Hay, sin embargo, una serie de problemas que queremos siquiera esbozar. Uno de ellos, de real interés, es el de la «elección de los síntomas». Por qué un individuo, en este caso, presenta síntomas exclusivamente psicológicos y otro, frente al mismo problema, desencadena un síndrome psicósomático de desadaptación? ¿Por qué, dentro del mismo síndrome, un paciente sufre por sintomatología respiratoria, otro cardíaca y otro gastrointestinal?

La respuesta al primer interrogante está, quizás, parcialmente, por una parte en las dificultades de la adaptación fisiológica a las que nos hemos referido y, por otra, en la noción de que hay individuos propensos a la «somatización», a la descarga de sus problemas emocionales por vía de conversión o neurovegetativa, propensión que se acentúa si los órganos se hallan en meyo-pragia funcional, como en este caso. La segunda, la relativa a la «elección de órgano», se presta a largas consideraciones patogenéticas, que, en una forma general, resumiremos, refiriéndonos a trabajos previos. Intervienen en ella varios factores (Fenichel):

a) La debilidad constitucional o adquirida de un órgano o un sistema, que constituye, de esa manera, un *locus minoris resistentia*. Es comprensible que esa parte débil sea más fácilmente «enfermada» que el resto del organismo. Los conocimientos revisados sobre las modificaciones fisiológicas que ocurren en el habitante de la altura al trasladarse al

llano nos dan una pauta de cómo pueden originarse esos *locus minoris resistentia* que se agravan, naturalmente, en el caso de predisposiciones anteriores.

b) La fijación de síntomas producidos por enfermedades o accidentes previos. Aquí también juega un papel importante la referida patología de «adaptación»

c) La «fijación» de la carga instintiva en determinados órganos o sistemas a través de la evolución individual (Freud). El estudio de esa evolución en el hombre de los Andes abrirá, lo creemos, campos fructíferos de investigación y aplicación práctica.

d) La capacidad de un órgano o sistema para expresar, simbólicamente, una tendencia determinada (Alexander).

e) El momento en el que el choque emotivo se produjo, pudiéndose localizar los síntomas en el o los órganos sometidos a tensión en ese momento.

Como vemos, estas consideraciones sugieren un vastísimo horizonte de estudio y búsqueda abierto al futuro.

En cuanto a los mecanismos patogenéticos en sí, los que permiten la somatización de la tensión emocional, han sido estudiados ya por nosotros (*). Recordaremos aquí que son tres los principales: la conversión, la «neurosis vegetativa» y el efecto secundario.

EVOLUCION

Abandonado a sí mismo, el síndrome psicossomático de desadaptación evoluciona hacia la cronicidad. El peligro está, sin embargo, en la acción médica equivocada. Si el

síndrome no es descubierto a tiempo es fácil caer en el error de ordenar exámenes instrumentales y de laboratorio, prescribir reposos o dieta, usar una variada farmacopea o recurrir a la cirugía, todo lo que no hace sino aumentar los síntomas y fijarlos, ya que facilita la «ganancia de enfermedad», proporcionándole al paciente todas las facilidades para una huída de la vida y un refugio en la invalidez.

En pacientes predisuestos, este camino puede llevar a la regresión hipocondriaca, lo que significa, prácticamente, incurabilidad.

Algunos casos evolucionan favorablemente porque las condiciones de la vida del enfermo varían. Si se solucionan los problemas actuales del paciente, la consecuencia puede ser la desaparición de los síntomas, sin que ello signifique, sin embargo, garantía de que no vuelvan a aparecer en cuanto la vida plantee nuevamente problemas de difícil solución. En este caso, como en todos, debe hacerse una valoración individual del conjunto de los factores predisponentes, determinantes y desencadenantes, única manera de formular un pronóstico válido.

DIAGNOSTICO

El diagnóstico es fácil, conociendo el síndrome. Se basa en algunos datos cuya concurrencia aclara el problema:

- a) Procedencia del enfermo
- b) Edad
- c) Personalidad
- d) Problemas actuales no solucionados
- e) Características de la adaptación fisiológica
- f) Sintomatología

(*) Carlos Alberto Segúin: «Introducción a la Medicina Psicossomática». Edit. Scheuch, Lima, 1947.

g) Resultados del test de «predisposición a reacciones psicósomáticas» (*).

PRONOSTICO

El pronóstico del síndrome psicósomático de desadaptación debe hacerse en varias consideraciones:

a) Personalidad del paciente: enfermos con factores predisponentes (herencia neuropática, debilidad constitucional de órganos o sistemas) o determinantes (educación defectuosa, evolución instintiva anormal, meyo-pragias adquiridas) cargados son de mal pronóstico, especialmente cuando se trata de caracteres depresivos, excesivamente dependientes.

b) Mayor o menor gravedad del «síndrome fisiológico de adaptación» (Monge) al que nos hemos referido.

c) Edad. El pronóstico empeora con la edad del enfermo.

d) Tiempo de evolución. Se comprende fácilmente que los casos «frescos» se presten más a un tratamiento bien orientado que los casos viejos, en los que se ha producido ya una estructuración psicossocial que pone obstáculos, a veces insalvables, a la readaptación normal.

e) En relación con lo anterior, consideramos importantísimo tomar en cuenta para el pronóstico el factor «iatrógeno». El «manoseo» médico; demasiados exámenes y análisis, arriesgados pronósticos, dietas y prescripciones abundantes y variadas, hacen que el síndrome se convierta muchas veces en una neurosis seria, muy cercana a la hipocondría y con pésimo pronóstico.

f) Posibilidades de readaptación. Volveremos a este punto al hablar del tratamiento.

TRATAMIENTO

Debe basarse, por supuesto, sobre los conceptos etiológicos y patogénicos ya esbozados. Dos caminos terapéuticos se abren en estos casos al médico, constituyendo lo que podríamos llamar tratamiento sintomático y tratamiento etiológico.

El primero consiste simplemente en hacer que el paciente vuelva a su lugar natal. Ello debe hacerse en estos casos con gran tacto, ya que el enfermo -y ello es, precisamente, un factor patogénico importante- no se resigna a que esa renuncia a la vida en la capital signifique un fracaso que hiera su amor propio y lo desvalore ante familiares y amigos. El médico debe asumir la responsabilidad, tomar sobre sus hombros la «culpa» y autorizar al paciente, implícitamente, a decirse y a decir: «Yo no huyo, yo no he fracasado; es el médico el que, contra mi voluntad, me obliga a abandonar la lucha». Si ello se consigue, basta la vuelta a su lugar natal y a su comunidad para que, muchas veces, todos los síntomas desaparezcan inmediatamente.

Por supuesto que este modo de proceder no va a las raíces del problema. El verdadero tratamiento consiste en adaptar al individuo, en hacerlo renunciar a la enfermedad e impulsarlo a enfrentar la vida sobre bases positivas. Naturalmente que dicho enfoque sólo puede aplicarse a los casos en los que el estudio de la personalidad nos haya mostrado posibilidades de superación.

Cuando ellas existen, debemos emprender una acción psicoterapéutica más o menos profunda, en cuya técnica no podemos entrar ahora, por supuesto, y que, unida a una correcta manipulación del ambiente, nos conduzca a la verdadera curación del síndrome.

(*) Se trata de un test propuesto por nosotros, cuyas características, aplicación y valoración estadística serán presentadas aparte.