

¿Senescencia o enfermedad?

Tal vez el título del editorial genere la primera controversia: ¿quién puede pensar que el envejecimiento sea una enfermedad? Sin embargo, a través del análisis del relato de un importante epistemólogo y las apreciaciones de los propios ancianos y del hombre común, comprenderemos que los procesos que acompañan al paso de los años sobre el organismo humano son considerados –insisto, aun por sus propios protagonistas– como un proceso mórbido.

Fue en el último siglo cuando los términos salud y enfermedad comenzaron a interesar –sobre todo a los estudiosos de una nueva disciplina: la antropología– y allí comenzó una búsqueda lingüística para asegurar definiciones. En forma ciertamente peregrina se decía que la salud era la ausencia de enfermedad, que dejaba la incógnita de otras varias apreciaciones. La Organización Mundial de la Salud –en 1948– propuso aquello de que la salud es un “estado de completo bienestar físico, mental y social que se puede lograr en su máxima plenitud, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Con ello engrosaba el término con valores como felicidad, seguridad y armonía, según puede deducirse.

A esta altura se hace inevitable mencionar a Georges Canguilhem, autor de *Lo normal y lo patológico*¹, quien se ocupó del tema hace ya más de medio siglo y no se lo puede soslayar. Así dice: “La enfermedad no es solo un desequilibrio o desarmonía, también, es –y puede ser principalmente– esfuerzo de la naturaleza en el hombre para obtener un nuevo equilibrio. La enfermedad es una reacción generalizada con intenciones de curación. El organismo desarrolla una enfermedad para curarse. La terapéutica tiene que tolerar, ante todo, y si es necesario reforzar, tales reacciones hedonistas y terapéuticas espontáneas. La técnica médica imita la acción médica natural (*vis medicatrix nature*). Imitar no solo significa copiar una apariencia sino remedar una tendencia, prolongar un movimiento íntimo. Por cierto, semejante concepción es también un optimismo; pero en este caso el optimismo se refiere al sentido de la naturaleza y no al efecto de la técnica humana.

“El pensamiento de los médicos no ha dejado de oscilar entre estas dos maneras de representarse la enfermedad, entre estas dos formas de optimismo, hallando en cada caso para una u otra actitud alguna buena razón en su patogenia recientemente aclarada [...] Ambas concepciones tienen, sin embargo, un punto en común: consideran a la enfermedad –o mejor, a la experiencia del enfermo– como una situación polémica, ya sea como una lucha entre el organismo y un ser extraño, ya sea como una lucha interna de fuerzas enfrentadas”.

Obviando la tendencia del autor a acercarse a la *physis* de los griegos, a la Naturaleza, como observamos en el primer párrafo, Canguilhem es categórico cuando agrega: “Semánticamente, lo patológico es designado a partir de lo normal no tanto como *a o dis* sino como *hiper* o *hipo*. Por más que se conserve la confianza tranquilizante de la teoría ontológica en la posibilidad de vencer por medios técnicos al mal, se está muy lejos de creer que salud y enfermedad sean opuestos cualitativos, fuerzas de lucha”.

Existe una variable o una situación de normalidad que los métodos estadísticos se encargan de reflejar. Todo lo que escapa a la habitualidad se considera enfermedad. La salud es, entonces, un elemento objetivo. Un reciente comentario decía que se había establecido que los niños que se atrasaban en la escuela tenían, en alto porcentaje, problemas visuales no detectados ni por familiares ni por maestros. Es probable que muchos adultos analfabetos, ocupados en labores manuales, también los tengan aunque su trabajo no lo descubra.

Todas estas aseveraciones ameritan ser tamizadas por el cernidor del pensamiento de Canguilhem. Si debiéramos certificar un estado de salud lo haríamos con diverso criterio y siempre estaríamos cerca del error. Un criterio *morfológico* sería observar órgano por órgano: por ejemplo, el examen cardiovascular y electrocardiográfico de un individuo lo hacen apto para una operación quirúrgica.

Otro de los criterios es el *etiológico*. Tendría valor solamente en caso de enfermedad donde actuó un agente causal de daño. Sin causa etiológica ni modificaciones morfológicas, estaríamos certificando buen estado de salud, por lo menos de ese órgano. Así podríamos decir tabaquismo = cáncer de pulmón, pero tampoco diríamos una verdad absoluta, porque debemos considerar la propensión del individuo a desarrollar ese mal, el gen p53 y tantas otras cosas que aún la medicina ignora. Algo similar ocurriría con vejez masculina = cáncer de próstata.

Un siguiente criterio es el *funcional*. Es un hecho que un órgano está sano cuando cumple su función sin ningún déficit. Sin embargo, una función renal aparentemente correcta por las cifras humorales de urea y creatinina dentro de los valores normales pero con un *clearance* de esta última alterado, no revela estado de salud pero, según Canguilhem, estaría dentro de la normativa.

El próximo criterio es el *utilitario*, que puede ser evaluado –por ejemplo, en el caso de los músculos– por su fuerza o su resistencia al ejercicio. Es frecuente que los ancianos se quejen de cansancio, que limiten sus caminatas y se hagan sedentarios. Ocurre porque comparan su desempeño de décadas anteriores y no se resignan a la marcha cautelosa y al decremento de su sarcolema.

Un último elemento que engloba al sujeto en sí es la *conducta*. Un anciano con enfermedad de Alzheimer, aunque reconozca a sus familiares y se ajuste para ciertas actividades cotidianas puede manifestar su *wandering* y causar en sus allegados los trastornos psicofísicos de los cuidadores de pacientes crónicos.

Todos estos criterios han debido ser para la medicina, como lo señala Canguilhem, normativos.

Aquí comienza la cuestión. Salud y enfermedad marchan al unísono. No entro a analizar los casos de curación *ad integrum* o con déficit o aparente porque no viene al caso. Pero, ¿qué sucede con las minusvalías que comienzan a edad temprana por envejecimiento del órgano, como la presbiacusia o la más tardía como la presbicia? En el anciano –y en el presenil– ambas son causa de tratamiento correctivo (el audífono en el caso del oído, las lentes para la visión) y si hablamos de terapéutica señalamos cierto grado de afección. Entonces, ¿es la senescencia una enfermedad?

El problema de la artrosis es paradigmático: pocos individuos pueden jactarse en la senescencia de no padecer ninguna manifestación de esta afección degenerativa. Incluso ningún humano –hombre o mujer– ha dejado de sufrir algún episodio de lumbalgia antes de los 50 años de edad y en la mayoría de los casos es por alteración de los discos intervertebrales. La artrosis retrorrotuliana afecta al 100% de los ancianos sin distinción de sexo. La impronta ósea en los restos fósiles de los dinosaurios revela que también la padecieron y, entre los mamíferos actuales, se salvan los murciélagos y los perezosos que duermen colgados. ¿Es una enfermedad involutiva?

Aquellos que se dedican a la economía de la salud se preguntan: ¿cuánto se gasta en las enfermedades de los ancianos y cuánto en el envejecimiento natural del hombre? Robin Holliday² cree que es claramente insensato no considerar el problema de este modo. Pero, reflexiono, qué difícil es establecer la diferencia.

Así como están planteadas las cosas es imposible separar los componentes de esta argamasa compacta. Salud/enfermedad es una realidad “variante y alternante”.

Ante este problema, más que médico, del resorte de la filosofía antropológica es preciso hallar una solución. Envejecer es perder habitualidades: desde el olvido de los nombres propios, los tropiezos y caídas, los inconvenientes masticatorios, la disminución de la capacidad torácica, los trastornos genitourinarios, etc., etc., hasta un cierto desinterés por la vida misma. Pero es necesario adaptarse a las nuevas circunstancias.

Entre sus muchas acepciones, adaptarse es acomodarse o avenirse a algunas circunstancias o condiciones. Stein³ definía a la inteligencia como capacidad de adaptación. La vida es un adaptarse permanentemente.

Resulta un tema recurrente hablar de las carencias. Las carencias de los senescentes habitualmente se deslizan por un abanico de motivos: afectivos, de capacidad física y psíquica, económicos y, por ende, de jubilación, etc. Sin embargo, todos se aferran a la vida, adaptándose, con los pocos dientes que generalmente les quedan y las uñas. En otros casos no asumen que esas carencias son propias del envejecimiento (por lo menos alguna de las nombradas) y llegan a sus médicos con quejas bizarras –en su generosidad–, tales como: que no pueden caminar rápido, que tienen dificultades visuales, que se despiertan con frecuencia en la noche, que sufren de los ya comentados olvidos, entre tantas otras. Los psiquiatras, prestos para encuadrar (poner en un cuadro) dicen que padecen del síndrome de adaptación. Y es real, no adaptan sus pretensiones a las décadas vividas. Y como son síntomas comunes a la enorme mayoría de ellos se hace muy difícil sostener que son enfermedades.

La gerontóloga francesa Hélène Reboul publicó en su obra *Vieillir: projet pour vivre*⁴ donde, como lo indicaba su título, proponía que todo anciano formulara un proyecto para proyectar (uso el término adrede) su vida y, de esta forma, el final no sería tan traumático. Por lo menos, seguirían viviendo y no esperando.

Otros, cuyos nombres no recuerdo, si no los nombraría, dicen que es mejor iniciar o fundar una empresa. Claro, un proyecto es un sueño todavía incumplido, una empresa es una realidad consolidada.

¿Qué hacer entonces? Tener una empresa (creo que un término mejor sería emprendimiento que admite menos confusión) para seguir transcurriendo en el planeta Tierra. Será necesario desterrar el síndrome de adaptación: existirán carencias pero será cosa de encontrarles la vuelta.

Queda formulada la duda: ¿senescencia o enfermedad?

Simone de Beauvoir⁵ finalizó su obra *La vejez*, con las palabras con que quiero terminar este editorial: “Cuando se ha comprendido lo que es la condición de los viejos no es posible conformarse con reclamar una ‘política de la vejez’ más generosa, un aumento de las pensiones, alojamientos sanos, ocios organizados. Todo el sistema es lo que está en juego y la reivindicación no puede sino ser radical: cambiar la vida”. Porque la vejez puede ser una enfermedad que nos afecte a todos los que llegamos a ella.

Federico Pégola

e-mail: fmpergola@fibertel.com.ar

1. Canguilhem G. Lo normal y lo patológico. Buenos Aires: Siglo veintiuno, 1970.
2. Stein B, Meredith A. The Merging of the sense. Cambridge MA: MIT Press, 1993.
3. Holliday R. Ageing in the 21th century. *Lancet*, 354 (SIV4), January, 1999.
4. Reboul H. Vieillir: projet pour vivre. Lyon: Chalet, 1973.
5. de Beauvoir S. La vejez. Buenos Aires: Sudamericana, 1973.

- - - -

Aunque la vida sea, en definitiva (como creo), una partida que siempre acabamos por perder, esto no significa que no debamos jugarla lo mejor posible y tratar de perderla lo más tarde posible.

Charles Augustin Sainte-Beuve (1804-1869)