

Depresiones en la Tercera Edad y cura balnearia

Manuel ARMIJO VALENZUELA *

RESUMEN

Se hacen unas consideraciones sobre el envejecimiento en general y su principales manifestaciones, haciéndose referencia especial a los síndromes depresivos en los sujetos de edad avanzada, sus principales manifestaciones, etiología, patogenia y efectos de las curas hidrotermales, explicables por sus especiales características, acción psicoterápica y posible facilitación de la integración sintonizante, psíquica y social, de los sujetos sometidos a estos tratamientos.

RÉSUMÉ

On fait des observations á propos du vieillissement en général et sur ses manifestations en soulignant les syndromes dépresifs chez les sujets âgés. On remarque aussi, les principales manifestations, étiologie et pathogénie de tel état, ainsi que l'action favorable des cures hydrothérapiques, étant donné ses propres qualités, son action psychothérapique, qu'on manifeste chez les sujets qui suivent la cure, par une meilleur integration psychologique et sociale.

SUMMARY

General considerations on aging are made with especial reference to the depressing syndromes in old persons. Main manifestations, etiology and pathogenesis of those status are pointed out as well as the favorable action of hydrothermal cures. The latest is explained by its especial characteristics, psychosomatic action and possible facility for sintonic, psichical and social integration of the subjects submitted to those treatments.

El envejecimiento no es una enfermedad, aunque ARISTOTELES la considerase «enfermedad natural» y SENECA «enfermedad incurable». La edad avanzada no pasa de ser una fase en la evolución normal de todos los seres y el hombre no escapa a lo que es norma general. Pero también es un hecho indiscutible que el envejecimiento conlleva la merma de muchas capaci-

dades, suponiendo, al menos, deficiencias o limitaciones, aunque no siempre implique ruina orgánica. Son muchas las personas que a esas edades conservan capacidades intelectivas y laborales destacadas, aunque puedan apreciarse ciertos condicionamientos. El paso del tiempo siempre deja huella y, con frecuencia, produce o facilita sentimientos de incapacidad o restricción, vacío, aislamiento, incomprensión, tanto más cuanto que, por ley natural, muchos de los que fueron amigos y compañeros de trabajo u otras actividades, han desaparecido o están más o menos incapacitados o distantes, muchos de los que fueron directos colaboradores han dejado de serlo o siguen caminos diferentes, familiares más o menos próximos ocupados en sus propias obligaciones parecen alejados o indiferentes.

Como destaca el Prof. ALONSO-FERNANDEZ en su reciente e importante obra «La depresión y su diagnóstico», en el anciano se produce con frecuencia «la confrontación interior con la imagen de la muerte», lo que le facilita la tendencia depresiva, aunque sea igualmente cierto que la madurez psicológica le lleve, en muchas ocasiones, a «aceptar la muerte sin temor». En el anciano suele ser norma el deterioro y hasta la pérdida de muchas de sus capacidades, si bien pueden darse las compensaciones correspondientes y, a veces, hasta «ganancias absolutas», toda vez que en los sujetos de edad avanzada es más fácil el profundizar en su propia intimidad al perder, por lo menos parcialmente, relaciones y convivencias exteriores. Precisamente este mayor desarrollo del mundo interior constituye un apoyo importante para poder conservar la entereza psíquica y evitar errores perceptivos, distorsiones informativas y alteraciones en los procesos de autoevaluación, permitiendo mantener ilusiones y capacidades, evitar o combatir el desencanto y el que recuerdos de situaciones pasadas más florecientes, precipiten en la nostalgia y en la tristeza.

Nadie puede discutir el hecho de que la vejez no tiene cura ni remedios realmente eficaces; pero las manifestaciones del envejecimiento

* Profesor Emérito de la Universidad Complutense.

pueden combatirse y, especialmente, las relacionadas con los íntimos sentimientos. Antiguamente se recurría a la magia o prácticas ocultas para devolver energía y pujanza a los sujetos decrepitos o caducos; actualmente el mejor conocimiento de lo que debe ser un vivir sano, permite dar «mayor vida a los años» y en tal sentido son destacables los esfuerzos de las diversas Asociaciones de Gerontología y de Geriatria. Fruto de los avances en estos campos y de la Sanidad en general, es que en Centroeropa el índice de envejecimiento de la población se haya situado en el 17 % y se supone que alcanzará el 20 % en el siglo próximo; en nuestro país, tales índices se sitúan en el 13 y 16 %, respectivamente. Es, por tanto, evidente el progresivo crecimiento de los índices de envejecimiento de la población, pudiéndose admitir que en España más de cinco millones de sujetos superan los 65 años y, aproximadamente, un millón los 80 años. Todos estos datos son fácilmente comprobables y aunque sean discutibles los mecanismos del envejecimiento, el hecho es que se llega a un estado evolutivo fisiológico en el que disminuye la capacidad de adaptación y de regulación, de amplias repercusiones generales y así los estudios estadísticos acreditan que un 15 % de las personas de más de 65 años tienen dificultades para cubrir las exigencias de la vida ordinaria, elevándose ese porcentaje hasta prácticamente el 50 % cuando se superan los 80 años.

En las edades avanzadas son frecuentes y hasta característicos los cambios involutivos determinados por una gradual desecación y disminución de la elasticidad tisular, la hipotrofia y atrofia celular, la menor capacidad homeostática y de la regulación en general, la degeneración progresiva de sistema nervioso con disminución de las capacidades sensoriales y psíquicas, siendo lo más frecuente una polipatología, a veces de gran complejidad. Pero tampoco es raro que en las edades avanzadas se conserve un buen estado físico y mental que unido a la experiencia adquirida, al mayor entendimiento, la capacidad de recuerdo y la sensibilidad, permiten situar a estos ya ancianos muy lejos de una regresión incapacitante. Como destacaba RAMON Y CAJAL, el cerebro senil puede mantener facultades insospechadas, si bien la diferencia esencial con el joven radique en que éste aprende más que olvida y aquél olvida más que aprende, aunque también el viejo sea capaz de aprender cosas nuevas y hasta crear obras excelsas y así, PLATON murió a los 81 años en plena capacidad creadora; MIGUEL ANGEL, considerado el artista más representativo de todo el «Cinquecento», a los 70 años realizó los dos frescos de la Capilla Paulina en el Vaticano y, en los tres últimos lustros de su vida, produjo los grupos escultóri-

cos de las «Piedades», gran número de proyectos arquitectónicos y los extraordinarios dibujos de la «Crucifixión»; CERVANTES publicó la Primera Parte del «Ingenioso Hidalgo» a los 58 años y terminó esta obra genial diez años más tarde. Estos datos son ejemplo de las muchísimas obras célebres realizadas por personas de elevada edad, aunque también es cierto que estos casos son excepcionales y, por hacer referencia a datos concretos, podemos citar que la mayoría de los Premios Nobel actuales tienen menos de 60 años, lo que ratifica que el hombre alcanza su máxima capacidad creadora hacia el cuarto decenio y, a partir de un óptimo, va decreciendo progresivamente hasta el fin de sus días.

No obstante es un hecho sobradamente comprobado que el envejecimiento afecta el psiquismo en un porcentaje elevado de sujetos, aunque como destaca el Prof. ALONSO-FERNANDEZ, la psicología del anciano normal no pueda presentarse como una «psicología del deterioro». Los estudios actuales epidemiológicos acreditan que en las últimas generaciones se ha elevado considerablemente la frecuencia de depresiones en los sujetos de edades avanzadas y preferentemente en las mujeres, aunque en los hombres la evolución de la prevalencia no les sean tan favorable. La conclusión de múltiples estudios es que la incidencia de la depresión aumenta con la edad, alcanzando en los sujetos de 65 años o más, que viven en comunidad, una prevalencia puntual entre el 14 y el 20 %, que en los ancianos hospitalizados con enfermedades somáticas se eleva hasta el 30 %. Las cifras de morbilidad para la depresión son particularmente elevadas en los ancianos institucionalizados. Todos estos datos evidencian que la depresión es un trastorno psiquiátrico común en las edades avanzadas, siendo el riesgo de padecerla dos o tres veces superior al propio de otras edades.

La depresión es un trastorno psíquico caracterizado por la tristeza, pesimismo, abandono, angustia y tantos otros penosos sentimientos de inseguridad y fracaso que pueden llevar, incluso al suicidio; pero, además, este síndrome no respeta sexos, clases sociales, circunstancias personales ni tampoco edades, si bien en los sujetos de edades avanzadas estas manifestaciones alcanzan considerable frecuencia, pudiendo jugar en su presentación un papel importante la jubilación que, aunque esperada, es siempre aflictiva al condicionar una nueva situación caracterizada por el alejamiento de lo que han sido labores habituales, aislamiento y hasta sentimientos de inutilidad que unidos a resonancias somáticas diversas, pueden hacer la vida insufrible. Los psiquiatras alemanes han defendido que la desaparición de las tensiones emocionales ordinarias es determinante, en muchos suje-

tos, de estados depresivos y, por el contrario, la actividad física y las ocupaciones laborales, aunque sean sencillas, se constituyen en armas eficaces para prevenir la depresión.

Naturalmente, hay muchos grados de depresión y muy diferentes sus significaciones, desde las pequeñas manifestaciones de tristeza y pérdida de «humor», hasta las que se consideran «depresiones mayores» o «depresiones clínicas», casi siempre incapacitantes en mayor o menor grado. La depresión no es por tanto un proceso único o invariable si bien les presta cierta unidad la sintomatología: tristeza, pérdida de interés por personas y cosas, cambios frecuentes de carácter, alteraciones del sueño, menor capacidad física, sentimiento de culpabilidad y, con gran frecuencia, manifestaciones somáticas tales como algias de distintas localizaciones, parestesias, dispepsias, trastornos del tránsito intestinal, alteraciones del ritmo cardíaco, etc.

Las depresiones pueden presentarse a todas las edades, pero precisamente en la ancianidad se pueden encontrar formas sintomáticas comparables a las de las personas más jóvenes, pero son particularmente destacables las denominadas «melancolías de involución» con negativismo y oposición sistemática, las «depresiones neuróticas» y «depresiones reaccionales» con somatizaciones destacadas, inercia, apatía, etc.; las «depresiones atípicas» con sus muy diversas variantes, así como las consideradas «depresiones de las personas institucionalizadas» que se exteriorizan en forma de protesta, inadaptación, intolerancia, etc., siendo destacables en estos diversos cuadros depresivos las alteraciones del sueño, bien sea con dificultad de conciliación, irregularidades en su implantación, duración, intensidad, etc.

A pesar de sus distintas peculiaridades, muchas veces se hace difícil distinguir o establecer límites precisos entre las diferentes depresiones, si bien se disponga de cuestionarios que pueden ayudar eficazmente en este sentido. Entre ellos figura el I.D.S. (Inventario de Depresiones BECK), pero consideramos del mayor interés el «Cuestionario Estructural Tetradiimensional para las Depresiones» del Prof. ALONSO-FERNANDEZ y sus cols. que, como su propia denominación indica, establece las siguientes cuatro dimensiones a determinar en las depresiones: la primera es el humor depresivo, caracterizado por la efectividad muy alterada y vinculada al sentimiento de culpa; la segunda es la anergia o falta de energía, manifestada en forma de apatía, desinterés, aburrimiento, astenia, indecisión, pérdida del apetito sexual, caída del pelo, etc.; la tercera es el bloqueo de la comunicación, el desinterés por las informaciones exteriores, soledad,

irritabilidad, etc., y la cuarta hace referencia a las alteraciones del sueño y del apetito.

En general, en las depresiones los trastornos de la afectividad, de la actividad física y mental, así como toda una larga serie de datos subjetivos, psíquicos y somáticos, son de la mayor importancia para un diagnóstico acertado; pero también es conveniente intentar su cuantificación, según establece el sistema propuesto por el Prof. ALONSO-FERNANDEZ.

En relación con el diagnóstico etiológico, las depresiones pueden ser: endógenas, neuróticas, somatógenas, etc.; pero, en los sujetos de edades avanzadas, interesan especialmente las que se consideran formas situacionales, relacionadas con causas socioculturales, en particular la insolidaridad, el abandono, las dificultades económicas, etc.

Por lo que respecta a la patogenia de las depresiones, se puede admitir como rasgo común la disminución en la tasa de neurotransmisores en cerebro, que puede llegar hasta el 30 a 40 % en el caso de las catecolaminas y sus precursores, menos acusada en las indolaminas, siendo también destacable el aumento de la actividad de las mono-amino-oxidasas, lo que podría relacionarse con la mayor destrucción y subsiguiente descenso de las aminas cerebrales.

Admitido que las alteraciones de los neurotransmisores constituyen base biogenética de los trastornos afectivos, y que su descenso interviene destacadamente en la aparición de estados depresivos, se han establecido subtipos de depresión basados en tales variaciones y así, como más frecuentes, se citan el «hipodopaminérgico», caracterizado por la anergia; el «hiposerotoninérgico» en el que predomina la impulsividad y las tendencias suicidas, y el «hiposerotoninérgico» en el que predomina la impulsividad y las tendencias suicidas, y al «hiperdopaminérgico» determinante de muchas depresiones paranoides.

Cuanto antecede pone de manifiesto una indudable semejanza patogénica en la aparición de formas depresivas y, tal circunstancia, parece justificar que también puedan establecerse semejanzas o afinidades en los posibles tratamientos de estos cuadros patológicos que, esquemáticamente, los podemos agrupar en: medicamentosos, psicoterápicos y socio terapéuticos; pero desde nuestro punto de vista y ajustándonos al tema concreto que nos ocupa, vamos a detenernos en algunas consideraciones acerca de la posibilidad de utilizar las curas balnearias en los ancianos con cuadros depresivos, basándonos esencialmente en las publicaciones de DUBOIS, VIDART, SCHULTZ, LAPP, JUNGSMANN, ULIANOVA, etc.

En el medio balneario y cuando el personal dirigente de las curas está especializado y dispone de los medios adecuados, puede hacerse una cura compleja en la que se apliquen cuantos medios puedan mejorar la evolución del proceso sometido a tratamiento, encontrando su mayor indicación en las depresiones poco intensas, pero con acusadas resonancias somáticas. Prescindiremos del **tratamiento farmacológico** que, sin duda, es de una gran eficacia y, si se utiliza debidamente, sin riesgo ni peligros; pero nos detendremos en los efectos de la **crenoterapia** o mejor de la **crenopsicoterapia** y de sus factores coadyuvantes.

En muchos depresivos de la Tercera Edad, las curas hidrotermales pueden ser muy beneficiosas y facilitar el camino hacia su recuperación. La acción curativa se inicia ya en el despacho del Médico-Director, toda vez que una amable acogida por parte del médico pueda facilitar la receptividad y la participación del paciente. Es de la mayor importancia que el deprimido se sienta escuchado, atendido e interpretado por el médico que va a dirigir su tratamiento. Es preciso que estos pacientes adquieran confianza y admitan la posibilidad de curación de su situación actual y tanto de sus padecimientos somáticos como de su aflictiva situación depresiva.

En el medio balneario es fácil y puede alcanzar alta significación la **relación médico-paciente** que, con toda su complejidad humanitaria, puede ser básica en el tratamiento de estos pacientes en los que la tristeza vital y la inhibición psicomotriz, entre otras manifestaciones, les hace refractarios a toda intervención activa en su propio provecho. Esta particular situación se puede considerar secundaria o dependiente de mecanismos somatógenos o psicógenos y, con frecuencia, requiere ineludiblemente la administración de fármacos antidepressivos pero sin que con ello se quite valor y significación a otro tipo de medidas y atenciones.

Es indudable que de ordinario, la **acción psicoterápica** que se ejerce en el medio balneario es ligera, pero aún así es importante y hasta puede ser suficiente en muchas depresiones somáticas que no requieren una psicoterapia profunda sino, simplemente, una ayuda que le facilite escapar de su situación depresiva.

El crenoterapeuta interviene muy directamente en estos tratamientos y puede conferir un valor relevante a la cura balnearia ya que a diferencia del psicoterapeuta, que trata fundamentalmente de descubrir el conflicto que en el inconsciente es determinante de la situación anormal, a él le preocupa esencialmente el «desequilibrio nervioso» y las «manifestaciones somáticas» que trata de remediar con las prácticas creno-

terápicas, ofreciendo al sujeto en cura una mayor «justificación de sus padecimientos» y una mayor esperanza de recuperación de la normalidad, como consecuencia del tratamiento que recibe y que se dirige precisamente contra sus padecimientos orgánicos.

Las diversas somatizaciones que pueden darse en sujetos depresivos, hacen múltiples los tipos de aguas y las modalidades de cura hidrotermal. Estos trastornos se caracterizan por su condición funcional, sin lesión orgánica subyacente, y estar situados en el marco de los grandes aparatos o sistemas, pero en todos los casos y sea la que fuere la localización, sus manifestaciones suelen ser atípicas, variables y negativas analíticamente. De particular interés desde el punto de vista terapéutico de la depresión, es utilizar la cura hidrotermal, en especial sus técnicas, para facilitar una psicoterapia, favorecer las «transferencias» y fortalecer la relación «médico-enfermo». La atención prestada al depresivo, coadyuva poderosamente al resultado final de la cura, por su mayor repercusión psicoterápica y facilitar la transferencia.

En este sentido la cura crenoterápica, en particular las aplicaciones tópicas, pueden ayudar extraordinariamente a los pacientes a salir de su estado depresivo, pudiéndose atribuir, al menos en parte, tales favorables efectos a las posibles acciones específicas de la cura pero muy especialmente a las acciones psicoterápicas que si bien suelen ser ligadas, pueden ser suficientes para aliviar o mejorar a muchos depresivos, pres-ándoles el apoyo y la ayuda que más les conviene para salir de su estado depresivo.

En muchos sujetos depresivos la **socioterapia** juega un importante papel puesto que estos pacientes necesitan una vida activa, de relación amable, que le evite el aislamiento y la soledad, que tanto les perjudica. En esta labor interviene, y muy activamente, el médico que ordena las prácticas hidroterápicas o crenoterápicas, la distribución de tiempos de ejercicio y reposo, etc., siendo importante que el depresivo se encuentre «ocupado» durante el mayor tiempo posible, evitando aislamiento y soledad, que incrementan la depresión y agravan sus manifestaciones.

Los ancianos con manifestaciones depresivas; en cualquier situación y circunstancia y, naturalmente, en el medio balneario, deben fomentar las relaciones sociales y, a pesar de las que puedan ser sus situaciones psicosociológicas, tratar de ocupar su tiempo en lo que les resulte más agradable o más relacionado con lo que hayan sido sus quehaceres habituales, combatiendo cuanto pueda significar inmovilidad, aburrimiento o abandono. Aunque la edad sea muy avanzada, se debe continuar laborando aún con

el convencimiento de que el rendimiento pueda ser bajo y hasta escasamente apreciado socialmente.

En este sentido de integración sintonizante psíquica y social, es muy importante la presencia de grupos convivenciales, formados espontáneamente por la clientela del Balneario sin otro fundamento que la simpatía, semejanza de aficiones u otras afinidades. Estos grupos actúan frecuentemente como psicogrupos o comunidades terapéuticas, que se comportan como los mejores propagandistas de la eficacia de la cura y de las ventajas que pueden reportar estos tratamientos, siendo frecuente que una emulación constructiva entre sus integrantes, favorezca la mejor realización de la cura.

BIBLIOGRAFIA

- ALONSO-FERNANDEZ, F. (1986) «Cuestionario Estructural Tetradsimensional para la Depresión». Tea Ediciones, S. A. Madrid.
- ALONSO-FERNANDEZ, F. (1988) «La depresión y su diagnóstico». Ed. Labor. Barcelona.
- AMELUNG, W. y HILDEBRANDT, G. (1985) «Balneologie und medizinische Klimatologie». Springer-Verlag. Berlin - Heidelberg.
- ARMIJO, M. (1988) «La cura balnearia en el tratamiento de procesos neuróticos e infraneuróticos». Bol. Soc. Esp. Hidrol. Méd., vol. II, n.º 1, 29.
- BENOIT, O. (1988) «Vieillesse et troubles du sommeil». Concours Médical, 33, 2923.
- BLAZER, D. y WILLIAMS, C. D. (1980) «Epidemiology of dysphoria and depression in an elderly population». Amer. J. Psychiatry, 137, 439.
- BORAUD, J. M. (1988) «La psychiatrie face aux troubles mentaux des personnes âgées». Rev. Gériatr., 13, 79.
- BUSSE, E. W. y PFEIFFER, E. (1977) «Behavior and adaptation in late life». Little Brouw and Co. Boston.
- CALLE, A. (1988) «Depresión». Tribuna Médica, 10-16 marzo, 26.
- CARBONELL, C. (1988). «Depresión, clínica y clasificaciones». Tribuna Médica, 28-X y 3-XI.
- CHAMPEVILLE DE BOISJOLLY, F. (1987) «Anxiété, stress et relaxation». Ann. Kinésithér., t. 14, n.º 6, 309.
- CROS, G. (1989) «Le vieillissement physiologique». Cah. Kinésithér. fasc. 135, n.º 1, 7.
- DUBOIS, J. Cl. (1989) «La Crénothérapie dans la réadaptation en Psychiatrie», en «Crénothérapie et Réadaptation». Ch. Hurisson. Masson. Paris.
- FERRY, G. (1987) «Psychopathologie du sujet âgé». La Pratique Médicale, 17, 11.
- FINLAYSON, R. E. y MARTIN, L. M. (1982) «Recognition and management of depression in the elderly». Mayo Clin. Proc., 57, 115.
- GUALTIEROTTI, R. (1981) «Medicina Termale». Lucisano Ed. Milano.
- LA GANIERE, S. (1987) «Physiologie de la Sénescence», en Précis Pratique de ériatrie. Arcan-Hebert-Edisen Maloïne. Paris, 3, 41.
- LAPP, E. A. (1959) «Die Balneotherapie von Nervenkrankheiten». Deutscher Bäderverband e. V. Bonn.
- LEBLANC, B. (1989) «Psychologie et Vieillesse». Cah. Kinéthér., fasc. 135, n.º 1, 36.
- MAGNI, G.; SCHIFANO, F., y DE LEO, D. (1986) «Assesment of depression in an elderly medical population». J. Affective Disorders, 11.
- MARTIN, C. (1989) «Vieillesse et Pathologies». Cah. Kinésithér., fasc. 135, n.º 1, 12.
- ULIANOVA, L. A. (1975) «Terapia sanatorial de las formas persistentes de nerastenia con trastornos vegetativos viscerales». C. M. Sovietskaya Meditsina, 41.
- VIDART, L. (1972) «Thermalisme psychiatrique et mouvement institutionnel». Presse Ther. Clim., 10, 64.

Balneario de ALANGE

BADAJOS (a 18 km. de Mérida)

— AGUAS MINEROMEDICINALES RADIATIVAS —

INDICACIONES:

- Afecciones de sistema nervioso:
Depresiones, stress, insomnio, irritabilidad, estados infraneuróticos, etc.
- Reumatismos crónicos en todas sus localizaciones.
- Mialgias y neuralgias.
- Procesos crónicos de vías respiratorias.

INSTALACIONES:

- Piscinas de agua naciente, baños, duchas y chorros.
- Aerosoles. Cura de Kneipp.

TEMPORADA OFICIAL: 1 DE JUNIO A 15 DE OCTUBRE

Información: BALNEARIO DE ALANGE, S. A.
c/. Baños, 56 - 06840 ALANGE (Badajoz)
Avda. de Colón, 6 - 06005 BADAJOZ

Teléfonos:
(924) 23 14 03 - 35 01 75
Ext. 6 y 13