

Efectos de la balneoterapia en la autopercepción de salud y el estado afectivo de los ancianos

María Dolores González Céspedes^a, Jesús López-Torres Hidalgo^b y Coral Santos Rodríguez^a

^aCentro de Salud. Hellín. Albacete.

^bGerencia de Atención Primaria. Albacete. España.

RESUMEN

Hay poca evidencia en la literatura de los potenciales beneficios que los tratamientos balneoterápicos producen en la autopercepción de salud y el estado afectivo de los ancianos.

Los sujetos estudiados fueron ancianos de 65 o más años que solicitaron tratamiento balneoterápico. El cuestionario incluía la escala de depresión geriátrica de Yesavage, salud autopercebida, variables sociodemográficas e información cualitativa sobre el consumo de medicación. Las afecciones osteoarticulares fueron el motivo más frecuente de derivación (98%). Se obtuvo una mejoría en la salud autopercebida del 35,5% después del tratamiento balneoterápico ($p < 0,001$), así como una mejoría en los trastornos del ánimo ($p < 0,006$).

Palabras clave

Ancianos. Balneoterapia. Autopercepción de salud.

Effects of spa therapy upon self-perceivement of health and emotional disorders of the elderly

ABSTRACT

There is little evidence in the literature to suggest potentially beneficial effects of spa therapy upon self-perceivement of health and emotional disorders of the elderly.

Subjects was persons 65 years or older who had requested crenotherapy. The questionnaire included the Yesavage scale, self-percevement of health, demographic data and qualitative information about drug intake. Most frequently cited health problems were osteoartritic (95%) these representing the prime reason for spa therapy. Self-percevement improve 35,5% after spa-therapy ($p < 0.001$) and reduce prevalence of depression ($p < 0.006$).

Key words

Elderly. Spa-therapy. Health self-perceivement.

Correspondencia: Dra. M.D. González Céspedes.
Severo Ochoa, s/n. 02400 Hellín. Albacete. España.
Correo electrónico: glezcespedes@eresmas.com

Recibido el 14-5-2006; aceptado el 31-10-2006.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población es un hecho irreversible. El número de ancianos crece en los países desarrollados y éstos cada vez alcanzan edades más elevadas. En España el número de personas mayores de 65 años es del 17%¹. En 1990 la OMS adoptó el término «envejecimiento activo» para definir el proceso por el que se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida con el fin de ampliar la calidad de vida en la vejez. Para conseguir este resultado existen múltiples medidas, entre las que se encuentran las higiénicas y dietéticas, el ejercicio físico regular y la balneoterapia, que ha sido promovida en los últimos años por organismos oficiales (Programa de Termalismo Social del IMSERSO).

Por balneoterapia se entiende el tratamiento de las enfermedades por medio de los baños y aguas minerales, gases y peloides naturales. La balneoterapia engloba la cura hidrotermal en su totalidad, no sólo el empleo de aguas mineromedicinales y sus técnicas de administración, sino también las influencias psíquicas que la colonia balnearia ejerce en el paciente, así como las condiciones atmosféricas y meteorológicas². Con nuestro estudio hemos evaluado la repercusión de la balneoterapia en la autopercepción de salud y el estado afectivo de los pacientes ancianos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio observacional longitudinal. Se analizaron los resultados obtenidos en ancianos antes y después de que acudieran a un balneario para recibir tratamiento. Las características de este estudio permiten un diseño de medidas repetidas por establecer comparaciones de variables en diferentes observaciones en los mismos sujetos. La inclusión en el estudio se realizó mediante muestreo consecutivo de los ancianos de 65 o más años que solicitaron acogerse al Programa de Termalismo Social (IMSERSO). Previamente a la recogida de datos, se

calculó un tamaño muestral de 107 sujetos, considerando una proporción esperada de mejoría en la capacidad funcional del 20% ($\alpha = 0,05$; $\beta = 0,10$). Se planteó un incremento en el tamaño muestral de un 10% para prevenir pérdidas o no respuestas (no acudir al balneario o ser excluidos del programa del IMSERSO, así como decidir no colaborar en el estudio). Se analizaron variables descriptivas tales como características sociodemográficas (sexo, edad, estado civil, nivel de instrucción, categoría social basada en la ocupación), utilización de servicios sanitarios, problemas de salud crónicos y consumo de medicación, así como los motivos de remisión al balneario. Otras variables fueron: autopercepción de salud (pregunta cerrada con 5 opciones de respuesta: muy buena, buena, regular, mala y muy mala), estado cognitivo (Cuestionario de Pfeiffer), estado afectivo (Escala de Depresión Geriátrica de 15 ítems [GDS]).

Se elaboró un cuestionario, que aplicó personal médico de marzo de 2003 a octubre de 2004. En todos los casos la audición fue adecuada y el estado cognitivo, apropiado para completar las entrevistas, las cuales tuvieron lugar en consultas de atención primaria.

Para describir las variables se calcularon porcentajes y medidas de tendencia central o dispersión, según su naturaleza. La asociación entre 2 variables cualitativas se analizó con una prueba de comparación de proporciones en grupos independientes (χ^2), y se recurrió a la prueba exacta de Fisher en caso necesario. En la comparación de proporciones observadas en los mismos sujetos (medidas repetidas) se empleó la prueba de simetría de McNemar. Para estudiar la relación entre una variable binaria y una cuantitativa, se utilizó la prueba de la t de Student. Se utilizaron pruebas no paramétricas si la distribución de alguna de las variables presentaba anomalías o al comparar grupos pequeños, cuando se vulneraban los supuestos de normalidad e igualdad de variancias.

RESULTADOS

De los 158 ancianos entrevistados inicialmente, recibieron tratamiento balneoterápico 116 (73,42%). Todos ellos fueron citados para ser nuevamente entrevistados tras el tratamiento. De los 116 pacientes citados, acudieron 108, de lo que resulta una tasa de respuesta del 93,1%.

La media \pm desviación estándar de la edad de los sujetos entrevistados fue de $70,8 \pm 4,4$ años. El 65% fueron mujeres, y el 71% de los ancianos estaban casados. La mayoría de los ancianos declararon un bajo nivel de escolarización (el 50% de ellos sólo sabían leer y escribir). La mayoría (62%) de los pacientes estaban en la categoría IV de la clasificación de la clase social basada en la ocupación, lo que corresponde a trabajadores manuales cualificados y semicualificados. La duración media del tratamiento crenoterápico fue de 13 días. Dichos tratamientos se muestran en la tabla 1.

TABLA 1. Porcentaje de pacientes que reciben diferentes tipos de crenoterapia

Crenoterapia	Frecuencia, n (%)
Cura hidropínica	10 (9,2)
Baños	95 (87,9)
Chorros	62 (57,4)
Duchas	13 (12)
Masaje	4 (3,7)
Peloides	17 (15,7)
Inhalaciones	29 (26,8)
Piscina	67 (62)
Gimnasio	2 (1,8)
Otros	18 (16,6)

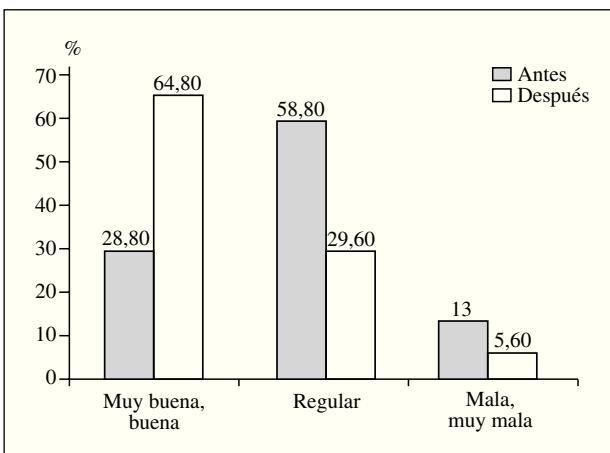


Figura 1. Autopercepción de salud: antes y después de la balneoterapia.

Durante la primera entrevista, antes de recibir crenoterapia, el 28,8% de los ancianos calificó su salud como muy buena o buena; el 58,3%, como regular y el 13%, como mala o muy mala (fig. 1). Tras recibir crenoterapia, el 64,8% la definió como muy buena o buena; el 29,6%, como regular y el 5,6%, como mala o muy mala. De 77 ancianos que en la primera encuesta declararon una peor salud autopercebida (regular, mala, muy mala) se pasó a 38, lo que supone una mejoría del 35,2%. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas ($p < 0,001$).

Los problemas de salud más frecuentemente declarados por los ancianos fueron: afecciones osteoarticulares (87,9%), hipertensión arterial (40,7%) y dislipemias (17,59%). En relación con estas enfermedades, los fármacos más consumidos fueron los correspondientes a los subgrupo de los analgésicos (50,7%), los hipotensores (42%), los antiácidos (23,7%) y los antiinflamatorios no esteroideos (19,3%). El número medio de medicamentos consumidos antes de acudir al balneario fue $2,46 \pm 1,46$ y después de recibir tratamiento crenoterápico, $1,98 \pm 1,38$, una diferencia (0,48 medicamentos; intervalo de confian-

za del 95%, 0,37-0,60) estadísticamente significativa ($p < 0,001$). El motivo más frecuente de derivación al balneario fue las afecciones osteoarticulares (98%); en segundo lugar, las respiratorias (15,7%), y en tercer lugar, las psiquiátricas (8,3%).

El 25% de los ancianos obtuvo una puntuación ≤ 5 (depresión leve o establecida) en la escala GDS, y disminuyó al 15% tras recibir crenoterapia. La diferencia fue estadísticamente significativa ($p < 0,006$) entre la puntuación final y la alcanzada por los ancianos de la muestra en esta escala durante la primera evaluación.

DISCUSIÓN

La efectividad de la crenoterapia ha sido evaluada en personas de distintas edades y diferentes situaciones de salud. En nuestro estudio se ha realizado en personas de 65 o más años que cumplieron los criterios requeridos por el IMSERSO para recibir balneoterapia (no tener trastornos mentales graves, ser independientes para las actividades básicas, necesitar los tratamientos solicitados y no tener contraindicaciones).

El papel fundamental de la crenoterapia es participar en la prevención de las enfermedades aceleradas por el envejecimiento³. Es necesario destacar la elevada prevalencia de afecciones osteoarticulares (88%) entre los pacientes que solicitan recibir crenoterapia, que son el motivo más frecuente de remisión al balneario (98%). Con la edad se produce un envejecimiento osteoarticular con frecuentes síntomas crónicos y recidivantes en los que la cura termal tiene su mayor indicación⁴. En los balnearios se interviene a diferentes niveles, aplicando medidas antiálgicas, así como cinesiterapias que facilitan la marcha y disminuyen el dolor.

Últimamente se ha renovado el interés por las medidas no farmacológicas en el tratamiento de la hipertensión arterial, que aparece en segundo lugar entre los problemas de salud manifestados por los ancianos. En un estudio previo⁵ se evaluó la presión arterial antes y después de la balneoterapia, y se observó una disminución de las cifras tensionales. El tercer problema de salud, también susceptible de mejoría con tratamiento termal, fue las enfermedades psiquiátricas. Es importante destacar la favorable influencia psíquica que la balneocinesiterapia ejerce al facilitar el movimiento dentro del agua, aumentar la confianza en uno mismo y la autoestima y devolver la esperanza de mejoría⁶.

Tras el tratamiento termal se observó una disminución del número medio de medicamentos. La complejidad del consumo de medicamentos en ancianos obliga a considerar si realmente es necesaria la utilización de cada fár-

maco, deliberar las prescripciones en el tiempo y evaluar en cada visita médica la necesidad de continuar con dichos tratamientos. El consumo de fármacos es uno de los mayores predictores de mortalidad, por lo que es adecuado que en los exámenes de salud en la población mayor se contemple, además de una evaluación biomédica, una revisión de la capacidad funcional y del consumo de medicación⁷. Ante los riesgos del elevado consumo de medicamentos, se hace necesario buscar otras alternativas de tratamiento, entre las que se encuentra la hidrología médica.

La autopercepción de salud mejoró tras la balneoterapia. Antes de acudir al balneario, el 71,3% de los ancianos definió su salud como regular, mala o muy mala. Este porcentaje disminuyó al 35,2% tras la cura balnearia.

Mediante la escala GDS se comprobó que, antes de acudir al balneario, hasta el 25% de los ancianos podría tener un trastorno del ánimo, y la cifra se redujo al 15,7% al final del estudio. Según estos resultados, que corroboran hallazgos previos⁸⁻¹⁰, se puede concluir que una considerable proporción de pacientes con trastornos depresivos puede beneficiarse del tratamiento balneoterápico.

En conclusión, la evaluación de la situación de salud de los mayores que son remitidos a balneoterapia, incluyendo la autopercepción de salud y el estado afectivo, ha permitido conocer la repercusión multidimensional de dichos tratamientos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Regato P. El envejecimiento activo desde la perspectiva de la atención primaria. *Jano*. 2003;64:1408-14.
2. Armijo M. Aguas mineromedicinales. Conceptos generales. En: Armijo Valenzuela M, San Martín Bacacoa J, editores. *Curas Balnearias y Climáticas. Talasoterapia y Helioterapia*. Madrid: Complutense; 1994. p. 11-6.
3. San Martín J, Armijo M. Balneoterapia en el anciano. En: Parreño Rodríguez, editor. *Rehabilitación en Geriatría*; 1990. p. 311-27.
4. Lauraza V. Le vieillissement ostéo-articulaire. *Presse Thermale et Climatique*. 1992;129:281-2.
5. Hernández A, Ramón J, Martel N, Cuenca E, Márquez J. Resultado de la acción crenoterápica con aguas sulfuradas y peloides y otras medidas no farmacológicas sobre la tensión arterial en el balneario. *Boletín de la Sociedad Española de Hidrología Médica*. 2000;15:35-46.
6. Armijo M, San Martín J. Hidroterapia y crenoterapia en el tratamiento de la inflamación reumática crónica. *Rheuma*. 1982;Supl:82-90.
7. Incalzi AR, Capparella O, Genoma A, Procedde P. A simple methode of recognizing geriatric patients at risk for death and disability. *J Am Geriatrics Society*. 1992;90:34-8.
8. Strauss-Blasche G, Ekmekcioglu C, Klammer N, Markl W. [The change of well-being associated with spa therapy]. *Forsch Komplementärmed Klass Naturheilkd*. 2000;7:269-74.
9. Guillemin F, Virion J, Escudier P, Talance N, Weryha G. Effect on osteoarthritis of spa therapy at Bourbonne les bains. *Joint Bone Spine*. 2001;68:499-503.
10. Constant F, Guillemin F, Collin J, Boulange M. Use of spa therapy to improve the quality of life of chronic low back pain patients. *Med Care*. 1998;36:1309-14.