

SINDROME DE DESADAPTACION DEL ANCIANO DE LAS GRANDES CIUDADES *

Dr. Miguel Lladó B.

Las migraciones internas entre nosotros han permitido observaciones interesantes que resumimos en tres acápitos:

Primero: En el primer tercio de siglo el doctor Carlos Monge Medrano estudió los cambios orgánicos y funcionales que determina la altura en el hombre, particularmente en el costeño que va a los poblados de la Sierra y ahí se queda a vivir. La pérdida de tolerancia a las grandes altitudes se traduce en el aumento exagerado de eritrocitos, hemoglobina, hematocrito y el volumen sanguíneo, con la consiguiente cianosis, hipoventilación y disminución de la presión de O₂ y CO₂ alveolares. Es el Mal de montaña crónico, Soroche crónico o Enfermedad de Monge. Posteriormente, el doctor Alberto Hurtado describió el Soroche agudo (1).

Segundo: Años después, por la década del 60, el doctor Carlos Alberto Seguí concretó su interés por los andinos venidos a la Costa en sucesivos trabajos de investigación que le llevaron a describir el Síndrome psicossomático de desadaptación. Son personas que, procediendo de un pueblo pequeño, en la gran ciudad enfrentan varias circunstancias frustrantes: el cambio ambiental, la posición de inferioridad aparente o real frente al costeño que le hostiliza o se burla de él, la dureza del trabajo, las dificultades del lenguaje, etc. Estos factores van minando la resistencia del organismo y, si sobrepasan la capacidad psicossomática de adaptación, terminan por enfermarle. O sea que este Síndrome resultaría del fracaso de adaptación al nuevo medio; en otras palabras, sería el resultado de una incongruencia cultural o un choque de culturas del que sale perdiendo el migrante andino.

Este Síndrome se presenta en individuos propensos a la somatización, a la descarga de sus problemas emocionales por la vía de la conversión o por la neurovegetativa. Como son emocionalmente lábiles, las enfermedades, los accidentes, los tropiezos amorosos, los fracasos en el trabajo, todo lo que sacude y altera el equilibrio mental puede actuar como factor desencadenante.

La sintomatología es múltiple, proteiforme, y puede tomar cualesquiera de los órganos evolucionando a la cronicidad si no se trata. La depresión y la angustia son rasgos comunes, que se acentúan con la nostalgia creciente por la paz y las comodidades que dejaron en el pueblo de origen. Si las raíces no son hondas y las causas desencadenantes son reparables, puede bastar con el cambio de trabajo o la solución de los problemas amorosos o económicos. Si, en cambio, la mejoría es lenta

* Trabajo presentado en el Congreso Peruano de Gerontología y Geriatria.

o no se consigue por estos medios, entonces se necesita un tratamiento sintomático y etiológico de readaptación a largo plazo. Si aún así fracasa, se hace indispensable el retorno del enfermo a su lugar de procedencia.

Tercero: Las constantes migraciones de provincianos a las grandes ciudades de la Costa, de preferencia a Lima, han creado malestar primero y desadaptación después en los ancianos que viven en la ciudad. Básicamente se trata de la infiltración de culturas distintas, generalmente menos evolucionadas, que no se adaptan a la cultura nativa y buscan, más bien, suplantar a la original.

Casística: Es el estudio longitudinal de 20 ancianos seguidos a lo largo de 20 años. Sus edades pasan de los 60 años y 2 de ellos de los 90; el promedio es de 70 años. El lugar de estudio es un barrio populoso del distrito de La Victoria (2).

Un ejemplo nos permite algunas consideraciones de orden general. Es un hombre de 72 años, casado, con cuatro hijos y dos nietos, que vive en la misma casa desde hace 30 años. Al comienzo la calle era limpia, silenciosa, con árboles a los lados y encomenderías en los extremos. Casi todos eran propietarios. Pero comenzaron las migraciones y entonces los que pudieron se fueron a vivir a las nuevas urbanizaciones; los otros, tuvieron que soportar la presencia creciente de esos migrantes. De esta manera, poco a poco este hombre se fue encontrando en un medio distinto que después se hizo antagónico respecto al que fue suyo. La gente que antes salía a las puertas a conversar, a saludar a los que pasaban, ya no podían hacerlo porque los provincianos se habían adueñado de la calle: los chicos (a veces los jóvenes y también los mayores) jugaban a la pelota y los de más edad, o se emborrachaban con las consiguientes consecuencias en el comportamiento o llevaban el torso desnudo. No tenían el menor reparo para miccionar a la vista de todos. Y como si esto fuera poco, la basura proliferaba con su mixtura de papeles rotos, paquetes, comida descompuesta y moscas. Sobre la basura los muchachos pasaban tras la pelota.

Este hombre de 72 años hace 15 que comenzó a sentirse "nervioso", para continuar después con insomnio, cefalea, cambios del carácter y un vago malestar en el pecho que no aclaró el electrocardiograma. La depresión fue llegando, o emergiendo, paulatinamente y, ante la imposibilidad de irse a vivir a una zona mejor, no le quedó otra solución que levantar una tapia en el frente de la casa. Esa tapia, según él, equivalía a decir "no quiero ver lo que pasa afuera".

Pero veamos qué ha pasado con las 20 personas que comenzamos a observar hace 20 años. De ellas, 12 lograron salir del barrio, unas a vivir en las nuevas urbanizaciones y otras en lugares antiguos pero a los que todavía no ha llegado el alud de migrantes. De las 12, 8 han mejorado mentalmente y se les puede considerar ancianos normales; las 4 restantes, o porque los factores predisponentes eran más profundos o los desencadenantes actuaron más tiempo, no han podido superar las alteraciones que contrajeron y han derivado 2 a la depresión senil y 2 a la demencia senil.

De los 8 que quedaron —quedan todavía— en el barrio, 2 se han refugiado en la bebida, 2 han evolucionado a formas crónicas de desorganización cerebral y los otros 4 derivaron a formas recidivantes primero e irreversibles después de depresión reactiva.

Como vemos, una manifestación común en las 20 personas seguidas en este trabajo es la depresión. Sin darle importancia durante unos años al factor migrante, éste va tomando cuerpo, enajena las calles, imprime sus costumbres, y entonces aparecen en los sujetos estudiados los primeros síntomas de depresión normal. Esta, como sabemos, es la respuesta proporcional a un estímulo que actúa como factor desencadenante sobre la base de otros predisponentes. Como los cambios operados en el barrio se fueron extendiendo, sin la menor posibilidad de retroceso, casi todos pasaron de esta depresión normal a la depresión reactiva, entendida ésta como una respuesta exagerada en cuanto a duración o profundidad (3). En ninguno de los casos puede hablarse de depresión psicótica, que es aquella que no es reactiva, es decir que no es una respuesta a un factor determinado, y que lleva al individuo a desvincularse de la realidad.

Se dice que en la depresión reactiva intervienen tres factores: predisponentes, determinantes y desencadenantes. Los predisponentes están dados por la herencia, o sea que harán este tipo de neurosis de preferencia los hijos de padres que han tenido este mismo mal o psicosis maníaco-depresiva. Los determinantes se refieren a estas características: son, como dice el Dr. Seguí (3), individuos “amómanos”, es decir que dependen enteramente del amor que puedan recibir. Si el hombre normal da y recibe cariño, éste sólo puede recibir y no dar. Todo su autoaprecio depende del cariño que le brindan los demás. De ahí la importancia de ese grupo de migrantes que se adueñaron de las calles y en buena cuenta cerraron las puertas de las casas de las personas que hemos estudiado. Sin quererlo, seguramente, les negaron o les quitaron el cariño que les brindaban los amigos del barrio.

Conclusiones:

1. El Síndrome de desadaptación del anciano de las grandes ciudades se presenta después de los 50 años, a diferencia del Síndrome descrito por el Dr. Seguí que se observa entre los 15 y 25 años.
2. La génesis de este Síndrome está en el choque de culturas distintas, con prevalencia de las foráneas.
3. Es, por razones culturales, casi exclusivo de los barrios empobrecidos de las grandes ciudades costeñas. El Síndrome de Seguí ha sido estudiado en los pueblos jóvenes.
4. La variedad de los síntomas orgánicos y funcionales depende de la predisposición latente y de los factores desencadenantes descritos.
5. Casi todos derivan a formas de depresión: depresión normal, reactiva o involutiva.
6. El hombre se siente frustrado y, cuando no puede dejar el barrio, frustrado para siempre.

7. El tratamiento causal no puede manejarse si no cambian los factores desencadenantes. Como éstos en lugar de cambiar se están acentuando por el aumento de las migraciones internas y el desajuste social, el único tratamiento racional es el preventivo, o sea el cambio oportuno de residencia. Quienes no pueden hacerlo, o deben resignarse conscientemente a la intromisión de los migrantes, aprendiendo a vivir con ellos, o estarán sujetos al deterioro progresivo descrito en este trabajo.

BIBLIOGRAFIA

- 1.— Behnke, Albert: Trastornos debidos a los cambios de la presión barométrica (Cap. 127 de "Medicina Interna", de Harrison). México, 1973.
- 2.— Lladó, Miguel: Síndrome de desadaptación del anciano de las grandes ciudades. "Galeno", No. 83, 1978. Lima - Perú.
- 3.— Seguín, C. Alberto: Neurosis. Curso dictado en Lima, 1948.