



Papel de la Testosterona en el envejecimiento y sexualidad

Dr. Jaime Abad Vázquez •

A medida que el varón envejece se produce una pérdida progresiva de su capacidad de respuesta a estímulos, de su potencial físico y de su respuesta sexual, lo que conlleva una disminución de la libido y pérdida de calidades en las erecciones.¹

De forma conjunta se produce un descenso en la concentración de andrógenos gonadales. Este descenso es progresivo y acontece tanto en la testosterona unida a proteínas como en la forma libre o biodisponible. Este déficit androgénico, desde el punto de vista fisiopatológico, pudiera ser el responsable de esta pérdida de capacidades y es lo que conocemos vulgarmente como Andropausia.^{2,3}

Ahora bien, cabe cuestionarse si el término de andropausia refleja fielmente la situación y es equiparable al término de menopausia femenino. Así como en la mujer la menopausia marca el inicio del envejecimiento por un descenso brusco del nivel estrogénico, que lleva asociado una pérdida de su capacidad reproductiva al cesar la ovulación, en el varón no existe una situación tan evidente, ya que el descenso hormonal se produce de forma paulatina e incompleta y las manifestaciones clínicas secundarias a este descenso no son tan floridas como ocurre en la mujer.⁴ Además la menopausia afecta al 100% de las mujeres y la andropausia no afecta a todos los hombres, porque hasta el 20% de los varones mayores de 80 años tienen niveles normales de testosterona total.^{5,6}

Por tanto el término de andropausia, que hace referencia a un cese de la masculinidad, quizás no sea el más adecuado, porque no refleja la realidad del problema. Aunque desde el punto de vista divulgativo sea un término muy visual y de fácil comprensión por parte del varón que demanda información, se pensó que debería emplearse otro término que definiera mejor la situación de este síndrome.^{7,8}

De cara a homogeneizar criterios, la Sociedad Internacional para el estudio del Varón de Edad

Avanzada elaboró dos términos que intentaban definir de forma eficaz este problema:

- Síndrome de ADAM (androgen decline in the aging male)
- Síndrome de PADAM (partial androgen decline in the aging male)

Se define el síndrome ADAM como un cuadro clínico y bioquímico asociado con el envejecimiento y caracterizado por una deficiencia en los niveles de andrógenos con o sin disminución de la sensibilidad de sus receptores que puede dar lugar a alteraciones significativas en la calidad de vida y afectar la función de múltiples sistemas orgánicos. Una de sus características principales es que no afecta a todos los hombres y el cuadro clínico es equiparable al de los pacientes jóvenes con hipogonadismo.⁹

Incidencia

Al igual que ocurre en otros procesos, la incidencia real de este síndrome se desconoce por dos razones principales. La primera es que un número importante de varones asume que el envejecimiento conlleva una progresiva pérdida de capacidades físicas y el deterioro en la calidad de sus erecciones, y la segunda es el pudor que sienten a acudir al facultativo para hablar de un problema para ellos íntimo y vergonzante.^{10,11}

Se sabe que entre un 30 – 70% de los varones mayores de 65 años sufre un grado variable de esta deficiencia, aunque solo el 5% de los varones de edad avanzada refieren sintomatología florida de andropausia.¹²

Desde el punto de vista bioquímico, al menos 1 de cada 200 varones mayores de 65 años presenta niveles anormalmente bajos de testosterona.¹³

Aunque no existan datos de la incidencia real de este síndrome, el estudio del mismo cobra cada vez mas valor debido a que la expectativa de vida está

aumentando progresivamente y la demanda de salud y calidad de vida para tener un envejecimiento activo y no patológico es cada vez mayor.¹⁴

Cuadro Clínico

Para poder entender los distintos síntomas y signos característicos de este proceso debemos conocer, en condiciones fisiológicas, cómo y a que nivel actúan los andrógenos gonadales.

La testosterona es el andrógeno mas importante en el varón. Se secreta en las células de Leydig del testículo y actúa, bien de forma directa mediante su unión a los receptores nucleares celulares, o de forma indirecta mediante su paso a dihidrotestosterona a través de la enzima 5 alfa reductasa.¹⁵

La producción diaria se sitúa en torno a 7 ng/dL, por lo que la concentración sérica normal, se encuentra en un rango de 300 a 1000ng/dL. Además presenta un ritmo circadiano con un pico máximo a las 8 de la mañana y un mínimo a las 24 horas.

Esta testosterona, en condiciones fisiológicas actúa a distintos niveles.

Efectos sobre la próstata

En el período prenatal, los andrógenos marcan el desarrollo futuro del fenotipo masculino. El comienzo de la pubertad se produce por un incremento en las concentraciones de testosterona con un efecto anabólico y asociado a un incremento del volumen prostático.¹⁶

Además en el adulto, las interacciones de los esteroides sexuales entre el estroma y el epitelio prostático son importantes para el desarrollo normal y anormal de la glándula, que implica el riesgo de desarrollar hiperplasia prostática benigna.^{8,9}

Efectos en la función eréctil

El papel exacto no es conocido. Sin embargo existen argumentos a favor de que juega algún papel, pues se ha comprobado que en pacientes con deprivación androgénica, esta produce cambios en el pene, como son:

- Fibrosis del cuerpo cavernoso.
- Reducción de la expresión del óxido nítrico

neural.

- Disminución del flujo arterial y aumento de la salida venosa.
- Disminución de la relajación muscular no mediada durante el estímulo sexual.^{17,18}

Andrógenos y reproducción

Tienen un papel esencial en el desarrollo de una fertilidad adecuada, pues participan y son fundamentales para el desarrollo del pene, testículos, epidídimo, vesículas seminales y próstata, elementos adecuados para un estado fértil adecuado.

Además participan en la espermatogénesis con una función reguladora en:

- Flujo sanguíneo testicular
- Desarrollo de las células madre
- Producción de líquido seminal.

Hematopoyesis y coagulación

Estimulan la síntesis eritrocitaria y potencian la síntesis de factores de coagulación, incrementando la agregación plaquetaria al aumentar la producción de tromboxano A2 y reducir la producción de prostaciclina. De ahí, como veremos, el riesgo de tromboembolismo que suponen los preparados hormonales, sobre todo los inyectables.¹⁹

Líbido, cognición y humor

Pueden tener influencias en el deseo sexual y las fantasías, ya que se han encontrado receptores androgénicos en células del encéfalo, en concreto en el núcleo parasimpático sacro, en el hipotálamo y en el sistema límbico. Además contribuyen a aumentar la capacidad visoespacial. Un tema muy controvertido ha sido la posible relación entre testosterona y agresividad, pero hasta la fecha no existe evidencia clara de esta relación, a pesar de publicaciones en las que se hacía mención a un nivel de testosterona más alto en presidiarios con un mayor grado de agresividad.²⁰

Composición corporal

Aumentan la masa muscular, aumentando por tanto la fuerza muscular, y reducen el componente graso, especialmente la grasa abdominal. A nivel óseo tienen una función anabólica, pues interactúan con los osteoblastos, incrementando el hueso trabecular y cortical.

Como vemos, en condiciones fisiológicas la testosterona juega un papel importante en múltiples órganos y sistemas. Desde el punto de vista clínico, el déficit de testosterona debería justificar, por lo tanto los siguientes síntomas y signos :

1. VASOMOTORES	2. PSIQUICOS
Sudores	Fatiga
Oleadas de calor	Disminución de memoria
Palpitaciones	Baja productividad
Cefáleas	Irritabilidad - ansiedad

3. LOCOMOTORES	4. COSTITUCIONALES
Dolor muscular y articular	Envejecimiento prematuro
Disminución de masa muscular	Aumento grasa corporal
Disminución de fuerza	Enfermedad cardiovascular
Degeneración artrítica	Ginecomastia, fragilidad capilar
Disminución densidad ósea	Sequedad y atrofia cutánea

5. ESFERA SEXUAL
- Erecciones. Es necesario más tiempo y más estimulación directa. Son menos firmes y duraderas. - Eyaculado. Se reduce la cantidad de semen. Disminuye la intensidad de la eyaculación. - Se prolonga el período refractario

A medida que el varón envejece se produce un descenso en las concentraciones de testosterona, tanto la total como los andrógenos biodisponibles, por una pérdida progresiva de células de leydig, secundaria a la disminución de la perfusión vascular testicular y la fibrosis del túbulo seminífero, que ocasiona una destrucción celular paulatina.^{11,18}

Diagnóstico

El principal problema del diagnóstico surge por la variabilidad clínica entre pacientes. En unos predominan síntomas de la esfera sexual y en otros los problemas psíquicos y de otro orden y, dentro de cada grupo de síntomas, hay varones que los manifiestan de forma florida y otros de forma larvada.

Para poder objetivar y cuantificar la intensidad de estos síntomas se han elaborado cuestionarios que en función del número de respuestas afirmativas permiten establecer el diagnóstico clínico del síndrome ADAM.¹²

El más usado es el cuestionario ADAM elaborado por John Morley de la Universidad de San Luís :

Cuestionario de Adam

1. Ha disminuido su apetencia sexual?
2. Se siente farto de energía?
3. Ha disminuido su fortaleza y fuerza física?
4. Ha perdido estatura?
5. Ha notado una disminución de las ganas de vivir?
6. Se siente triste e irritable?
7. Son sus erecciones poco potentes?
8. Ha notado una disminución de la habilidad en los deportes?
9. Se queda dormido después de la cena?
10. Ha notado una disminución de su capacidad para el trabajo?

También debemos investigar la presencia de factores de riesgo de hipogonadismo (insuficiencia hepática, renal, diabetes, obesidad) y el uso de fármacos o hábitos tóxicos.

Si encontramos unos niveles de testosterona libre matutina menor de 200 ng/dl estamos ante un déficit androgénico establecido y debemos iniciar tratamiento una vez descartadas alteraciones en el eje hipotálamo-hipofisiario y de la glándula prostática.

Tratamiento

Si los andrógenos gonadales, como se ha visto en condiciones fisiológicas actúan a distintos niveles, en pacientes con el diagnóstico de andropausia el empleo de una terapia hormonal sustitutiva teóricamente debería cumplir los siguientes objetivos:

- Mejoría de la masa muscular
- Disminución de la grasa corporal
- Aumento de la densidad ósea
- Recuperación de la libido y función eréctil
- Mejoría de la autoestima y bienestar físico
- Incremento del nivel de energía.

En un primer momento se empleó moléculas de testosterona sin modificar, pero resultó que no era el tratamiento ideal, porque aunque tiene una buena absorción oral, se produce un primer paso hepático que degrada gran parte de la molécula, disminuyendo drásticamente su biodisponibilidad.^{14,6}

Para evitar esto se ha obtenido preparados que permiten una administración oral como son la fluoximesterona y el undecanato de testosterona, y

esteres de testosterona para ser administrados en forma inyectable intramuscular.

Por último se han conseguido preparados transdérmicos en forma de parches y mas recientemente se ha introducido un gel hidroalcohólico con testosterona al 1%.

Preparados Parenterales.

son los mas antiguos. La dosificación ideal sería 100mg/semanales, si la respuesta no es eficaz se puede aumentar a 200mg. Dosis mas altas no son efectivas, porque presentan pico supramáximo a los pocos días de la administración con el riesgo de efectos secundarios intolerables y, posteriormente un pico inframáximo con concentraciones ineficaces de andrógenos.

Preparados Orales.

El único recomendado por su seguridad es el undecanato. La dosis ideal es de 120 -240 miligramos/día en toma única. Tiene la ventaja de ser liposoluble.

Pero tienen una potencial hepatotoxicidad, absorción errática y pobre y los niveles plasmáticos no son válidos para el control.⁹

Preparados Transdérmicos.

Actualmente son los mas empleados. Tenemos de dos tipos, los parches escrutales y los no escrutales. Los escrutales se deben aplicar una vez al día, preferentemente por la noche para alcanzar un pico máximo por la mañana. En los no escrutales en la mayoría de las ocasiones solo es necesario un parche. Tiene la ventaja de la liberación fisiológica (respetan el ritmo circadiano), y no provocan cambios en el PSA y volumen prostático.

Gel de Testosterona.

Este nuevo preparado es un gel hidroalcohólico de testosterona que puede aplicarse siempre en el mismo sitio sin provocar irritación cutánea. La dosis empleada oscilan entre 5-10mg/día.¹⁶

Posibles riesgos o efectos asociados a la terapia hormonal sustitutiva

Sistema Cardiovascular	Existen evidencias de ausencia de riesgos. Incluso beneficios
Perfil Lipídico	No se aprecian cambios con las dosis fisiológicas de reemplazo
Retención Hídrica	Raramente significado clínico
Hiperplasia prostática benigna	No existe consenso. Sería una contraindicación relativa y absoluta en pacientes con uropatía obstructiva.
Carcinoma prostático	Controvertido. Se desconoce el nivel de riesgo. Si esta demostrado el riesgo de potenciar un cáncer en estadio subclínico
Hepatotoxicidad	Limitada a los agentes orales
Apnea del sueño	Infrecuente
Ginecomastia	Rara y reversible
Reacciones cutáneas	Alta incidencia con los parches
Atrofia testicular o infertilidad	Frecuente, especialmente en jóvenes pero reversible
Poliglobulia	Riesgo moderado

Conclusiones

A la vista de todo lo expuesto podemos concluir lo siguiente:

- La asociación de los datos clínicos y el descenso de andrógenos es la situación ideal para iniciar una terapia hormonal sustitutiva.
- La terapia sustitutiva androgénica actualmente está indicada solo en hombres con hipogonadismo confirmado.
- Son necesarios los resultados de estudios a largo plazo antes de recomendar la terapia sustitutiva a todos los varones de edad avanzada.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cuzin B, Giuliano F, Jamin C, Legros JJ, Lejeune H, Rigot JM, Roger M; International Society for the Study of the Aging Male. [Investigation, treatment and surveillance of late-onset hypogonadism in males: the official guidelines of the International Society for the Study of the Aging Male (ISSAM) with comments]. *Prog Urol*. 2004 Feb;14(1):1-14.
2. Morales A, Lunenfeld B; International Society for the Study of the Aging Male. Investigation, treatment and monitoring of late-onset hypogonadism in males. Official recommendations of ISSAM. *International Society for the Study of the Aging Male. Aging Male*. 2002 Jun; 5(2): 74-86.
3. Vela Navarrete R. [Aging and urology: is impotence the first symptom of aging?] *Actas Urol Esp*. 2002 Nov-Dec; 26(10): 771-5. Spanish.
4. Martin-Morales A, Sanchez-Cruz JJ, Saenz de Tejada I, Rodríguez-Vela L, Jiménez-Cruz JF, Burgos-Rodríguez R, Prevalence and independent risk factors for erectile dysfunction in Spain: results of the Epidemiología de la Disfunción Erectil Masculina Study. *J Urol*. 2001 Aug; 166(2): 569-74; discussion 574-5.
5. Sharpe RM: regulation of spermatogenesis, in E Knobil, JD Neil (eds): *The Physiology of reproduction* 2nd ed. New York, Raven Press, 1994 (1363-1434).
6. Luke MC, Coffey DS: the male sex accessory tissues: Structure, androgen action and Physiology, in E Knobil, JD Neil (eds): *The Physiology of reproduction* 2nd ed. New York, Raven Press, 1994 (1435-1487)
7. Hafez B, Hafez ES, Andropause: endocrinology, erectile dysfunction, and prostate pathophysiology. *Arch Androl*. 2004 Mar-Apr; 50(2): 45-68. Review.
8. Isaacs JT: Role of androgens in normal and malignant growth of the prostate, in S Bhasin (ed): *Pharmacology, Biology, and Clinical Applications of Androgens*. New York, Wiley-Liss, 1995.
9. Morales AJ, Nolan JJ, Nelson JC, et al: Effects of replacement dose of dehydroepiandrosterone in men and women of advancing age. *J Clinical Endocrinol Metab* 1994; 78: 1360-1367.
10. Mills TM, Reilly CM, Lewis RW: Androgens and penile erection: A review. *J Androl* 1996; 17: 633-638.
11. McLachlan RI, Wreford NG, O'Donnell L, et al: The endocrine regulation of spermatogenesis: Independent roles for testosterone and FSH. *Jendocrinol* 1996; 148: 1-9.
12. Drinka PJ, Jochen AL, Cuisinier M, et al: Polycythemia as a complication of testosterone replacement therapy in nursing home men with low testosterone levels. *J Am Geriatr Soc* 1995; 43: 899-901.
13. Anderson RA, Ludlan CA, Wu FC: Haemostatic effects of supraphysiological levels of testosterone in normal men. *Thrombosis and Haemostasis* 1995; 74: 693-697.
14. Anderson A, Bancroft J, Wu FCW: The effects of exogenous testosterone on sexuality and mood of normal men. *J Clinical Endocrinol Metab* 1992; 75: 1503-1507.
15. Alexander GM: Androgens and cognitive functions, in S Bhasin (ed): *Pharmacology, Biology, and Clinical Applications of Androgens*. New York, Wiley-Liss, 1996, pp 169-176.
16. Dabbs JM: Testosterone, aggression, and delinquency, in S Bhasin (ed): *Pharmacology, Biology, and Clinical Applications of Androgens*. New York, Wiley-Liss, 1996, pp 179-187.
17. Olweus D, Matsson A, Schalling D, et al: Circulating testosterone levels and aggression in adolescent males: A causal analysis. *Psychosomatic Medicine* 1988; 50: 261-272.
18. Arisaka O, Arisaka M, Nakayama Y, et al: Effect of testosterone on bone density and bone metabolism in adolescent male hypogonadism. *Metabolism* 1995; 44: 419-423.
19. Kulbler A, Schulz G, Cordes U, ET AL : The influence of testosterone substitution on bone mineral density in patients with Klinefelter's syndrome. *Exp Clin Endocrinol* 1992; 100: 129-132.
20. Elin RJ, Winters SJ. Current controversies in testosterone testing: aging and obesity. *Clin Lab Med*. 2004 Mar; 24(1): 119-39. Review.



Formar al intelectual con conciencia social es la primera gran misión de la Universidad

Gustavo Vega •

El Ecuador debe pensar con cabeza propia. El Proyecto de Ley Orgánica de Educación Superior, que fue discutido en primera por la Asamblea Nacional, está ciertamente cargado de “eficientismos”; es necesario filtrar el Proyecto, de algunos “imperialismos” y “eficientismos” a lo Calibán y a lo Próspero de Rodó, lo que pone malabares enajenantes a la trama del Proyecto de Ley.

Hay que trabajar mucho por depurarlo. ***Privilegia la política autoritaria e inquisitorial sustentando sobre todo el método del castigo antes que el fortalecimiento de las instituciones. Decreta la calidad, no fomenta la misma. El proyecto está aún bastante crudo, hay que cocinarlo más,*** siguiendo el libro de Lévi Strauss, quien acaba de morir, tumba fresca aún la de un gran científico, quien escribiera “Lo crudo y lo cocido”.

Debe hacerse una buena Ley de Educación Superior, una buena Ley para el Buen Vivir, pero más allá de decretarlo, hay que vivirlo en carne propia.

Persiste aún ***en el Informe de Mayoría de la Comisión de Educación de la Asamblea Nacional, un tercer organismo anticonstitucional, que alertó a los asambleístas de ello una atenta lectura, tercer organismo con poderes monárquicos y absolutos.*** Hay que rechazar el mercado de la Educación Superior, pero también es importante rechazar la intromisión del Ejecutivo en las tareas de la autonomía universitaria y del sistema.

Debemos rechazar la transnacionalización de la Educación Superior que afecta la soberanía y la dignidad de la Nación. Pero debemos a la vez evitar una influencia totalitaria del Ejecutivo en la Educación Superior; cortados con la misma tijera, el Ejecutivo es el nuevo “Mercado” que está en todas partes: Comunicación Social, Servicio Público, Cultura, Educación General, Aguas, Deportes, Educación Superior, Ciencia y Tecnología a través de sus respectivos Proyectos de Ley. Es clave distinguir Estado de Gobierno y éste de Ejecutivo.

Falta aún funcione una Comisión de Diálogo que el Presidente de la Asamblea, con tolerancia, pluralismo e inclusión, aceptó de la Academia para que lo conformáramos y conjuntamente con asambleístas y el gobierno, trabajáramos buscando consensos. Se trata por tanto que los legisladores, tengan para el segundo informe un proyecto maduro, trabajado artículo por artículo, con un nuevo esquema, buscando calidad, pertinencia, internacionalización, transformación, que queremos a gritos que tenga la Universidad y los Institutos Superiores, pero buscando no solamente dicha transformación en cuanto objetivo, sino sacramentando los medios. No estamos en contra de los cambios, sí estamos en contra del snob.

Hemos apostado mucho para que tracen un esquema menos dogmático y con más sindéresis, busquen consensos, propongan un solo Informe y que consensos y disensos pasen al Pleno, en tiempos indefinidos para no arriesgar la responsabilidad y prevenir el apuro y la liviandad.

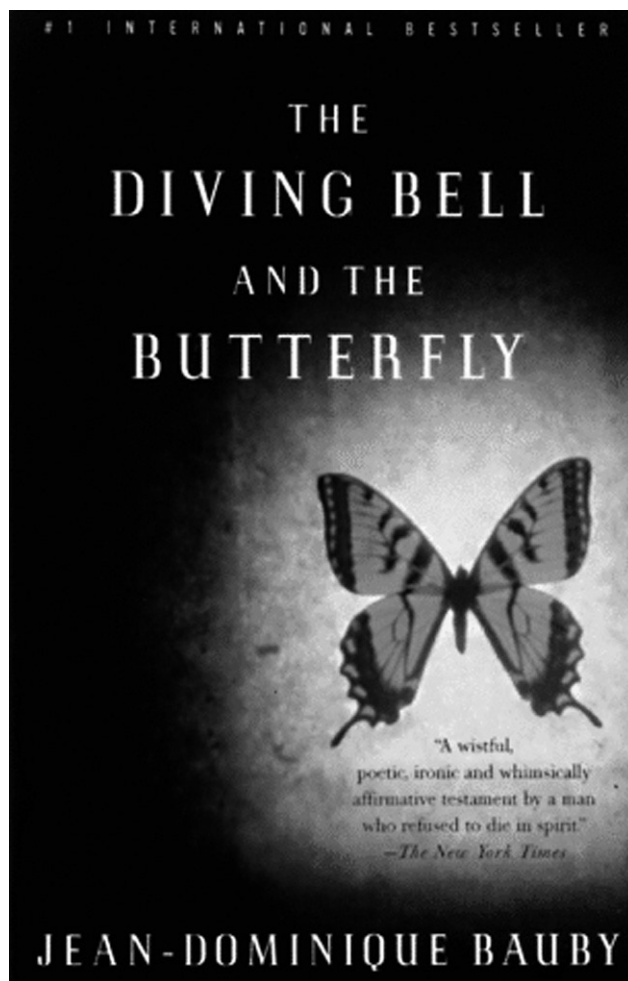
Falta aún en el Proyecto, sistematicidad y coherencia. Sus principios deben estar en un solo casillero, no desperdigados en el texto en capítulos y títulos. Hay inconsistencias en el título Cogobierno: se refiere a Gobierno, que es distinto. Régimen Académico lo han colocado en el sitio poco apropiado de la integralidad. Gazapos no son pocos los que constan en el Informe.

Hemos acudido a la Asamblea Nacional, no para pedir privilegios, sino a ejercer nuestra participación, hemos asistido para coincidir y para discrepar, a contribuir con nuestras ideas. Construyamos juntos los cambios de la Universidad, separemos el cambio del snob -como cuando se separa el trigo de la paja- El objetivo inexorable de cambio de la Educación Superior es compartido, nadie de nosotros hemos nacido en el siglo XIX. La discrepancia está en cómo cambiar. Debataremos en el diálogo los mejores métodos para las transformaciones. ¡Que no nos deje el carro de la historia!

Libros recomendados

Dután Erráez Holger •

La Escafandra y la Mariposa



Título original: Le Scaphandre et le Papillon

Autor: Jean Dominique Bauby

Editorial: Plaza y Janés editores

Fecha de publicación: 1997

Edición: 1ra

Número de páginas: 200

Género: novela autobiográfica

Género: Novela autobiográfica

Jean-Dominique Bauby se desempeñaba como redactor de la revista ELLE en Francia. En 1995, a la edad de 43 años, sufrió una embolia masiva que le dejó en coma por tres semanas, recupera la conciencia, la plenitud de su memoria y su imaginación, pero su parálisis es total, excepto la posibilidad de parpadear de su ojo izquierdo, condición clínica conocida como el “Síndrome de cautiverio”. Perder la corporalidad no sólo implica una pérdida biológica, en términos de Le Breton⁵, el cuerpo es un “fenómeno social y cultural, materia simbólica, objeto de representaciones y de imaginarios”, para él, los gestos y posturas corporales, el modo en que cada uno ve, oye y percibe el mundo que lo rodea, las maneras en que se sufre y se goza, las formas de relacionarse y comunicarse con los otros, hasta las emociones y todo el conjunto de las expresiones corporales son modelados por el contexto social y cultural en el que cada actor se encuentra sumergido. “Todo lo que está en el mundo pasa por el cuerpo”, dice Le Breton.

En un hospital de Berk-Sur-Mer, una logopeda le enseña a Bauby un código usando las letras más comunes del alfabeto utilizando el parpadeo de su ojo izquierdo, de esta manera logra dictar su testimonio que es recogido por Claude, su secretaria.

Una escafandra, ese traje compuesto de una vestidura impermeable y un casco perfectamente cerrado, con un cristal frente a la cara, aprisiona virtualmente su cuerpo, dejando fluir su interior a través del parpadeo de su ojo, cual mariposa que va depositando hoja tras hoja lo que le dicta la mente. Bauby se siente como un “cangrejo ermitaño enclavado en su roca”, y su cuerpo flácido y desarticulado le sirve sólo para hacerle sufrir, con una “brutal devaluación de sus perspectivas de futuro”. De golpe entreveía la espantosa realidad, dice, tan cegadora como un hongo atómico. Más acerada que la cuchilla de una guillotina.

Bauby escribe: “cómo la mayoría de los casos como este son abandonados a una vida vegetativa, se conoce poco la evolución de esta patología. Sólo se sabe que si al sistema nervioso le da por volver a ponerse en

marcha, lo hace al ritmo de un cabello que creciera a partir de la base del cerebro. Corro, pues, el riesgo de que transcurran algunos años antes de que consiga mover los dedos del pie. Por el momento, me sentiría el más dichoso de los hombres si llegase a tragar convenientemente el exceso de saliva que invade mi boca de manera permanente”.

Existir es comunicarse, se ha dicho. Bauby en su afán de seguir existiendo dice: *“Acabo de darme cuenta de que, aparte de mi ojo, hay dos cosas que no están paralizadas. Mi imaginación y mi memoria. La imaginación y la memoria son los dos únicos medios de escaparme de mi escafandra”*. Es a través de estas capacidades que logra producir un libro imposible. Estos estados límite pueden llevar, como el caso de Ramón Sanpedro⁶, tetrapléjico español, a una lucha de casi tres décadas para que lo dejaran morir, o en el caso de Bauby a un deseo intenso de seguir existiendo lo que genera nuevas conexiones neuronales, nuevas sensibilidades, nuevos modos de sentir, de pensar, de hacer o de no hacer.

¿Había estado ciego y sordo, o había sido necesaria la severa luz del desastre para encontrar mi verdadera naturaleza?”, se pregunta Jean-Dominique Bauby y continúa: ¿Hace falta un “síndrome de cautiverio” para hacer al hombre consciente y para que los demás empaticen?

El libro LA ESCAFANDRA Y LA MARIPOSA, considerado atípico, fue llevado al cine por el director Julián Schbael, su película, estrenada en el 2008, estuvo nominada para 4 oscar y fue ganadora de 2 globos de oro.

Jean-Dominique Bauby murió el 9 de marzo de 1997, días después que su libro fue publicado.

Para la psicóloga Susana Kesselman además de recomendar el libro a estudiantes de medicina, a médicos, a psicólogos, a enfermeros, a fonoaudiólogos, a kinesiólogos, debe recomendarse también a los familiares que atienden a estos pacientes, y que padecen con ellos, a veces más que ellos. Hay algo sanador en la lectura del libro, dice. La película también tiene este efecto.

⁵ David Le Breton, sociólogo y antropólogo francés, profesor en la Universidad de Estrasburgo, autor de Antropología del dolor, Sociología del cuerpo, Antropología del cuerpo y modernidad, Silencio, entre otras obras.

⁶ El primer ciudadano en pedir en España la eutanasia. Escribió dos libros: Cartas desde el Infierno (1996) y el poemario Cuando yo caiga, publicado póstumamente en 1998. En 2004, Alejandro Amenábar llevó al cine la historia de Ramón con la película Mar Adentro.