

REVISTA DE ENFERMERÍA

ROL

AÑO X

JUNIO 1987

N.º 106



- **Molestias comunes en el embarazo**
- **Nutrición enteral y alimentación por sonda**
- **Etiología y prevención del cáncer**
- **Antisépticos y desinfectantes**
- **Temperatura rectal en el postoperatorio**
- **Citología ginecológica**

La visita

Rosa María Alberdi Castell*

Este artículo constituye la segunda parte del informe sobre el «Síndrome de Descorazonamiento» (S.D.D.) y los motivos que me impulsan a redactarlo son, por un lado, la necesidad de divulgar las valiosas aportaciones que a raíz de la publicación del primer informe, me han hecho llegar algunos colegas que trabajan en áreas de investigación relacionadas. Como podrá verse, dichas aportaciones se refieren a las diversas etapas de la historia natural del Síndrome: la prevención y sus posibles efectos secundarios, propuesta de tratamiento paliativo y contraindicaciones del tratamiento radical.

Por otro lado, creo necesario exponer algunas conclusiones derivadas de mis propios estudios, que me parecieron aún insuficientemente elaboradas en el momento del primer informe. Trataré fundamentalmente el tema de las secuelas, su caracterización, circunstancias en que se presentan y efectos invalidantes o limitantes de las mismas.

El «S.D.D.» se ha definido como el conjunto de síntomas y signos derivados de un proceso de descorazonamiento. Para decirlo de forma sencilla, el Síndrome es el resultado de haber viajado (en el espacio o en el tiempo) a deshora respecto a nuestro corazón.

Una circunstancia, un lugar, una persona o un sueño sujeta selectivamente a esa parte de nosotros en la que se desarrollan los sentimientos y que hemos dado en llamar corazón. El resto del cuerpo sigue sobreviviendo gracias a que en el justo momento en que el «corazón» que permite vivir se desgaja, se pone en marcha un sustituto fisiológico que cumple con las funciones de bombeo y distribución de la sangre.

* Enfermera. Jefa del Departamento de Formación y Promoción de Recursos Humanos. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

1. Véase «Revista ROL de Enfermería» n.º 100, nov.-dic. 1986.

Resumen

Si usted es un individuo con capacidad de ilusionarse seguramente encontrará en este artículo conceptos que le interesa conocer: «tipo F.I.», «efecto Carmen», «envío anticipado», «Corazón inestable», «asincronía rítmica», etc.

En esta segunda parte dedicada al «Síndrome de Descorazonamiento» (S.D.D.)¹, la autora nos ofrece una visión optimista dedicada a todas las personas que han padecido o padecen esta dolencia. Asimismo, habla de métodos eficaces de prevención, de los avances en el establecimiento de sistemas de inmunidad y de la eficacia del tratamiento radical. Si usted es un individuo aficionado a la lectura encontrará en las páginas siguientes todo lo que hasta el momento se conoce sobre esta curiosa dolencia que afecta al corazón y que se ha denominado con la sigla S.D.D.

Como se recordará, el «Síndrome de Descorazonamiento» es una patología en la que la mayor parte de los factores de riesgo están aún por identificar. Se cree por los estudios retrospectivos realizados con afectados, que en el desencadenamiento del «S.D.D.» se conjugan tanto características psíquicas como físicas y sociales del individuo. En esta misma línea de hipótesis, también se está estudiando la mayor incidencia de «descorazonados» en personas entre los 20 y los 50 años, aunque es prematuro aventurar alguna conclusión sobre esta variable etérea.

El Síndrome se presenta como un cuadro cuya sintomatología e intensidad de afectación varía grandemente de un sujeto a otro. A esta característica debe unírsele la de la inespecificidad de los síntomas, lo que trae como consecuencia la dificultad para diagnosticar y establecer el adecuado sistema de vigilancia epidemiológica.

Así las cosas, enfrentados a una patología que, como la mayor parte de las que se consideran epidemias de nuestro tiempo (hipertensión, cáncer, colesterol...), no tiene claramente establecida la etiología, cursa de forma inaparente en sus primeras etapas e incide en un alto porcentaje de nuestra población, se hace necesario abordar el problema desde la doble perspectiva de la prevención y el diagnóstico precoz.

Una vez fijados los objetivos del presente informe y revisadas las característi-

cas principales del Síndrome y la orientación que debe darse a su tratamiento, paso a explicar las últimas y más importantes observaciones que se han realizado y que, en mi opinión, contribuyen en gran medida a dar luz sobre tan temible enfermedad.

Es de destacar que la mayor parte de los hallazgos que voy a exponer a continuación han sido producto de grupos de investigadores de Sevilla y Madrid. Creo que es necesario estudiar en profundidad si hay diferencias significativas entre la incidencia de S.D.D. en esas ciudades y la que se da en el resto del estado español y a nivel internacional.

Parece que la existencia de un gran número de afectados en Sevilla y Madrid puede relacionarse con la variable Administración (autonómica o nacional), que en una determinada acepción es considerada como un serio factor de riesgo del «S.D.D.» y de otras muchas patologías.

¿Puede ilusionarse alguien que no se descorazona...? y ¿es posible que alguien viva sin ilusionarse...?

Para empezar quiero apuntar —porque aún no está suficientemente contrastada la hipótesis para que pueda afirmarse de forma categórica—, la posibilidad de que existan personas inmunes al «S.D.D.». Se trata de individuos que a pesar de estar sometidos a un máximo nivel de factores de riesgo, no desarrollan la enfermedad.

A los individuos que presentan inmunidad al Síndrome se les ha denominado «Tipo F.I.» («Funcionario Internacional»), ya que es dentro de ese universo de población donde se ha observado la mayoría de los casos de inmunidad.

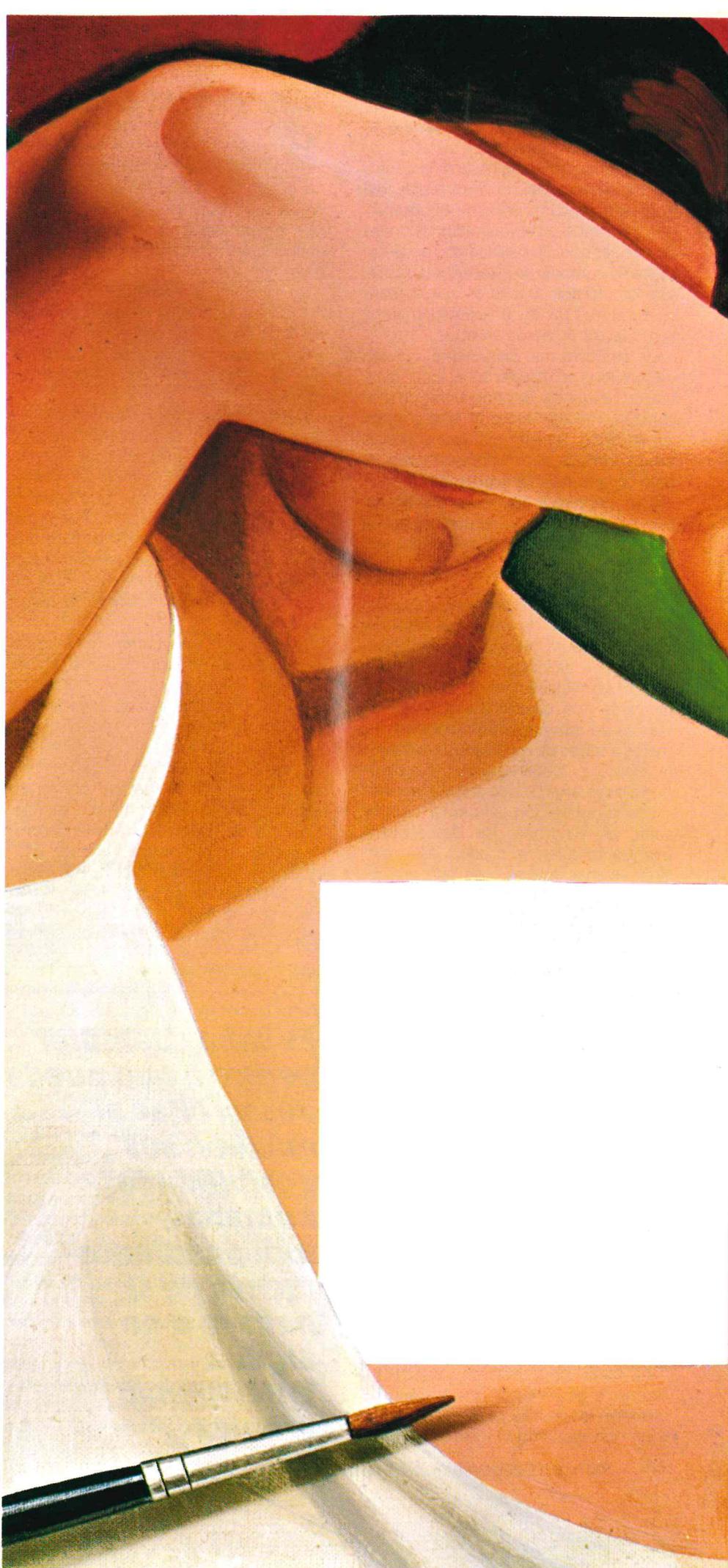
Las personas del «Tipo F.I.» se cree están especialmente dotadas para poner en marcha profundos mecanismos de adaptación al ambiente que los protegen de los factores de riesgo. En la actualidad, está en estudio si la posibilidad de desarrollar mecanismos de control de los riesgos tiene componentes genéticos o se trata exclusivamente de aptitudes que pueden ser adquiridas con el aprendizaje.

El descubrimiento y estudio de las características de personalidad propias del «Tipo F.I.» abre la puerta de la esperanza a muchos casos de enfermos crónicos del «S.D.D.», máxime si se confirma la hipótesis de que la mayoría de dichas características pueden ser aprendidas.

Los individuos «Tipo F.I.» son conocidos por la psicología desde hace ya algún tiempo e incluso el saber popular ha encontrado una forma fácil de identificarlos: son aquellas personas de las que se dice que han logrado guardar de tal forma su «alma en el armario» que nunca necesitan sacarla ni tan siquiera a pasear.

No es lugar este informe para disquisiciones respecto a la calidad de vida que pueden llegar a desarrollar las personas «Tipo F.I.» pero sí es conveniente recordar que en el ser humano, a veces, los que parecen sólo beneficiosos mecanismos de adaptación pueden ser también sutiles condenas a no pasar nunca del nivel de mera supervivencia. Porque en el

**Las cosas,
situaciones o
sentimientos,
se instalan
verdaderamente
en la realidad sólo
cuando las
nombramos**



fondo ¿puede ilusionarse alguien que no se descorazona...? y ¿es posible que alguien viva sin ilusionarse...?

En el primer informe hacía referencia a la característica de no transmisible del Síndrome, pero una importante observación ha venido a plantear algunas dudas en este sentido. En realidad no puede hablarse de contagio en su acepción clásica, sino que lo que sucede es que la aparición del «S.D.D.» en una persona actúa como factor de riesgo en otras.

Me explicaré más claramente: cuando un individuo se marcha de su lugar habitual de residencia, dejándose tras de sí su corazón, muchas veces se lleva consigo los de otros. De esta manera, el propio descorazonado, al convertirse en depositario de uno o varios «corazones desplazados», provoca la aparición de otros casos de «S.D.D.», cuya virulencia puede incluso ser mayor que la del cuadro que él padece.

Ocurre frecuentemente que la divulgación del hallazgo de una nueva patología y más si ésta produce graves sufrimientos o es de pronóstico incierto, levanta una ola de inquietud en la sociedad. Las personas que padecen la enfermedad sienten de repente confirmados sus temores a través de un diagnóstico fiable y el público, en general, anota un renglón más a su ya larga lista de preocupaciones.

Con la publicación del primer informe sobre el «Síndrome de Descorazonamiento» también se produjo esta reacción. Muchos sujetos cuya sintomatología, incluso en ocasiones florida, no había podido ser clasificada bajo ningún epígrafe conocido, se encontraron de repente enfrentados al hecho de padecer una enfermedad, certeza que hasta ese momento habían podido, de alguna manera, eludir.

Las cosas, situaciones o sentimientos, se instalan verdaderamente en la realidad sólo cuando las nombramos. Atribuir un nombre, designar, tiene el inconveniente de que aquello que es reconocido ya no puede ser fácilmente ignorado, pero tiene la enorme ventaja de que poseer el nombre es, en cierta forma, ser dueño de aquello que se nombra.

En este sentido, Ursula K. Le Guin en su libro «Un mago de Terramar» demuestra de forma incuestionable el poder que da el conocimiento del nombre cuando se trata de luchar contra esas sombras aterradoras que son nuestros cotidianos fantasmas.

Así pues, que nadie se preocupe por cambiar el «malestar difuso», la «ligera depresión», la «astenia primaveral» o cualquier otra designación inespecífica por el

diagnóstico de «S.D.D.» porque nombrar el Síndrome es iniciar el tratamiento.

Profundizando en esta línea de optimismo para los afectados por el Síndrome quiero describir ahora un método de prevención, que se encuentra aún en fase experimental, pero cuyas primeras evaluaciones resultan francamente positivas.

En la primera información sobre el «S.D.D.» se justificaba la inexistencia de medidas eficaces de prevención en base a la dificultad para establecer de forma precisa el momento del descorazonamiento.

A esta hipótesis sobre la imposibilidad de la prevención, se ha contrapuesto la experiencia de algunas personas que han aplicado con éxito el método denominado del «envío anticipado». El sistema es muy simple, ya que sólo se trata de lograr depositar el corazón de forma paulatina en los sitios y personas que constituirán el nuevo lugar de residencia, antes de que se produzca el verdadero desplazamiento físico.

Como ocurre frecuentemente en el terreno de la investigación sanitaria, el método del «envío anticipado» está siendo desarrollado gracias a las aportaciones de personas que han hecho observaciones sobre su propio proceso patológico.

El grupo de científicos andaluces que investigan sobre el método del «envío anticipado» está trabajando en el establecimiento de un protocolo que permita desarrollar en el individuo, una vez establecida la existencia de factores de riesgo que lo convierten en susceptible, los mecanismos fisiológicos y psicológicos necesarios para aplicar de forma consciente

Es sana cualquier persona que pueda desarrollar al máximo sus posibilidades humanas, independientemente de si padece o no alguna enfermedad crónica

las medidas que impidan la aparición del «S.D.D.».

Como decía, el «envío anticipado» es un prometedor método de prevención, pero su aplicación debe efectuarse, al menos en la actual etapa experimental, con rigurosos criterios de selección de los individuos, ya que se ha evidenciado que en algunas personas puede producir un grave efecto secundario.

Dicho efecto secundario, denominado «efecto Carmen» (en honor a la investigadora que logró aislarlo), consiste en la incapacidad para depositar el corazón el tiempo mínimo suficiente en un lugar, cosa o persona para que pueda desarrollar las raíces de las que indispensablemente se nutre la vida.

Se cree que el «efecto Carmen» es una consecuencia indeseable del método de prevención del «envío anticipado», porque ha sido diagnosticado en grupos de individuos que aplicaban indiscriminadamente dicho método ante la más leve sospecha de estar en presencia de algún factor de riesgo de descorazonamiento.

Por ejemplo, una persona que en algún momento de la vida ha padecido el «S.D.D.» y ha desarrollado un fuerte temor al mismo, decide enviar siempre por delante a su corazón con la esperanza de no tener que enfrentarse, nunca más, al siempre traumático tratamiento. Así, ante cualquier circunstancia o expectativa —por nimia o superficial que ésta sea—, envía el corazón para al cabo de muy poco tiempo, una vez superada la inquietud de lo que creía era un factor de riesgo, recuperarlo y volverlo a enviar lejos de sí, prendido de una nueva situación con pocas posibilidades de convertirse en realidad.

Las personas que sufren el «efecto Carmen», pueden llegar a desarrollar, en los casos más graves, el tipo de patología denominada «corazón inestable». En ese caso, la anomalía se manifiesta a través de un cuadro en el que se combina un gran desgaste cardíaco con una eficacia de funcionamiento cada vez menor.

El individuo con «corazón inestable» actúa por miedo a descorazonarse, pero así como el «Tipo F.I.» logra ser inmune porque no entrega nunca su corazón, el que padece inestabilidad cardíaca lo entrega con tanta frecuencia que se impide enraizar cualquier ilusión.

En ambos casos, las personas se condenan a no pasar del nivel de supervivencia, ya que no se atreven a enfrentarse a la posibilidad de vivir, que pasa necesariamente por el riesgo de ilusionarse.

Para terminar la primera parte de este informe, me referiré a un tipo de «S.D.D.» en el que el tratamiento radical clásico se

ha demostrado ineficaz. Se trata de sujetos que dejaron el corazón en un lugar o circunstancia que no existe en la realidad.

Como se recordará, la aplicación del tratamiento radical consiste en regresar allí donde se nos quedó el corazón y recogerlo, sin dañarlo ni dañar. Recogerlo, sabiendo que ya siempre estará incompleto porque en cada lugar, persona o sueño que amamos dejamos inevitablemente una parte de nosotros mismos.

Al ilusionarnos, al querer, al depositar el corazón, conseguimos desarrollar nuestro principal potencial humano y el justo precio que pagamos por ello es dejar perdido en cada caso un trazo del corazón. Así, el pedazo de corazón que dejamos constituye la huella personal con la que marcamos todo aquello que sentimos que nos ha pertenecido.

La imposibilidad de recuperar por completo el corazón no debe entenderse como una secuela o condición de cronicidad del Síndrome, ya que una vez aplicado con éxito el tratamiento radical, la persona recupera completamente sus posibilidades, pudiendo desarrollar su vida cotidiana dentro de los más rigurosos parámetros de la normalidad.

Tal como apuntaba anteriormente, existen afectados que, aun realizando estrictamente el tratamiento radical normalizado, no logran superar su «Síndrome de Descorazonamiento». En esos casos, es necesario aplicar con urgencia el siguiente protocolo de actuación:

1.º Determinar si el paciente reconoce con claridad el lugar o situación en que se le quedó el corazón.

2.º Revisar los pasos del tratamiento, comprobando minuciosamente si el descorazonado ha realizado cada uno de ellos con la decidida voluntad de recoger su corazón.

Es indispensable aquí el máximo rigor por parte del investigador, ya que existen profundos mecanismos de defensa que, de forma no consciente para el afectado, actúan enmascarando síntomas y anclando en actitudes perpetuadoras del «S.D.D.».

Recuerden los que tratan a descorazonados y los que padecen el Síndrome que estar dispuesto a recuperar el corazón es aceptar que debemos enfrentarnos a la cuestión de si en ese otro lugar, en esa otra época o circunstancia (a veces tan lejana y casi siempre tan ajena...), lograremos encontrar un sitio propio.

Si una vez asegurado el cumplimiento de los dos pasos que acabo de mencionar, el individuo sigue presentando síntomas de «S.D.D.», debemos concluir, sin lugar a dudas, que se trata de un caso «resistente» o crónico.

Los últimos resultados de las investigaciones en pacientes crónicos de «S.D.D.» permiten asegurar que, más de un 90 % de dichos casos, son individuos que dejaron el corazón en personas o circunstancias que con el paso del tiempo y la propia evolución atípica del Síndrome, se han convertido en irreales o irreconocibles.

Así ocurre que alguien puede descorazonarse a causa de una ciudad o un grupo de amigos. La lejanía, la agudeza de la melancolía o la necesidad de contar con el mejor punto de referencia, van haciendo que la imagen de esa ciudad o grupo de amigos adquiera tonos y dimensiones que de ningún modo le pertenecen.

De esta manera, cuando el descorazonado decide volver a recoger su corazón, sólo acude (aún creyendo que reconoce la circunstancia de la pérdida) a aquel lugar o grupo que su fantasía ha idealizado.

En estos casos, la aplicación del tratamiento radical resulta inútil y queda solamente, como solución activa, el tratamiento paliativo. Tratamiento que consiste en hacer todas aquellas cosas que reduzcan al máximo los efectos de la sintomatología.

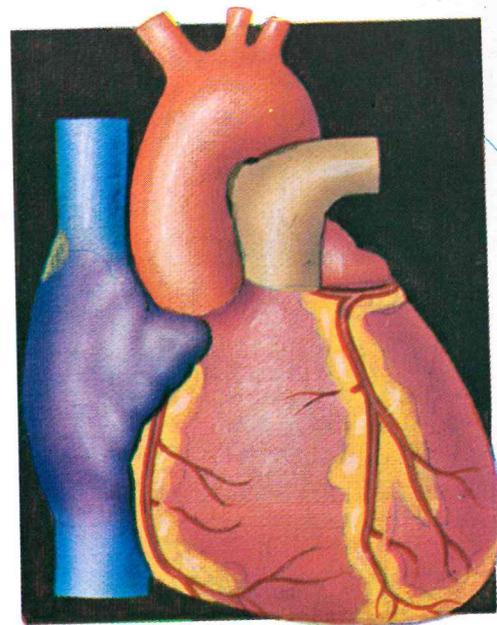
Es oportuno apuntar que el ejercicio físico como por ejemplo participar en maratones populares, la asistencia a cursos de canciones folklóricas o el aprender cocina típica, son actividades que han demostrado su eficacia en muchos afectados, disminuyendo la agudeza del proceso.

Frente a las personas que se incluyan dentro del grupo de descorazonados crónicos, debe adoptarse una actitud esperanzada ya que, como se sabe, en gran cantidad de ocasiones el Síndrome remite de forma espontánea, llegando a desaparecer por completo.

Además, la actual concepción de salud que defienden las más avanzadas teorías de la Medicina Social, estima que es sana cualquier persona que pueda desarrollar al máximo sus posibilidades humanas, independientemente de si padece o no alguna enfermedad crónica. Desde esa perspectiva, un diabético o un descorazonado que realiza normalmente su vida afectiva, social y laboral debe ser considerado y considerarse una persona sana.

Para terminar este informe voy a hablar del tema de las secuelas del «Síndrome de Descorazonamiento», entendiendo como secuela cualquier limitación o disfunción que se produzca a nivel físico, psíquico o social como consecuencia de haber padecido dicha patología.

Me referiré fundamentalmente a las secuelas que afectan a los «S.D.D.» espaciales, o sea a aquellos que aparecen por



haber dejado el corazón en algún lugar distinto al que constituye la residencia actual. En el caso del «S.D.D.» de tiempo (a uno se le queda enganchado el corazón en una época que no es la presente) también se han descrito secuelas, pero las investigaciones a ese respecto no están aún suficientemente avanzadas como para poder ofrecer conclusiones contrastadas.

Actualmente es difícil poder precisar, dado el poco tiempo que ha transcurrido desde la identificación y caracterización del «Síndrome de Descorazonamiento» como entidad nosológica específica, si las secuelas son temporales o permanentes. Seguramente, y tal como ocurre en gran cantidad de patologías crónicas, la vivencia de la limitación por parte de los afectados dependerá, en gran manera, de su actitud personal frente a los conceptos de salud y enfermedad.

Además, es evidente que las investigaciones que actualmente se realizan, aportarán en pocos años soluciones satisfactorias a los problemas derivados de haber contraído el Síndrome.

Por fin decididas, las personas que optan por el tratamiento radical recogen el resto de corazón que les queda y se empeñan en abordar la tarea de ser en una nueva parte.

Pueden pasar meses porque casi nunca se acumula antes el suficiente valor, pero al final toca volver al sitio de donde recogimos el corazón. Toca volver para terminar conversaciones pendientes, para trabajar, para charlar con los amigos o para llevarse aun las últimas cosas que se olvidaron o se dejaron en depósito... Y es en esa visita donde aparecen, por primera vez, las secuelas.

Actualmente existen claramente identificadas dos secuelas. La primera consiste en la «asincronía rítmica» o incapacidad para adaptarse al ritmo del lugar que se visita.

Cuando esta secuela se presenta, el individuo advierte que, a pesar de sus esfuerzos, no le es posible seguir el latido del sitio donde una vez dejó el corazón. Se siente pueblerinamente enlentecido o urbanamente acelerado, pero nunca suficientemente ajustado al paso que él mismo contribuía a marcar en el tiempo en que vivía allí con su corazón.

La «asincronía rítmica» produce retrasos y adelantos siempre molestos, algunas veces dolorosos e incluso en ocasiones francamente limitantes. Así, por ejemplo, el ex-descorazonado calcula que para llegar a una cita debe invertir 40 minutos de viaje, pero la realidad (ya tan ajena a él...), le demuestra que sólo hubiera debido calcular 20 o que le faltaron otros 40 para llegar a tiempo al encuentro.

El caso más grave de la «asincronía rítmica» se produce cuando se presenta el fenómeno de la «hiperlaxitud de los plazos». En ese estado, el visitante ha perdido completamente la referencia respecto a los valores que en el lugar donde vivía se tienen como normales.

Para explicar ese concepto con la máxima claridad, referiré un ejemplo concreto. El individuo que vuelve al lugar de donde recogió el corazón, curado ya de su «S.D.D.», advierte en la casa de algún amigo que algo ha cambiado y pregunta: «Ese cuadro que tienes en el comedor es nuevo, ¿no?» y el amigo, en un tono entre sorprendido y triste, le contesta: «Hombre, hace un año y medio que lo puse...».

En ese momento, el ex-descorazonado se da cuenta que para él, al contrario de lo que le pasa con su amigo, el cuadro, efectivamente, es nuevo.

De este modo, la incapacidad del visitante para encontrar otro punto de referencia que el del tiempo de la adquisición de su Síndrome, va creando diferencias en la apreciación y, por tanto, dificultades de comunicación. Dificultades aparentemente insignificantes, pero en realidad muy importantes cuando se trata de desarrollar la humana facultad de la interlocución.

La segunda secuela no produce trastornos en la constatación de los ritmos ni de los plazos. Se trata de una algia de intensidad variable que se presenta en determinadas circunstancias.

Como una melancolía difusa o brutal se siente el dolor de la cicatriz invisible del trauma, al advertir que:

– Hay un cambio en la mirada, de residente a paseante. Cambio que implica la pérdida de la visión cotidiana, de aquella que aseguraba que mañana sería posible ver casi las mismas cosas en idénticos sitios...

– Debes seleccionar, priorizar, entre todas las citas que desearías tener, porque nunca da el tiempo lo suficiente...

– En ese complejo ecosistema que era el tuyo, se han perdido muchas cadenas ecológicas porque tú faltas como eslabón imprescindible y otras han cambiado, adquiriendo perfiles y acentos que no reconoces...

– La memoria traiciona fácilmente y existen direcciones, otrora familiares, que no recuerdas y teléfonos que ahora no logras marcar sin consultarlos...

O al darte cuenta que hay recorridos en ese lugar cuyo plano exacto puedes levantar sólo con las referencias de tus fracasos...

He repetido en varios lugares del presente informe que con él he pretendido aportar una visión optimista a las personas que han sido o son víctimas del «Síndrome de Descorazonamiento». Así, he hablado de métodos eficaces de prevención, de los avances en el establecimiento de sistemas de inmunidad y he certificado, una vez más, la eficacia del tratamiento radical.

Para terminar en esa misma línea de optimismo, quiero insistir en la idea de que las secuelas de ningún modo impiden el regreso.

Cada uno de nosotros puede volver, siempre que acepte que no hay retorno al exacto puerto de partida porque el descorazonado que se fue ya no existe.

Existe otra persona, de corazón casi completo, que al regresar puede reconocer los rincones cómplices, las sombras compañeras, los momentos de luz que no se dejan explicar con palabras y los amigos que esperan sin cansancio...

Y existe la certeza de que si vuelve con el corazón todo lo entero posible, en cada visita se puede encontrar el millón de posibilidades de vida que todos tenemos esperando en el recodo más inesperado de cualquier ciudad...

Como una melancolía difusa o brutal se siente el dolor de la cicatriz invisible del trauma