

IX SESIÓN CIENTÍFICA

DÍA 1 DE ABRIL DE 2003

PRESIDIDA POR EL EXCMO. SR.
D. AMADOR SCHÜLLER PÉREZ

**ENVEJECIMIENTO «CANSANCIO DE LA VIDA»
CURAS BALNEARIAS**

***AGING «FATIGUE OF LIFE»
SPA CURES***

Por el Excmo. Sr. D. MANUEL ARMIJO VALENZUELA

Académico de Número

**LA DISPEPSIA FUNCIONAL. EL MÉDICO
Y EL ENFERMO**

***FUNCTIONAL DYSPEPSIA: THE PATIENT
AND THE DOCTOR***

Por el Excmo. Sr. D. MANUEL DÍAZ-RUBIO GARCÍA

Académico de Número

ENVEJECIMIENTO «CANSANCIO DE LA VIDA» CURAS BALNEARIAS

AGING «*FATIGUE OF LIFE*» *SPA CURES*

Por el Excmo. Sr. D. MANUEL ARMIJO VALENZUELA

Académico de Número

Resumen

El envejecimiento es proceso involutivo, influido por las circunstancias imperantes durante la vida del sujeto. Estudios biológicos han fijado la esperanza de vida en 120 años, pero ese valor es difícilmente alcanzable, aun con atenciones sanitarias trascendentes. En los ancianos es característica la «polipatología», los trastornos de orden psíquico y sensorial, ofreciendo particular relevancia el denominado «cansancio de la vida» que puede llegar a ser incapacitante.

Las curas balnearias y las favorables influencias climáticas y ambientales, bajo el control del Médico-director del establecimiento balneario, pueden ser muy favorables.

Abstract

The process of getting old involves involution and is influenced by the personal circumstances which affected the person's life.

Biological studies have established the «hope of life» in 120 years, even if that age is hard to reach for people who lead an ordinate life.

To grow old does not mean being ill though it carries frequently «pluripathology», certain functional troubles such as the psychical and sensorial ones. The «fatigue of life» has special importance as it can get to be incapacitant. Balneotherapeutic cures can be very beneficial. The Crenotherapy and the climatological influence and the sociotherapy under the control of the Doctor, can be very favorable.

Como destacaba el Prof. Fernández-Cruz en 1974, es difícil resumir los distintos procesos que llevan a la etapa de la vida que se considera «vejez», siendo un hecho que el envejecimiento está en gran parte condicionado por un matiz personal.

Es también un hecho que el envejecimiento supone involución y determinar con cierta precisión cuando se inicia es difícil. El proceso del envejecimiento es siempre involutivo, iniciándose a edades variables en los distintos sujetos, estando influido por las condiciones en que se ha vivido, las actividades laborales, las enfermedades padecidas y tantas otras circunstancias, que se hace difícil establecer condiciones taxativas al respecto. No obstante, se han emitido múltiples teorías y así, atendiendo a la facultad de división de las células diploides del ser humano, que es limitada, se han fijado los márgenes máximos de vida entre 80 y 120 años. Otros estudios fijan la «esperanza de vida» en el séxtuplo del período de crecimiento y, dado que en los humanos la soldadura de los huesos largos de las extremidades se produce hacia los 20 años de edad, la «esperanza de vida» podría fijarse en 120 años; pero la práctica evidencia que los valores reales son mucho más bajos.

En ambos sexos se comprueba que las circunstancias de sus vidas influyen en la «esperanza de vida» y los últimos datos demográficos de la población española establecen una «esperanza de vida» al nacer de, aproximadamente, 75 años para el hombre y 82 años para la mujer.

Recientemente, un informe de Naciones Unidas hacía público que era admisible el que uno de cada diez españoles superase los 80 años de edad en el año 2050, siendo precisamente esa edad la admitida para los países de mayor índice de desarrollo. Actualmente la «esperanza de vida» en España es de 78,8 años, valor muy estimable y más si se consideran los admitidos en tiempos pasados en otros países, y así: Hipócrates (500 años a.JC.) lo fijaba en 56 años; Dante (siglo XIV) en 45 años; Paracelso (siglo XVI) en 50 años y, muy recientemente, el anatomopatólogo Aschoff en 45 años. El promedio de todos esos valores es 49 años, pudiéndose admitir esa edad como comienzo de la *presenescencia* o *envejecimiento*, si bien se haya establecido oficialmente el comienzo de la vejez en 65 años, admitiéndose como *baja vejez* hasta los 75 años y *alta vejez* a partir de esa edad. Es también de considerar el que se haya establecido un período denominado *prevejez*, fijado entre la edad de máxima capacidad y los 55 años, en que se inicia la *presenescencia* o *envejecimien-*

to, a partir de los 65 años la *vejez* y pasados los 90 años la *senilidad*. Todos esos valores son significativos pero pueden tener variaciones destacadas en los distintos individuos, según hayan sido sus condiciones vitales y circunstancias personales.

Un problema del mayor interés es el *mecanismo de la vejez*, considerándose causa principal del envejecimiento la *deshidratación* de los sectores celulares e intersticiales, siendo también destacable la sustitución o *reemplazo de las células nobles tisulares* por tejido conjuntivo, con la consiguiente deficiencia funcional a todos los niveles si bien sea más patente en sistema nervioso, función endocrina, piel y anexos.

El hecho es que el paso del tiempo implica la implantación de los procesos de tipo involutivo, caracterizados por la gradual desecación, hipotrofia celular, etc., siendo destacable que la degeneración progresiva del tejido nervioso disminuye las capacidades sensoriales y psíquicas. Estas acciones involutivas que afectan a todos los tejidos y a todos los niveles son, afortunadamente, asincrónicas y variables en los distintos sujetos y, como destacaba el Prof. Fernández-Cruz, son irregulares en su evolución, pudiéndose admitir que hasta que la falta de adaptación al medio vital no se haga efectiva, no se ha llegado a la vejez. Por otra parte, es preciso establecer diferencias entre vejez y enfermedad y que las personas no mueren por vejez sino por enfermedad, toda vez que el envejecimiento es una fase normal en todos los seres vivientes, de carácter involutivo e inexorable, pero no mortal; pudiéndose actuar favorablemente sobre sus más destacadas manifestaciones.

Ya en el *Corpus Hippocraticum* (400 años a.JC.), en sus más de cien libros y legajos, se destacaba la conveniencia de que las personas de avanzada edad, moderasen la alimentación, el ejercicio físico y cuanto les pudiera ser alterante y Galeno (160 años a.JC.) recomendaba que estas personas fueran prudentes en la comida, las bebidas, el ejercicio físico y en las «pasiones del alma».

Mucho más recientemente, ya en el siglo XVI, Luigi Cornaro en su obra «Della vita sobria» recomendaba «moderación» y «templanza» en las edades avanzadas y Hufeland, a principios del siglo XIX, concretaba tales normas en su principal obra titulada *Macrobiótica*, dedicada a dar consejos para conservar un aceptable estado de salud, en esas edades.

El atender convenientemente a las personas de ya avanzada edad, ha sido siempre preocupación de la clase médica y tanto más cuan-

do las estadísticas acreditan que el porcentaje de personas de más de 65 años en relación a la población total, que era de 9,78 % en 1970, alcanzó el 15,14 % en el año 2000; abrigándose la esperanza de que llegarán a los 80 años, un alto porcentaje de estas personas.

A este respecto podemos recordar que estudios estadísticos de los años ochenta evidenciaban que, por entonces, un tercio de las consultas de los ambulatorios de la S.S. correspondían a pacientes de más de 65 años y que, en su mayoría, no alcanzaban plena recuperación, a pesar de los tratamientos impuestos. Además, era comprobable en estas personas una vulnerabilidad acentuada a todo tipo de agresiones, menor defensa natural y menoscabo funcional.

Por otra parte, los Servicios de Geriátría atestiguan que en las personas de edad avanzada son predominantes los trastornos sensoriales, osteoarticulares, respiratorios, cardíacos, urinarios y digestivos; pero *en esta Comunicación nos vamos a referir exclusivamente a los trastornos de orden psíquico*, en particular a los de la capacidad sensorial y de la memoria, irritabilidad, angustia y depresión, así como a las penosas situaciones de abatimiento y hasta de pérdida de la considerada «*personalidad concordante*».

Son también numerosas las personas de avanzada edad que consideran que su situación actual evidencia que toda su vida pasada ha sido un fracaso, reaccionando con estados de tensión y excitación en los casos no muy acusados y de abatimiento y depresión en los más graves. La mayoría de estas personas conservan su capacidad de discurrir, pero dista de ser normal su interpretación de los hechos, pasados y actuales.

Afortunadamente, son numerosas las personas de edad avanzada que conservan la normalidad psíquica y social. A título de ejemplo, podemos recordar a personas con más de 80 años como: Platón, Calderón de la Barca, Benavente, Víctor Hugo, Goya, etc. y con más de 90 años como: Pitágoras, Adenauer, Russell, Menéndez Pelayo, etc. que, hasta su muerte, mostraron sus capacidades en las Artes, la Literatura, la Política, etc. y, concretamente, en Medicina, podemos citar como personalidades extraordinarias de avanzada edad a: Ramón y Cajal, Jiménez Díaz, Marañón, Salamanca, Velázquez, Laín Entralgo, Botella, etc. A este respecto podemos recordar que Azorín consideraba que, en muchas personas, la edad avanzada acrecienta la capacidad de síntesis, peculiaridad trascendente en las Ciencias y en las Artes.

Aun teniendo en cuenta tales personalidades, es forzoso admitir

que la edad avanzada puede ser determinante de trastornos diversos en su sentir y en su comportamiento, teniendo además una peculiar patología que justifica el que en la práctica geriátrica se admita que cuando, en estos pacientes, el diagnóstico es de menos de tres padecimientos, es que algo se ha pasado por alto. Precisamente esta polipatología puede ser determinante de tratamientos complejos y el que, en los médicos, se puedan dar dos posiciones extremas: la de los escépticos, que no confían en los tratamientos por considerar que la vejez es una situación irreversible y, por el contrario, la de los optimistas, que intentan combatir todas las manifestaciones del envejecimiento mediante el uso de múltiples medicamentos y prácticas terapéuticas.

En esta Comunicación vamos a referirnos a las curas crenoterápicas y su posible indicación en el tratamiento de cuadros clínicos concernientes al psiquismo de las personas de avanzada edad, relegando la frecuente idea, imperante en años pasados, de que las personas de más de 60 años no son tributarias de curas en centros balnearios que no dispongan de unidades geriátricas especializadas. Tal interpretación se puede considerar correcta si existen contraindicaciones de este tipo de curas en determinantes pacientes; pero también son múltiples las afecciones de personas de edad avanzada que pueden beneficiarse de una acertada cura balnearia.

Por lo que respecta a la utilidad de las curas balnearias en determinadas alteraciones del psiquismo en el envejecimiento y en la senescencia, debemos insistir en que las formas graves que requieren tratamientos psicoterápicos importantes, constituyen contraindicación; pero las formas más ligeras, menos acusadas, pueden obtener considerables mejoría con las curas balnearias adecuadas y debidamente controladas. Concretamente nos vamos a referir a esa peculiar situación de determinadas personas de avanzada edad que, como destaca el Prof. Rojas, acusan lo que se considera «*cansancio de la vida*» y que, realmente, es algo inconcreto, abstracto, difuso, pero que sin una referencia clara y precisa puede llegar a ser incapacitante. A este respecto el Prof. Alonso-Fernández ha destacado que el hombre actual, muchas veces sometido a trabajos y responsabilidades excesivas para sus capacidades, es víctima de *cansancio físico y emocional*, que si es posible a todas las edades, es mayor el riesgo en las personas de edad avanzada y, tanto más, si se acompaña de marginación, segregación social y dificultades económicas, como ocurre con mayor frecuencia en las personas jubiladas que

llegan a padecer un verdadero «cuadro patológico» al que el argentino Juan Nasio ha denominado «*Jubilopatía*» y en el que, superada la tolerancia individual, se manifiestan alteraciones psíquicas de carácter cambiante puesto que no se somatotropizan, siendo esencialmente de soporte psicológico.

En estos pacientes con tal tipo de trastornos esencialmente psíquicos, son favorables: la *socioterapia*, la *estimuloterapia*, la *adecuada ambientación* y cuantos factores de esa naturaleza puedan encontrarse en los centros de orden geriátrico, tales como los denominados: centros intermedios, lugares de convivencia, centros residenciales, asilos con vigilancia geriátrica, etc., y podrían ser selectivos los establecimientos balnearios con personal especializado en el tratamiento de este tipo de pacientes. En España no disponemos de balnearios de esas características, como ocurre en Francia con los establecimientos de Nérís, Ussat, Divonne, etc.; pero, aun con marcadas diferencias, en España se dispone de balnearios que por su ambiente, prácticas crenoterápicas y dirección médica, pueden ser favorables en el tratamiento de este tipo de pacientes.

No necesitamos insistir en que, en España, los medios de que disponen nuestros establecimientos balnearios no suelen ser adecuados para tratar pacientes con grandes deficiencias psíquicas; pero sí es posible, en algunos de ellos, implantar tratamientos adecuados para mejorar cuadros geriátricos no muy acusados.

Afortunadamente, se ha podido comprobar la favorable acción de determinadas curas balnearias en el denominado «*Cansancio de la vida*», en particular con la *balneoterapia salina de baja concentración* y las *curas climáticas de mediana altitud*, que pueden ser un valioso complemento en el tratamiento de estos pacientes, como acreditan las publicaciones de Amelung, Schultz, Pratzel, etc., en Alemania; de Fontan, Besançon, Vidart, etc. en Francia y de los españoles Rojas, San Martín, Albasanz, etc.

En el tratamiento de estos cuadros depresivos en personas de avanzada edad, en los establecimientos balnearios, se recurre fundamentalmente: a la «pequeña psicoterapia», a la favorable acción del ambiente balneario y a la adecuada combinación de técnicas complementarias sencillas de acreditada eficacia en los cuadros psíquicos incipientes o poco acusados, tanto más cuanto es un hecho generalmente admitido que, en estas curas, las prácticas crenoterápicas, las nuevas relaciones, las convivencias sociales y el favorable medio psico-afectivo, pueden facilitar la mejoría psicológica de los

pacientes sometidos a tales curas; en estos casos, personas de avanzada edad con trastornos psicoafectivos.

Desgraciadamente, la brevedad de las curas balnearias habituales, supone una considerable dificultad para alcanzar un buen resultado en el «cansancio de la vida» y otros trastornos psicoafectivos de las personas de avanzada edad. Un tratamiento de dos a cuatro semanas, que son los más frecuentes, es difícil admitir que sea realmente eficaz y definitivo; pero puede ser favorable, toda vez que proporciona al sujeto en cura, un amable período de paz y serenidad, al tiempo que la acción estresante de las aplicaciones crenoterápicas, estimulan el organismo, mejoran las respuestas de tipo endocrino, las de orden nervioso y, en general, la capacidad reactiva orgánica. Finalmente, haremos referencia a que en las curas balnearias son habituales, como tratamientos complementarios: el ejercicio físico, la gimnasia, ciertas prácticas deportivas, etc. que, por realizarse en grupos, facilitan y favorecen las relaciones sociales, lo que puede contribuir en gran medida a superar la situación de «cansancio», alejar problemas personales a veces puramente imaginativos y facilitar la relación social del paciente en cura.

El Prof. Beckmann propuso, en el tratamiento de estos cuadros psíquicos, la denominada «*cura de Ohlstadt*» en la que se combina la gimnasia de grupo, la cura de terreno, la hidroterapia o la crenoterapia, el reposo adecuado y, en general, cuanto se considere adecuado para mejorar la anormal situación del paciente en cura.

Insistiendo sobre las normas terapéuticas a implantar en el padecimiento considerado «cansancio de la vida», es destacable que las formas ligeras suelen responder favorablemente a tratamientos sencillos, pero las muy acentuadas o graves, precisan tratamientos especiales, si bien puedan encuadrarse en curas balnearias bien seleccionadas y adecuadamente utilizadas y prescritas. Las curas balnearias con sus distintos procederes, pueden hacer más amables y llevaderos a las personas de avanzada edad sus padecimientos. Estas curas, en su conjunto y complejidad, pueden actuar como encuadre eficaz de distintos favorables medios afectivos, además de facilitar el mayor contacto y relación médico-enfermo y las convivencias sociales.

Todos estos distintos factores, fácilmente conjuntados en las curas balnearias, pueden ser muy favorables en el tratamiento del «cansancio de la vida», contribuyendo a proporcionar paz y serenidad a las personas que padecen este síndrome y facilitarles el que puedan superar sus problemas, a veces meramente imaginativos.

A las posibles acciones favorables de los distintos factores integrantes de las curas balnearias hay que añadir las dependientes de las *características climáticas del lugar de su emplazamiento*, siendo particularmente destacables: la temperatura ambiente, la humedad, los vientos, la altitud, el predominio de tierras o aguas marinas o fluviales, las masa de vegetación, etc. Todos estos factores pueden actuar como factores aislados o conjuntamente, pero siempre condicionando las características climáticas del lugar y los posibles efectos sobre los seres que en él habiten y, naturalmente, en el caso de las curas balnearias, sobre los curistas que en él asienten, aunque sólo sea temporalmente.

En todas las edades, pero de forma destacada en las ya avanzadas, la situación climática puede ser determinante de efectos favorables o perjudiciales, por lo que es siempre conveniente tratar de determinar previamente la respuesta que pueda producirse en las personas que se vayan a someter a la cura balnearia.

En general, el *clima marítimo y el costero* o de proximidad al mar, se consideran favorables para las personas con trastornos respiratorios o circulatorios, si bien sean destacables diferencias entre los distintos mares y el emplazamiento de las personas. En España, entre las producidas por el Cantábrico y el Atlántico en el Norte y por el Mediterráneo en el Este y en el Sur. Entre los múltiples establecimientos balnearios españoles influidos por estos mares, destacan en el *Norte*: La Toja, Caldas de Reyes y Mondariz, en Pontevedra; Arteijo y Carballo, en Coruña; Caldas de Oviedo, en Asturias; Caldas de Besayara, Liérganes y Puente Viesgo, en Cantabria, y Cestona en el País Vasco. En el Este y Sur de la Península, el mar Mediterráneo condiciona la climatología de los establecimientos balnearios de Santa Coloma de Farnérs, en Gerona; Caldas de Malavella y Caldas de Montbui, en Barcelona; Montanejos y Cofrentes, en la Comunidad Valenciana y Lanjarón, Tolox y Chiclana en Andalucía, siendo destacable por su clima marítimo el balneario de San Juan de la Font Santa en la isla de Palma de Mallorca.

El *clima de altitud*, con diferencias según la altura, es excitante y estimulante, si bien en España, con una altura media de 600 m., sólo se considera como tal si sobrepasa o se aproxima a los 1.000 m. Balnearios españoles destacables en este clima son: Caldas de Bohí (Lérida), 1.415 m.; Solán de Cabras (Cuenca), 940 m.; Graena (Granada), 930 m., etc.

El *clima de llanura*, de altura inferior a 600 m., se caracteriza por su temperatura oscilante, elevada humedad, lluvias y vientos variables. Es el más frecuente en los balnearios españoles, figurando entre ellos: Mondariz (Pontevedra), 70 m.; Carballino (Orense), 425 m.; Guitiriz (Lugo), 410 m.; Carratraca (Málaga), 541 m., etc.

En España, en un intento simplificante, se admiten dos grandes zonas: Norte y Sur. La *Zona Norte* integrada por los territorios de la Submeseta Norte y la parte septentrional de la Submeseta Sur. Esta zona se caracteriza por una temperatura media superior a 10° C, considerándose fresca y húmeda, de valores pluviométricos elevados y vientos de dirección variable según zonas. La *Zona Sur* la integran los territorios de la mitad sur de la península y parte sur de la submeseta norte. En esta zona los veranos son calurosos y los inviernos templados, siendo escasa la pluviosidad; pero aunque en esta zona prepondera la sequía, no se puede considerar zona árida.

En ambas zonas emergen numerosos manantiales de aguas de distintas características físicas y químicas, calculándose que en el territorio español pasan de 2.000 los existentes, con enormes diferencias de caudal, temperatura, mineralización, etc. Además, esas emergencias se producen en los más diversos lugares: valles, montañas, cercanía de ríos o mares, etc.

Es también un hecho comprobable que la mayoría de estas emergencias, sus aguas son utilizadas por las gentes del lugar en sus múltiples y diferentes empleos, pero rara vez son propuestas para su reconocimiento oficial como agentes terapéuticos. Podemos recordar a tal efecto que en las relaciones oficiales u oficiosas de balnearios y estaciones termales editadas a lo largo del tiempo por organismos oficiales u oficiosos, tales como: Asociación de la Propiedad Balnearia, Agrupación Nacional de Estaciones Termales, Sindicato Nacional de Estaciones Termales, Dirección General de Política Turística, MOPT, etc., figuran como estaciones balnearias unas 200 aproximadamente, valor muy alejado del ya citado de emergencias nacionales.

Seguidamente haremos referencia a unas cuantas estaciones balnearias que, emplazadas en las zonas Norte y Sur de España, son realmente destacables por sus características terapéuticas, crenoterápicas y climáticas. Destacaremos su emplazamiento geográfico, altitud, clasificación de sus aguas y la temperatura de emergencia.

ZONA NORTE

Galicia:

CARBALLINO (Orense), 425 m. *Sulfurado sódicas*, 28° C; Digestivo. Hígado.

LA TOJA (Pontevedra), nivel del mar. *Clorurado sódicas*. Ra. 37 y 60° C.

MONDARIZ (Pontevedra), 70 m. *Bicarb. CO₂*. 13° C. Ap. digestivo. Metabolismo.

Asturias:

LAS CALDAS (Asturias), 75 m. *Oligometálicas*. Ra. 43° C. Reumatismo. Respiratorio.

Cantabria:

ALCEDA (Santander), 160 m. *Cloruradas*, S. 26° C. Dermatitis. Respiratorio.

CALDAS DE BESAYA (Santander), 90 m. *Cloruradas*. Ra. 37° C. Reumatismo. Respiratorio.

LIÉRGANES (Santander), 90 m. *Sulfurado Ca*. 20° C. Respiratorio y O.R.L.

PUENTE VIESGO (Santander), 60 m. *Clorurado sódicas*. 35° C. Reumatismo y circulatorio.

Guipúzcoa:

CESTONA, 60 m. *Cloruradas, sulfatadas*. 27°-31° C. Hígado y vías biliares.

Cataluña:

CALDAS DE BOHI (Lérida), 1.500 m. *Sulfúreas. Bicarbonatadas, Ra*. Distintas temperaturas según manantiales y también distintas indicaciones terapéuticas.

CALDAS DE MONTBUY (Barcelona), 200 m. *Clorurado sódicas*. 70° C. Reumatismo.

LA GARRIGA (Barcelona), 270 m. *Oligomet. Ra*. 60° C. Reuma. Metabolismo.

VICHY CATALÁN (Gerona), 95 m. *Bicarbonatada sódica*. 60° C. Reuma. Metabolismo.

Aragón:

ALHAMA DE ARAGÓN (Zaragoza), 660 m. *Bicarbonatadas cálcicas*. 34° C. Reumatismos y neuralgias. Afecciones respiratorias.

PANTICOSA (Huesca), 1.636 m. *Oligometálicas Ra.* hasta 50° C. Digestivo. Piel.

JARABA (Zaragoza), 780 m. *Bicarbonatadas-cloruradas.* 34° C. Vías urinarias.

Navarra;

FITERO, BÉCQUER y PALAFOX (Navarra), 425 m. *Clorurado sódicas Ra.* 47° C. Reumatismos, Neuralgias y secuelas post-traumáticas.

Castilla:

CORCONTE (Burgos), 837 m. *Oligometálicas,* sulfuradas. 10° C. V. urinarias.

LEDESMA (Salamanca), 735 m. *Sulfuradas, Ra.* 48° C. Reuma. Respiratorio. Piel.

RETORTILLO (Salamanca), 625 m. *Sulfuradas, Ra.* 46° C. Reuma. Respiratorio. Piel.

SOLÁN DE CABRAS (Cuenca), 950 m. *Bicarb. cálcicas.* Reuma. Vías urinarias.

ZONA SUR

Andalucía:

ALHAMA DE GRANADA, 850 m. *Sulfatadas, bicarbonatadas Ra.* 48° C. Reumatismos. Afecciones respiratorias.

CARRATRACA (Málaga), 540 m. *Sulfuradas, bicarb. cálcicas,* 17,5° C. Piel, afecciones respiratorias y ginecológicas.

LANJARÓN (Granada), 700 m. *Distintos manantiales.*

MARMOLEJO (Jaén), 245 m. *Bicarbonatadas mixtas.* 11 y 22° C. Digestivo.

Murcia:

ARCHENA (Murcia), 122 m. *Cloruradas, sulfuradas.* 52° C. Reuma. Af. respiratorias.

FORTUNA (Murcia), 345 m. *Cloruradas, bicarb. Ra.* Reuma y af. respiratorias.

Extremadura:

ALANGE (Badajoz), 345 m. *Bicarbonatadas Ra.* 26° C. Neurosis. Psicosis. Piel.

MONTEMAYOR (Cáceres), 706 m. *Sulfuradas*, Ra. 43° C. Reuma. Respiratorio. Piel.

Baleares:

SAN JUAN DE LA FONT SANTA (Baleares), 5 m. *Clorurado sódicas*, Ra. 38° C. Reumatismos, afecciones de la piel, trastornos de aparato respiratorio, etc.

Todos estos balnearios citados, al igual que otros muchos, disponen de aguas mineromedicinales eficaces por sus acciones terapéuticas y de los servicios crenoterápicos adecuados y convenientes para el tratamiento de los pacientes en cura, pudiéndose destacar a este respecto que las consideradas *aguas radiactivas* se comportan como sedantes y reguladoras del equilibrio neurovegetativo; las *cálcicas* disminuyen la excitabilidad neuromuscular y favorecen la transmisión sináptica; las *clorurado sódicas* ejercen acción «alterante»; las *aguas sulfuradas* ejercen efectos tróficos y reguladores vegetativos; las *carbogaseosas* son ligeramente excitantes y los *baños carbogaseosos* se comportan como sedantes del sistema nervioso vegetativo, dando un cierto predominio vagal.

Las curas balnearias, en general, cuando son adecuadamente utilizadas, pueden ser favorables en determinadas distimias neurovegetativas y reportar beneficios en trastornos psíquicos geriátricos, contribuyendo eficazmente a la recuperación global de estos pacientes, haciéndoles su vivir más tolerable y sus padecimientos más llevaderos.

Las curas balnearias se consideran eficaces en el tratamiento del «cansancio de la vida», toda vez que siendo un proceso esencialmente psíquico, la «socioterapia» puede dar excelentes resultados, si se utiliza de forma adecuada y conveniente.

Tales efectos favorables son remarcables en las consideradas «formas menores» o «meras reacciones depresivas» y también en la consolidación de los efectos de curas psicoterápicas de mayor relieve. Tales ventajosos efectos son la resultante no sólo de la utilización de las aguas minero-medicinales sino también de los múltiples factores que intervienen en estas curas y entre los que figuran: las nuevas actividades diarias y el cambio de ambiente, las nuevas relaciones sociales, la ordenación dietética conveniente y, de forma destacada, la frecuente relación con el médico-director de la cura balnearia y con el personal sanitario del centro, que implantan, di-

rigen y controlan la cura establecida, de ordinario prudente y acertadamente. Esto es: con rigidez y mesura, siendo siempre deseable la laxitud suficiente para que el paciente no se considere oprimido y obligado por una rigidez excesiva que pueda considerar inaceptable.

En relación con las características generales de las curas balnearias se ha objetado que este tratamiento no pasa de ser una modalidad de «naturismo» y que este proceder ha sido considerado «medicina no científica»; pero a este respecto podemos recordar que Halfdan T. Mahler en 1974, siendo director general de la O.M.S., resaltó la conveniencia de utilizar en el tratamiento de los procesos patológicos cuantos medios se pudieran considerar útiles y eficaces, aunque no figurasen o destacaran en la considerada medicina científica o académica.

El hecho es que las curas balnearias debidamente utilizadas han acreditado su eficacia a lo largo de muchos años en el tratamiento de determinados procesos y, concretamente, en los casos a que hemos hecho referencia, en los que puede ser favorable y conveniente su adecuada utilización.

BIBLIOGRAFÍA

- ALBASANZ, J. L.: «Las curas balnearias en Geriatría», *Bol. Soc. Esp. Hidrol. Méd.* vol. VIII, n.º 3, 157, 1993.
- ALONSO-FERNÁNDEZ, F.: *Psicología médica y social*. Ed. Paz-Montalvo, Madrid, 1977.
- ALONSO-FERNÁNDEZ, F.: *Cuestionario estructural tetradimensional para el diagnóstico, la clasificación y el seguimiento de la depresión*. Ed. Tea, Madrid, 1986.
- ALONSO-FERNÁNDEZ, F.: «El hombre actual es un hombre cansado», *Previsión*, 83, 31, 1993.
- ALONSO-FERNÁNDEZ, F.: «Psiquiatría en la clínica, en la sociedad y en la cultura», *Anthropos*, 195, 2002.
- AMELUNG, W. y HILDEBRANDT, G.: *Balneologie und medizinische Klimatologie*. Springer-Verlag, Berlín, 1985.
- ARMIJO, M.: «Cura balnearia e identidad biopsicológica». *An. R. Ac. Nac. Med.*, t. C, 333, 1983.
- ARMIJO, M.: «La cura balnearia en el tratamiento de procesos neuróticos e infraneuróticos». *Bol. Soc. Esp. Hidrol. Méd.*, v. III, n.º 1, p. 29, 1988.
- ARMIJO, M.: «Depresiones en la tercera edad y cura balnearia». *Bol. Soc. Esp. Hidrol. Méd.* IV, n.º 2, p. 81, 1989.
- ARMIJO, M.: «Cansancio de la vida en el envejecimiento y curas balnearias». *Bol. Soc. Esp. Hidrol. Méd.* IX, n.º 2, 69, 1994.

- ARMIJO, M. y SAN MARTÍN, J.: *La salud por las aguas termales*. Ed. Edaf, Madrid, 1984.
- ARMIJO, M. y SAN MARTÍN, J.: *Las curas balnearias y climáticas*. Ed. Complutense, Madrid, 1994.
- Boulange, M.: *Les vertus des cures thermales*. Ed. Espaces 34. Montpellier, 1997.
- BOURLIÈRE, F.: «Vieillesse, vieillesse et maladies associées», en *Gerontologie, Biologie et Clinique*. Flammarion 1982.
- CELA, C.J.: «Viejos y ancianos». *ABC*, 25 abril 1999.
- CELESTINO, A. de: «Saber envejecer para poder vivir». *Previsión* 81, 1981. *Congreso Internacional sobre «Cansancio de la Vida»*. Madrid, 1974.
- CRUZ CANTERO, J.: *Guía de Balnearios*. Dir. Gen. Política Turista, 1986.
- CRUZ JENTOFT, A. J.: «Presentación atípica de enfermedades»; en *Geriatría*. Ribera, J. M. y Cruz, A. J. Uriach, 1991.
- DUBOIS, J. Cl.: «Les cures thermales dans le vieillissement mental». *Presse Therm. Clim.* 103, 218, 1966.
- DUBOIS, J. Cl.: «Le reppport medecin-malade en station hydroclimatique psychiatrique». *Presse therm. clim.* 111, 56, 1971.
- FERNÁNDEZ, C.: «Esperanza de vida al nacer en España». *ABC*, 23 mayo 1999.
- FERNÁNDEZ CRUZ, A.: *El libro de la salud*. Ed. Danae, Barcelona, 1975.
- LAÍN ENTRALGO, P.: *La relación médico-enfermo*. Ed. Alianza, Madrid, 1983.
- LÓPEZ-IBOR, J. J. y cols.: *Lecciones de Psicología Médica*. Masson, 1999.
- MADDOZ, V.: «Factores ambientales y psicosociales de la depresión». *Bol. Soc. Esp. Hidrol. Méd.* XII, n.º 1, 19, 1997.
- NICOLAU, J.: «Geriatría», cap. XXX en *El libro de la salud*, A. Fernández-Cruz. Ed. Danae, Barcelona, 1975.
- PARREÑO, J. R.: *Rehabilitación en Geriatría*. Ed. Médicos, S.A., Madrid, 1990.
- PRATZEL, H. G.: «Acción de las aguas mineromedicinales. Efectos generales de las aplicaciones tópicas». *Bol. Soc. Esp. Hidrol. Méd.* VIII, n.º 3, 13, 1993.
- RODRÍGUEZ-VILLAMIL, J. L. y cols.: «Características del paciente geriátrico». *Bol. Soc. Esp. Hidrol. Méd.* IX, n.º 1, 9, 1994.
- ROJAS, E.: *Aspectos clínicos de la depresión*. Ed. Paz Montalvo, 1992.
- ROJAS, E.: *La ansiedad*. Temas de Hoy, Madrid, 1994.
- ROJAS, E.: «Cuadros depresivos y depresiones encubiertas». *Bol. Soc. Esp. Hidrol. Méd.* XII, n.º 1, 11, 1997.
- ROJAS, E. y ARMIJO, M.: «La cura balnearia en los síndromes asténicos». *Bol. Soc. Esp. Hidrol. Méd.* VIII, n.º 2, 67, 1993.
- SALGADO, A.: «Características de las enfermedades en Geriatría». *Tribuna Méd.* 59, septiembre 1982.
- SAN MARTÍN, J.: «Influencia psicoterápica del médico en las curas balnearias». *Bol. Soc. Esp. Hidrol. Méd.* XI, n.º 3, 111, 1996.
- SAN MARTÍN, J. y ARMIJO, M.: «Balneoterapia en el anciano», en *Rehabilitación en Geriatría* de R. Parreño. Ed. Médicos, S.A.
- SCHULTZ, J. H.: «Zusätzliche Therapie in Bädern und Kurorten Psychotherapie», en *Handbuch der Bäder und Klimaheilkunde*, W. Amelung u. Evers. Stuttgart, 1962.
- SEGOVIA DE ARANA, J.M.: *Biosociología del envejecimiento humano*. R. Academia de Ciencias Morales y Políticas, 1998.

- SIGNRET, J. L.: «Le vieillissement mental». *Presse therm. clim.* n.º 4, 266, 1992.
- SURRIBAS, C.: «Cura balnearia en los estados depresivos». *Bol. Soc. Esp. Hidrol. Méd.* XII, n.º 1, 26, 1997.
- SURRIBAS, C.: «¿Puede la hidroterapia realizada en los balnearios utilizarse como técnica de modificación de conducta?». *Bol. Soc. Esp. Hidrol. Méd.* VII, n.º 7, 137, 1992.
- VIDART, L.: «Thermalisme psychiatrique et mouvement institutionnel». *Presse Therm. Clim.* 110, 1, 37, 1973.
- VILALTELLS, J.: «Psiquiatría y Medicina psicosomática», cap. XVI en *El Libro de la Salud*, A. Fernández-Cruz.

INTERVENCIONES

Prof. Alonso-Fernández

Después de felicitar con toda efusión al Prof. Manuel Armijo expone algunas consideraciones.

La edad avanzada de la vida, que no es la tercera edad, sino la quinta o sexta, y que queda bien calificada como «los mayores», es una edad de pérdidas y ganancias compensatorias, las pérdidas se compensan con ganancias: se pierde memoria mecánica y se eleva la memoria racional; decae la impulsividad y se potencia la reflexión, etc.

La situación social desempeña un papel tan importante que se podrían distinguir dos modos de envejecer, según se disponga de recursos económicos suficientes o no. El principal estrés para un gran contingente de personas mayores es el estrés económico.

A los clásicos habría que corregirles cuando piden moderación y templanza a partir de cierta edad; yo diría moderación y templanza para comer pero no para la actividad intelectual ni para la física e incluso para la sexual, que se halla cada vez más en la órbita de estas edades.

La utilidad terapéutica de los balnearios es indudable, como lo ha dejado muy bien reflejado el Prof. Armijo, pero no se trata de una acción psicoterapéutica regular, sino que más bien podría hablarse de «Comunidad terapéutica».

El estado de cansancio de la vida se adscribe con mucha frecuencia a una depresión parcial con pobreza de impulsos, que hemos identificado en mi grupo de investigación como *depresión anérgica*, facilitada sobre todo por el empobrecimiento cerebral en catecolaminas, dato progresivo a partir de cierta edad.

Prof.^a San Martín Bacaicoa

Felicito al Prof. Armijo por su brillante exposición sobre el tema «Envejecimiento, cansancio de la vida. Curas balnearias». Ha destacado aspectos de gran interés relacionados con el envejecimiento y la variable influencia de los distintos factores actuantes en la Cura Balnearia en las personas sometidas a tratamiento crenoterápico y especialmente en los mayores.

Los cambios físicos y psíquicos que se producen en las personas con el paso del tiempo se manifiestan en todos los aparatos y sistemas del organismo, aunque no de manera simultánea sino progresiva y de forma diferente en cada persona. Entre las manifestaciones del envejecimiento ha hecho especial referencia a la disminución de la capacidad de adaptación y a los cambios ocasionados por el envejecimiento psicológico, provocados en parte por la interpretación de su enfermedad o de su deterioro físico y psíquico, un cambio en el comportamiento social, afectivo, la sensación de no ser necesitado por nadie, que le lleva al aislamiento y esto, como señala en Prof. López Ibor, transforma la ansiedad en depresión.

Todas esas circunstancias se dan, con cierta frecuencia, en las personas mayores que acuden al balneario y en él podría la persona que así se siente, encontrar alivio a sus padecimientos y sobre todo encontrar una mayor capacidad de adaptación a esas circunstancias. ¿Podrá en el balneario aprender a adaptarse, a saber vivir mejor? ¿Cree el Prof. Armijo que el balneario podría ser considerado como una Escuela de Salud, lugar donde encontrar una mejor calidad de vida? ¿Cree que los mayores pueden mejorar efectivamente en el balneario?

Por otra parte, puesto que se atribuyen a determinadas aguas mineromedicinales acción antioxidante y también a otros factores actuantes que intervienen simultáneamente, tales como: factores ambientales, climáticos, lugares sin contaminación con aumento de aeriones negativos, la actividad física, la dieta adecuada, la relación con otras personas que se encuentran en parecidas circunstancias o situaciones, ¿Cree que la Cura Balnearia con sus múltiples factores actuantes se podría considerar como una forma de prevención del envejecimiento?

Felicito de nuevo al Prof. Armijo por sus enseñanzas y le agradezco haya traído este tema a la Real Academia.

Dr. Segovia de Arana

El profesor Armijo Valenzuela ha hecho una síntesis muy precisa de la transición demográfica actual en los países desarrollados que ha conducido al envejecimiento masivo de la población con gran repercusión en los individuos y en la sociedad. El aumento de los años de vida ha sido una sorpresa para los seres humanos y para la sociedad. Muchas personas no estaban preparadas para vivir tanto, por lo que no saben qué hacer con los años extra de su existencia. Por su parte la sociedad se ha encontrado con graves problemas en relación con las pensiones, las relaciones familiares, la asistencia médico-sanitaria, etc. En España hemos construido una excelente red de hospitales modernos orientados a procesos agudos, tanto médicos como quirúrgicos, prestándose menos atención a los centros socio-sanitarios para enfermos con procesos crónico-degenerativos que frecuentemente viven en soledad o poco atendidos por sus familiares. Los establecimientos balnearios, que están experimentando un notable resurgimiento, vienen a desempeñar un excelente papel en la atención sanitaria y médica de muchas personas en las que junto a sus manifestaciones somáticas existen componentes psicológicos y sociales importantes que se tratan en los balnearios con más eficacia y menor coste que en los grandes hospitales terciarios.

Prof. Espinós Pérez

Son tantas las bondades con las que el Prof. M. Armijo adorna la vida en los balnearios que uno siente el deseo de reservar ya plaza en alguno de éstos para los próximos días de la Semana Santa. Me ha parecido su comunicación muy atractiva e interesante. Le felicito.

Quiero comentar que, tal vez, haya proyectado el balneario para una población envejecida, geriátrica. Tal vez los jóvenes también se pueden beneficiar de la cura balneario; ¿qué piensa el Prof. Armijo de esto?

Por otro lado, quiero señalar que los médicos de balneario han sido, y son en su mayoría, médicos internistas y no obligatoriamente geriatras. Hago, como ve, una defensa de la Medicina Interna. No podemos olvidar, como muy bien ha señalado, que es frecuente la polipatología en el cliente del balneario, y que además es adicto a

la polifarmacia. ¿Qué papel juega en la actualidad el médico del balneario en este problema?

Me ha parecido muy interesante que en el título de su comunicación introduzca el concepto del «cansancio de la vida». Esto es un sentimiento del individuo o del enfermo, sin necesidad de ser viejo. Le quiero preguntar si en el término «cansancio de la vida» podemos incluir el complejo, y mal definido, síndrome del «cansancio-crónico»

CONTESTACIÓN DEL PROF. ARMIJO VALENZUELA

Excmo. Sr. Presidente: en contestación a los Sres. Académicos que han tenido la amabilidad de intervenir en el correspondiente turno, expresando sus pareceres en relación con mi comunicación, deseo hacer patente que a mi parecer todas sus consideraciones han sido ecuanímenes, acertadísimas y extremadamente amables, habiendo expuesto con ellas lo que se puede considerar de mayor interés en mi comunicación. Por todo ello deseo expresar mi agradecimiento y mi felicitación por sus respectivas intervenciones, y, siguiendo el mismo orden de las mismas, puedo decir:

Al **Prof. Alonso-Fernández**: Considero del máximo interés su intervención, dado su extraordinario prestigio en el campo de la Psiquiatría, y, ciertamente, es un hecho que las personas de edad avanzada, según sean sus circunstancias y condiciones, pueden, con el paso de los años, perder o ganar en sus relaciones y convivencias sociales. En estas personas las curas balnearias adecuadas y acertadamente dirigidas pueden, con su peculiar ambiente, actuar como comunidad terapéutica, ayudando a los curistas a vencer los que puedan ser sus trastornos psíquicos, en particular por el «cansancio de la vida» y peculiares estados depresivos que el Prof. Alonso-Fernández considera, muy acertadamente, como «depresiones anérgicas», muchas veces relacionadas con el empobrecimiento cerebral en catecolominas, relativamente frecuente en las personas de edad avanzada.

A la **Prof.^a San Martín Bacaicoa**: Única Catedrática de Hidrología Médica de la Universidad española y extraordinaria conocedora de la complejidad de las curas balnearias, ha destacado en su intervención el interés de estas curas como medio estimulante y normalizador de la capacidad de reacción psíquica de los curistas. Por

otra parte, ha insistido en la posibilidad de que estas curas se comporten, en cierto modo, como Escuelas de Salud, si bien será más problemática la posibilidad de que se comporten como medio de prevención del envejecimiento, aunque sea admisible y sobradamente comprobado, el que puedan hacer las manifestaciones del envejecimiento más tolerables.

Al **Prof. Segovia de Arana:** Excelente conocedor de la biosociología del envejecimiento, nos ha dado ideas muy precisas sobre la conveniencia de preparar a las personas para hacerle más llevadero el envejecimiento y, en este sentido, pueden ser trascendentes la Acción Social y los Sistemas Asistenciales y, quizá también, los establecimientos balnearios debidamente dirigidos y controlados, que pueden ser medio favorable para poder alcanzar un efecto favorable sobre las personas de avanzada edad, en sus posibles manifestaciones somáticas, psíquicas y sociales.

Al **Prof. Espinós Pérez:** Además de agradecerle vivamente su felicitación, deseo manifestarle que considero muy acertado su comentario acerca de la posible acción beneficiosa de las curas balnearias en las personas jóvenes que pueden, por este medio, además de mejorar determinados procesos patológicos, estimular y fortalecer sus organismos, mejorando sus condiciones vitales.

En segundo lugar, considero muy acertada su idea de que, en general, los médicos de los establecimientos balnearios no suelen ser geriatras, si bien sea un hecho que en su clientela balnearia suelen predominar las personas de ya cierta edad, lo que puede forzarles a dedicar especial estudio a los padecimientos de estas personas.

Finalmente, y en relación a su consideración de que el «cansancio de la vida» se puede padecer sin ser necesariamente «viejo» y, concretamente, en tales casos pueden ser útiles las curas balnearias. En este sentido, podemos recordar la posible eficacia de estas curas en los cuadros clínicos considerados «depresiones anérgicas», a los que el Prof. Alonso-Fernández ha hecho referencia hace escasos minutos.

LA DISPEPSIA FUNCIONAL. EL MÉDICO Y EL ENFERMO

FUNCTIONAL DYSPEPSIA: THE PATIENT AND THE DOCTOR

Por el Excmo. Sr. D. MANUEL DÍAZ-RUBIO GARCÍA

Académico de Número

Resumen

La dispepsia funcional es un trastorno funcional caracterizado por dolor o malestar abdominal localizado en abdomen superior, sin evidencia de enfermedad orgánica que explique la sintomatología, que no se alivia con la defecación ni está asociado a cambios en la frecuencia o consistencia de las heces. Para su diagnóstico se exige que esta sintomatología esté presente en el paciente al menos durante 12 semanas, no necesariamente consecutivas, en el último año. Clasificada en tres tipos (ulceroso, dismotilidad e inespecífico), plantea importantes problemas no solo diagnósticos sino terapéuticos al no existir tratamientos específicos. En su abordaje debe considerarse la personalidad del paciente, el proceso diagnóstico, las posibilidades terapéuticas y la relación médico-paciente. Muchos de estos pacientes *viven* su enfermedad de forma profunda y crean importantes problemas al médico. Éste debe cuidar especialmente el tiempo que les dedica, demostrar interés por su problema, ser riguroso en la exploración y no prescindir de las exploraciones complementarias oportunas.

En la *fase terapéutica*, debe trasmitirse al paciente la inexistencia de enfermedad orgánica, no decir nunca que no tiene enfermedad alguna, realzar el carácter funcional de ella, explicar en que consiste, demostrar que sus síntomas son reales, tranquilizarle, asegurarle que su enfermedad no altera la esperanza de vida aunque puede disminuir su calidad, que tiene tendencia natural a mejorar, que las situaciones emocionales influyen sobremanera y establecer con él un pacto terapéutico.

Abstract

Functional dyspepsia is defined by the presence of pain/discomfort in the upper abdomen without evidence of organic disease which explain it; it must

not be relief by defecation and its onset must not be related to changes in frequency or consistency feces. Diagnosis also requires pain or discomfort to be present for 12 weeks, not necessarily consecutives, in the last year. It is classified in three subgroups: ulcer-like, dysmotility-like and unspecified). Functional dyspepsia represents not only a diagnostic challenge but also a therapeutic problem, since no specific drug is available. An appropriate management of functional dyspepsia should consider patient's personality, diagnostic work-up, therapeutic alternatives and patient-doctor relationship. Many patients «live» their disease as the center of their life, sometimes creating great problems to physicians. Doctors should dedicate enough time to the patient, show interest in patient's problems, make a rigorous physical examination, and perform an appropriate work-up individualized for each patient.

Regarding therapeutic decisions, it is important to reassure patients about the absence of organic disease. However it should be avoid to tell them that no disease exist at all; instead, the functional nature of the disease must be emphasized, explaining what and how upper GI tract is malfunctioning; Patients should know that doctor understand their symptoms are true symptoms; also, they must be informed about the excellent outcome, without changes in life expectancy and a natural trend to improve with time; doctor should help patients to recognize that emotional situation have a great impact in disease course; and a therapeutic plan should be discussed and agreed with patients.

Uno de los grandes problemas clínicos de la medicina moderna es sin duda el relativo a los trastornos funcionales del aparato digestivo. Son numerosas las entidades que bajo este epígrafe pueden situarse, y esto a hecho, que diversas conferencias de consensos hayan sido dedicados a profundizar en su conocimiento, en su sistematización y en el establecimiento en definitiva de determinados criterios que puedan ser utilizados por todos los médicos para entendernos bien en este siempre difícil terreno de las enfermedades funcionales.

El diagnóstico de una determinada entidad de carácter funcional implica siempre el haber descartado de forma contundente una enfermedad orgánica e introducirse en profundidad en la relación médico-paciente, la cual si bien siempre es necesaria, en el caso de las enfermedades funcionales es imprescindible. Por lo común, este tipo de pacientes no aceptan, en principio, bien el carácter funcional de su enfermedad y piensan que el médico ha dejado sin estudiar alguna parte de su organismo. En general, son pacientes que acuden a un sin fin de médicos, con abultados historiales, tomando medicamentos muy diversos y sin encontrar solución a su problema.

En la actualidad, y con las limitaciones lógicas de cualquier sistematización, los trastornos funcionales gastrointestinales son clasificados según los denominados *criterios de Roma II* (1) los cuales no pretenden otra cosa, sino que nos expresemos médicamente en el mismo lenguaje (Tabla I). Dentro de ellos se encuentra la *dispepsia funcional*, la cual no es sino la denominación actual del cuadro clínico que durante muchas décadas había sido reconocida con un sin fin de nombres y entre ellos el de «gastritis», «principio de úlcera», «estómago caído», neurosis gástrica, dispepsia estomacal, gastropatía funcional o gastropatía disfuncional. Estos cuadros, a veces muy abigarrados, estaban compuestos por un conjunto de síntomas muy diversos con predominio de unos sobre otros según cada paciente, destacando entre ellos el dolor o malestar en epigastrio o en abdomen superior, pirosis, regurgitación, saciedad precoz, plenitud postprandial, distensión abdominal, meteorismo, flatulencia, eructos, náuseas, vómitos, aerofagia y anorexia. En 1988 N.J. Talley (2) y Colin Jones (3) preconizan el empleo sistemático del término de dispepsia para referirse al dolor o malestar en abdomen superior, o náuseas, crónicas o recurrentes, que pueden estar o no relacionadas con la ingesta. Esta dispepsia puede ser de carácter orgánico o funcional.

Los actuales criterios de Roma II definen a la dispepsia funcional por la existencia de dolor o malestar abdominal localizado en abdomen superior, sin evidencia de enfermedad orgánica (incluyendo la endoscopia alta) que explique la sintomatología, junto con la no evidencia que la sintomatología se alivie exclusivamente con la defecación o esté asociada a la aparición de cambios en la frecuencia o consistencia de las heces. Además se exige para su diagnóstico que toda esta sintomatología esté presente en el paciente al menos durante un periodo de 12 semanas, no necesariamente consecutivas, durante los últimos 12 meses.

La dispepsia funcional, que había sido clasificada en 1988 (2) en cinco tipos (tipo ulceroso, tipo reflujo, tipo dismotilidad, tipo aerofagia y esencial), quedó reducida a tres bajo los criterios de Roma I (4) muy similares a los actuales de Roma II en donde se clasifica en: 1) **Tipo ulceroso** en el que existe dolor centrado en el abdomen superior, siendo el síntoma predominante. 2) **Tipo dismotilidad** en el que el síntoma predominante es una sensación no dolorosa, molesta o desagradable situada en abdomen superior, que puede caracterizarse o asociarse a saciedad precoz, plenitud o hinchazón abdo-

TABLA I

TRASTORNOS FUNCIONALES GASTROINTESTINALES

Alteraciones esofágicas

Globus
 Síndrome de rumiación
 Dolor torácico funcional o de presunto origen esofágico
 Pirosis funcional
 Disfagia funcional
 Alteraciones esofágicas funcionales inespecíficas

Alteraciones gastroduodenales

Dispepsia funcional
 Dispepsia tipo ulceroso
 Dispepsia tipo dismotilidad
 Dispepsia inespecífica

Aerofagia
 Vómitos funcionales

Alteraciones intestinales

Síndrome de intestino irritable
 Hinchazón intestinal funcional
 Estreñimiento funcional
 Diarrea funcional
 Alteraciones intestinales funcionales inespecíficas

Dolor abdominal funcional

Síndrome doloroso abdominal funcional
 Dolor abdominal funcional inespecífico

Alteraciones anorrectales

Incontinencia fecal funcional
 Dolor anorrectal funcional
 Síndrome del elevador del ano
 Proctalgia fugaz
 Disinergia del suelo pélvico

Alteraciones biliares

Disfunción de la vesícula biliar

Alteraciones funcionales pediátricas

Vómitos
 Regurgitación infantil
 Síndrome de rumiación infantil
 Síndrome de vómitos cíclicos

Dolor abdominal
 Dispepsia funcional
 Síndrome de intestino irritable
 Dolor abdominal funcional
 Migraña abdominal
 Aerofagia

Diarrea funcional
 Alteraciones de la defecación
 Disquecia infantil
 Estreñimiento funcional
 Retención fecal funcional
 Fecal no retentiva

minal, o náuseas. 3) **Tipo inespecífico** en el que existen criterios que no se corresponden con las categorías anteriores.

La etiopatogenia de la dispepsia funcional es compleja y no puede ser sistematizada casi en ningún caso concreto. En general son varios los mecanismos implicados en su producción y destacando entre ellos las alteraciones de la motilidad, las alteraciones de la percepción, las alteraciones de la secreción y los factores psicológicos. La interacción de todos ellos bajo la supremacía del sistema nervioso central se acepta hoy día como responsable de la producción de las alteraciones fisiopatológicas de carácter funcional que daría lugar a la sintomatología.

MAGNITUD DEL PROBLEMA

La dispepsia funcional, muy estudiada en los últimos años, plantea una gran cantidad de problemas, todos ellos derivados de su gran prevalencia, de las incógnitas patogénicas y de los problemas diagnósticos y terapéuticos que suscita. Como consecuencia de ello se trata de una situación que genera un coste económico muy importante que ha sido cifrado e un billón de libras al año en el Reino Unido (5), 424 millones de dólares al año en Suecia (6) y 31,5 millones de las antiguas pesetas por 100.000 habitantes y año en España (7).

La dispepsia funcional es una enfermedad muy estudiada en los últimos años hasta el punto que en marzo de 2003 una búsqueda en *PubMed* de la *National Library of Medicine* del término *dispepsia* aporta 5.823 artículos, a la vez que se observa un importante crecimiento de estas publicaciones en los últimos diez años (Figura 1). Ante esta marabunta de artículos y la imposibilidad por parte del médico de acceder a todos ellos se imponen las revisiones de calidad y los estudios meta-analíticos (Figura 2 y 3) los cuales aumentan la potencia de los test estadísticos, favorece una conclusión unívoca en presencia de resultados diversos, mejora la estimación cuantitativa del efecto estudiado y sugiere nuevas líneas de investigación. En cualquier caso se hace necesario en el médico elaborar una nueva habilidad para aplicar correctamente el conocimiento obtenido en base a la experiencia y la evidencia científica. Por si fuera poco ya este problema, el desarrollo de internet en la sociedad da lugar a una respuesta de gran calado en el paciente y su

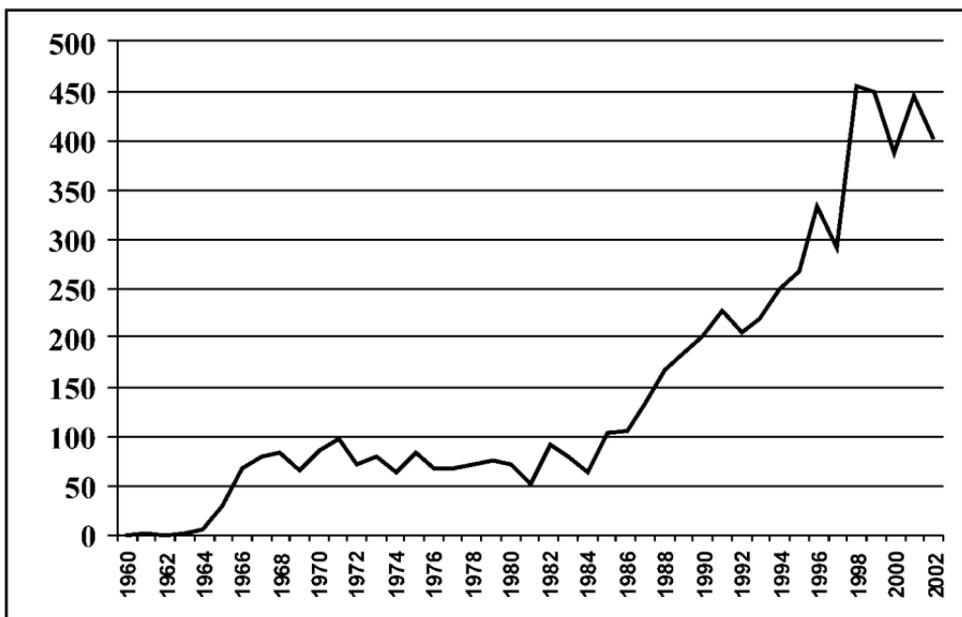


FIGURA 1.—Publicaciones sobre Dispepsia según PubMed (National Library of Medicine, Marzo 2003).

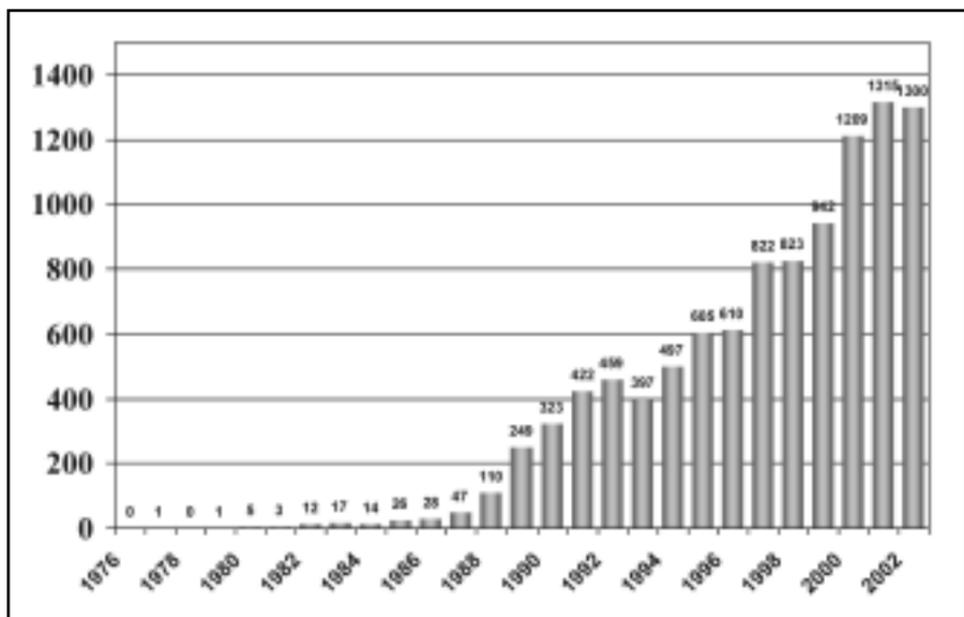


FIGURA 2.—Meta-análisis en Medicina (1976-2002) según PubMed (National Library of Medicine, Marzo 2003).

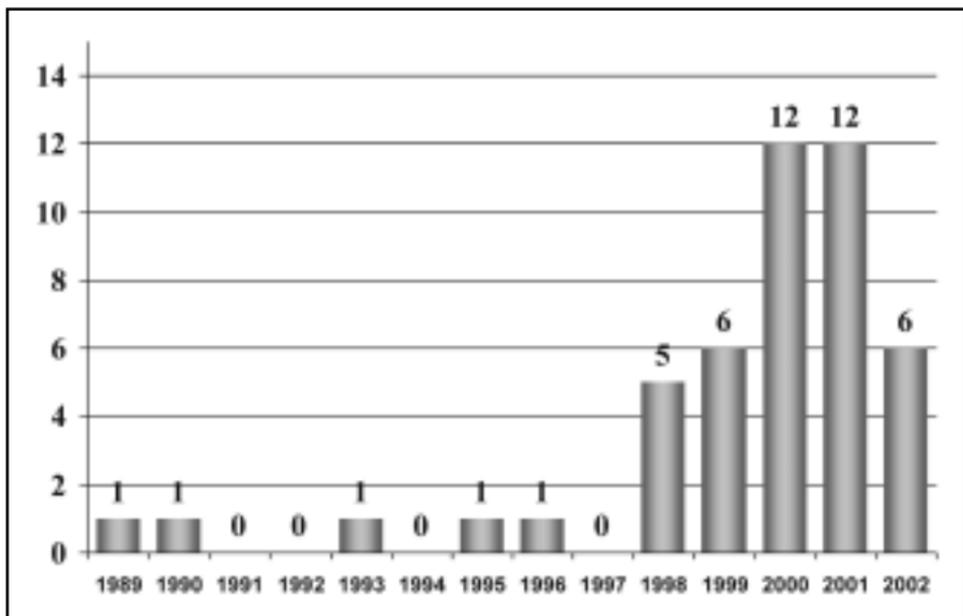


FIGURA 3.—Meta-análisis en Dispepsia (1989-2002) según PubMed (National Library of Medicine, Marzo 2003).

entorno, ya que éstos adquieren la capacidad de comparar, elegir y exigir. Ejemplo de ello es como en este mismo mes de marzo de 2003, el número de páginas web en internet sobre dispepsia que aparecen en el buscador *Yahoo!* es de 88.700, en *Altavista* de 21.460 y en *Google* de 62.500. El conocimiento por ello de su enfermedad funcional por parte del paciente puede resultar increíble pudiendo incidir negativamente en su relación con el médico.

El impacto, pues, de la dispepsia funcional sobre el paciente es sin duda enorme, ya que éste a través de sus síntomas por una parte y la casi constante presencia de factores psicológicos acompañantes, hace que tomen un protagonismo importante tres hechos de suma importancia como son el absentismo laboral, el gasto médico y la mala calidad de vida de estos pacientes.

LA «GESTIÓN DE LA DISPEPSIA»

Denominamos «gestión de la dispepsia» a la metodología práctica que el médico debe poner en práctica para alcanzar el resultado terapéutico óptimo en un caso de dispepsia. Para conseguir estos re-

sultados debemos conocer en profundidad los factores que pueden incidir en ello (10). Estos son, la personalidad del paciente, el proceso diagnóstico, el tratamiento, y la relación médico-paciente.

Personalidad del paciente. Juega un papel fundamental y debe conocerse bien por parte del médico. El primer principio es que no todos los pacientes son iguales y no todos acuden al médico con los mismos problemas e inquietudes. Cuando nos detenemos a observar porqué consultan estos pacientes vemos que de ellos un 25 % acude habitualmente al médico por pensar que tiene una enfermedad grave, un tercio presenta una enfermedad psiquiátrica subsidiaria de tratamiento específico antes de presentar dispepsia, en el 65 % la ansiedad y el miedo son las principales molestias por encima de los síntomas somáticos, es frecuente la somatización y desarrollan su actividad diaria en una situación sociolaboral estresante, destacando asimismo los problemas conyugales.

La somatización es sin duda uno de los problemas mas frecuentes e importantes en los pacientes con dispepsia funcional. Éstos se expresan de forma muy diversa, con una frecuencia e intensidad muy variable. Destaca además la presencia, junto a los síntomas dispépticos, de un sin fin de otros síntomas tales como, palpitaciones, sudoración, temblor, rubor, miedo a la enfermedad, dolor torácico, ansiedad, depresión, dificultad a la respiración, síntomas musculoesqueléticos, y síntomas referidos a otros órganos. En la mayoría de los casos se detecta además una situación socio-laboral estresante que se observa incide negativamente en su sintomatología. Todo ello está matizado sin duda por la personalidad de cada paciente. A nuestro juicio existen dos tipos muy bien diferenciados de pacientes con dispepsia funcional. Uno, aquellos que «*olvidan*» su enfermedad, aceptan su síntomas tras comprender el carácter funcional de ella y aceptan la incertidumbre que les pueda crear. Un segundo grupo lo componen aquellos otros que «*viven*» su enfermedad con una gran intensidad y no aceptan vivir con dicha incertidumbre. Estos últimos son un problema médico de gran magnitud ya que demandan una enorme atención, así como un número desproporcionado de exploraciones con una en general mala respuesta terapéutica. En estos casos la relación médico-paciente puede jugar un papel fundamental.

El proceso diagnóstico. Es un momento muy importante ya que en el se sientan las base de una buena relación médico-paciente. En general el médico que se enfrenta a un paciente con una patología

funcional tiende a minusvalorar la importancia de la enfermedad lo cual es percibido inmediatamente por él. Un principio fundamental es escuchar, creer y no enfrentarse al paciente. En un estudio sobre la dispepsia realizado en España en 1995 (9), el 20 % de los médicos opinaba que los síntomas que presentaban sus pacientes con dispepsia funcional eran intensos o muy intensos, mientras que por el contrario el 50 % de los pacientes consideraba que sus síntomas eran intensos o muy intensos. Por tanto no parece muy correcto preguntar o discutir con el paciente sobre «cuánto» y «cómo» le duele, sino que lo correcto sería hacerlo sobre como influye sobre su calidad de vida, si la empeora y si tiene repercusión en su situación laboral y si le obliga a faltar al trabajo.

El proceso diagnóstico debe realizarse en base a una cuidada anamnesis y exploración clínica y a partir de ahí y en función de otros datos como la edad y personalidad del paciente, realizar el diagnóstico empírico de dispepsia funcional o pasar a descartar una enfermedad orgánica. Sin duda esto último siempre es imprescindible aunque no siempre se deben indicar exploraciones especiales, incluida la endoscopia, ante todo en pacientes con clínica de reiteración y exploraciones recientes. Debe pues asumirse una cierta incertidumbre diagnóstica y por ejemplo tener presente que ante la posibilidad de realizar una endoscopia debe pensarse por una parte que espera el paciente, que espera el médico, que influencia tendrá sobre el tratamiento, incluso el coste de dicha exploración. Por el contrario la realización de una endoscopia tranquiliza al paciente, le da una mayor satisfacción, disminuye el número de consultas así como el absentismo laboral. Ante todo ello preconizamos que el proceso diagnóstico incluya una correcta historia clínica y exploración y en base a estas realizar un diagnóstico clínico según criterios objetivos y diferenciar bien por subgrupos de síntomas. A continuación se deben realizar estudios diagnósticos limitados y tras un tratamiento inicial hacer una reevaluación pasadas unas pocas semanas.

En cualquier caso, sea cual sea la decisión del médico, éste debe dedicar tiempo suficiente al paciente para explicarle la naturaleza de su enfermedad y la estrategia diagnóstico-terapéutica, empleando un lenguaje adecuado para cada paciente y haciéndole ver que lo fácil es la indicación de una endoscopia y lo dificultoso el tratamiento empírico. Todo ello tiene como objetivo implicar al paciente, lo cual es condición necesaria para plantearse el éxito terapéutico. Ello supone conseguir la confianza del paciente no sólo como

un objetivo sino también un camino para obtener un buen resultado terapéutico. Además la confianza es bidireccional y se completará cuando el paciente conozca suficientemente su enfermedad y comprenda nuestras limitaciones diagnósticas y terapéuticas. El cómo conseguir la confianza del paciente no siempre es fácil. En este sentido, la explicación detallada de su enfermedad y la eliminación de los miedos son dos buenas posibilidades. El tiempo invertido en ello no será un tiempo perdido ya que disminuirá el número de visitas sucesivas, lo cual puede interpretarse como una mejoría manifiesta del paciente.

El tratamiento. Al no disponer de fármacos específicos es siempre un problema y además hay que partir del principio de que no existe lesión que curar ni parámetro bioquímico alterado. Sin embargo el paciente tiene una gran cantidad de síntomas que originan una mala calidad de vida. En estas condiciones ¿cómo puede ayudar el médico al paciente?

Podemos actuar sobre un conjunto de factores biopsicosociales que se ha demostrado influyen en la génesis de la dispepsia funcional (Figura 4). El tratamiento puede incluir diversas opciones farmacológicas, el uso de placebo, la buena relación médico-paciente y el apoyo psicológico. En general los resultados son muy desiguales respondiendo hoy a una alternativa determinada y dentro de unos meses a otras. En el tratamiento de la dispepsia funcional y dependiendo de su clasificación dentro de los criterios de Roma II y de los síntomas predominantes, se ha utilizado con éxito diverso fármacos de todo tipo (8,12). El uso de placebo ha sido preconizado por diversos autores en las enfermedades digestivas (10) y en la dispepsia funcional en base a que en tratamientos cortos de 4 semanas pueden obtenerse beneficios de hasta en un 60 % de los pacientes. En general los fármacos de primera línea son los procinéticos y los antagonistas H_2 y los inhibidores de la bomba de protones. Tratamiento de eficacia desconocida o incierta son aquellos dirigidos a la erradicación del *Helicobacter pylori*, los antidepressivos, los antagonistas de los receptores 5-HT-3 y los análogos de la hormona liberadora de gonadotropinas. Un grupo de nuevos fármacos prometedores son los antagonistas de los receptores de la colecistoquinina A, los agonistas opiáceos, los agonistas 5-HT-4 y los motilnomiméticos. Fármacos de dudosa eficacia son los análogos de las prostaglandinas, los anticolinérgicos, análogos de la somatostatina, los nitratos y la eritromicina.

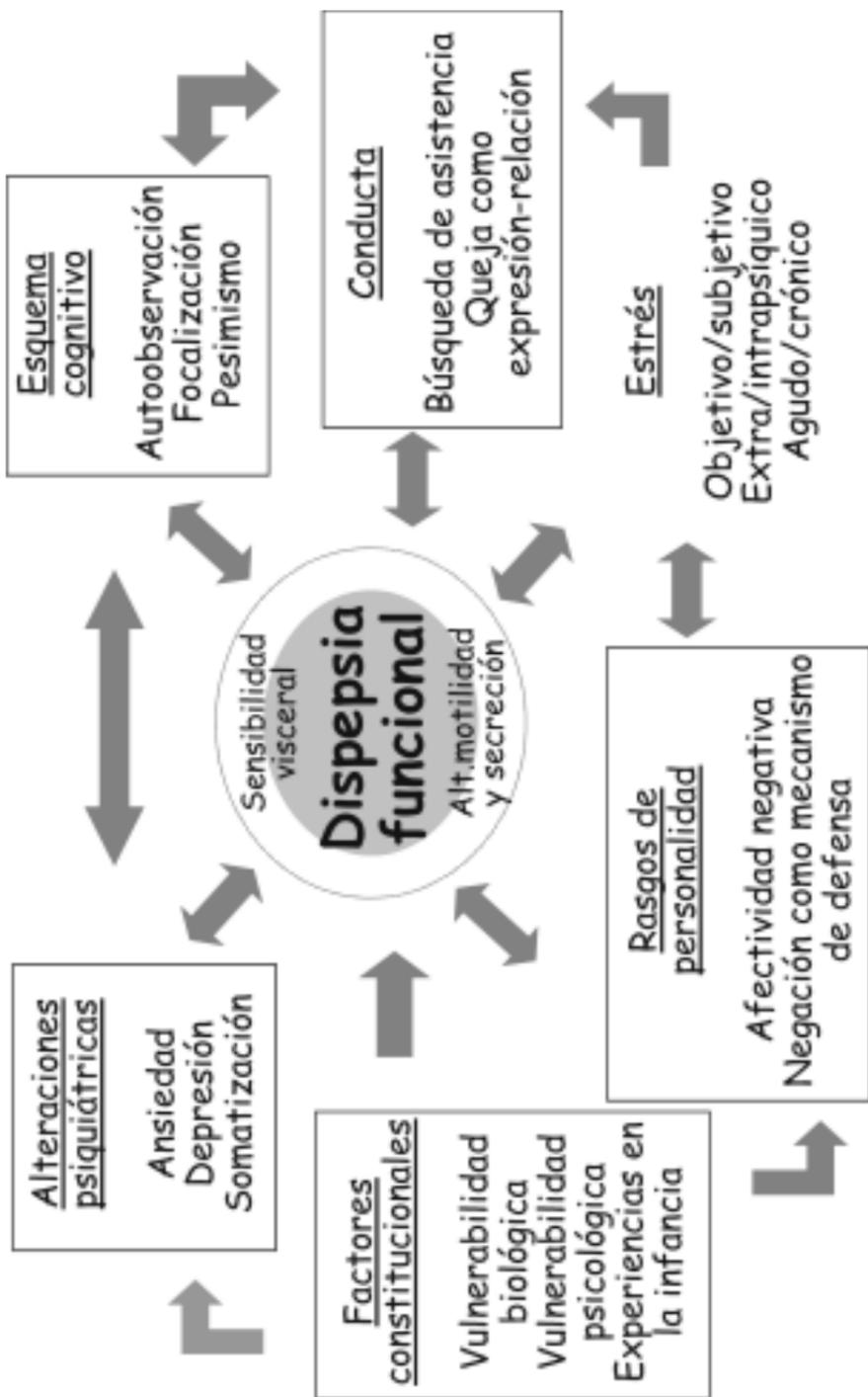


FIGURA 4.—Factores biopsicosociales con posible influencia en la génesis de la dispepsia funcional, según Ignacio Mearin. En *Dispepsia funcional*. Barcelona, Doyma, 1997, pág. 180.

Aspectos de sumo interés en el tratamiento de la dispepsia funcional son aquellos factores relacionados con el paciente, con el médico y los que atañen conjuntamente al paciente y al médico.

Factores relacionados con el paciente. El médico cuando aborda el estudio de este tipo de situaciones debe tener muy presente y nunca olvidar la posibilidad de que un determinado paciente pueda tener una enfermedad grave. Como hemos visto los síntomas de la dispepsia funcional son inespecíficos y la exploración física en general anodina, lo que no pocas veces lleva al médico a una trivialización de ellos. En este sentido existe consenso en que los pacientes con mas de 45 años o con síntomas alarmantes deben ser sometidos a una endoscopia, aunque en los pacientes mas jóvenes no existe tal acuerdo. Un hecho real y que debe llevarnos a la reflexión es, que cuando a estos pacientes se le realiza una endoscopia se observa una rápida mejoría, y que cuando ésta no se realiza los pacientes permanecen preocupados, repiten las consultas y acaban siendo sometidos a una endoscopia.

Factores relacionados con el médico. Aunque se buscan consensos para que el médico maneje a estos pacientes es difícil encontrarlos. En general el médico de atención primaria actúa con pocas o ninguna exploración complementaria imponiendo en la mayoría de los casos un tratamiento empírico durante una pocas semanas para someter al paciente por entonces a un nuevo interrogatorio y exploración. Otros pacientes son enviados al especialista que a su vez puede tener dos comportamientos bien diferentes. Uno, realiza el tratamiento empírico tras considerar que no existen síntomas de alarma, y otro en el que somete al paciente a exploraciones mas sofisticadas. En este segundo caso, el médico actúa no solo en base a su conocimiento científico sino también por la presión de los pacientes para someterse a nuevas pruebas, sin olvidarse que esta presión no infrecuentemente lleva al médico a realizar una medicina defensiva.

Factores que atañen al médico y al paciente. Estos están muy relacionados con el nivel de incertidumbre que ambos estén dispuestos a aceptar. Tanto el médico como el paciente deben tener clara las dos opciones básicas que existen y que son: el tratamiento empírico y la investigación mas profunda de su proceso. A la hora de decidir que hacer, cuenta de forma importante tres aspectos en cuanto al paciente como son su propia personalidad, su nivel cultural y la presión familiar, laboral o social. En virtud de ellos y tras

disponer de una explicación rigurosa por parte del médico obrará. En cuanto al médico, se comportará en base a su confianza en su valoración clínica, el tiempo de consulta disponible, la presión del paciente y su entorno y el miedo a un problema legal.

En cualquier caso deberíamos hacernos una pregunta muy simple. ¿Quién es el paciente? La realidad es que *el paciente no es el médico*, el cual en no pocas ocasiones banaliza las enfermedades funcionales pensando e incluso transmitiendo que «no tiene nada», que es «de los nervios», etc. Por otra parte *el paciente no es la familia*, la cual utiliza expresiones como «¿lo ves?, no tienes nada», «te quejas sin razón», etc. *El paciente pues es el paciente*, el cual sistemáticamente se manifiesta con expresiones como «sí tengo algo», «no me diagnostican», «nadie me comprende», etc. Por todo ello en la *fase diagnóstica* el médico deber ser conciente que debe dedicar un tiempo suficiente a este tipo de pacientes, demostrar un claro interés por lo que le pasa, ser riguroso en la exploración y realizar las pruebas complementarias oportunas.

Por último en la *fase terapéutica*, el médico debe transmitir que no existe enfermedad orgánica, no decir nunca que no tiene ninguna enfermedad, realzar el carácter funcional de ella, explicar en que consiste, demostrar que sus síntomas son reales, tranquilizar al paciente, asegurarle que su enfermedad no altera la esperanza de vida aunque puede disminuir su calidad, que tiene una tendencia natural a mejorar, que las situaciones emocionales influyen sobremanera y establecer con él un pacto terapéutico.

BIBLIOGRAFÍA

1. AGREUS, L.; BORGQUIST, L.: «The cost of gastro-oesophageal reflux disease, dyspepsia and peptic ulcer disease in Sweden». *Pharmacoeconomics* 2002; 20: 347-355.
2. COLIN JONES, D.G.; BLOOM, B.; BODERMAN, G.; CREAN, G.P.; FRESTON, J.; GUGLER, R.; MALAGELADA, J.R.; NYRÉN, O.; PETERSEN, H.; PIPER, D.: «Management of dyspepsia. Report of a working party». *Lancet* 1988; 1: 576-579.
3. DÍAZ-RUBIO, M.: «El placebo en gastroenterología». En: Díaz-Rubio M, editor. *Avances en Gastroenterología*. Vol. 4. Madrid. Aran Ediciones, 1987: 11-20.
4. LANAS, A.: «Cost stratification on nonsteroidal anti-inflammatory drug-associated gastrointestinal side effects». *Med Clin (Barc.)* 2000; 114 (suppl. 3): 46-53.

5. Libro Blanco. *La dispepsia en España y su control*. Barcelona. Almirall. 1995.
6. MOAYYEDI, P.; MASON, J.: «Clinical and economic consequences of dispepsia in the community». *Gut* 2002; 50 (suppl. 4): 10-12.
7. REY, E.; DÍAZ-RUBIO, M.: «La dispepsia funcional: la importancia de la relación médico-paciente». En: Mearín F, editor. *Dispepsia Funcional*. Barcelona. Ediciones Doyma, 1997: 209-213.
8. SPIEGEL, B.M.; VAKIL, N.B.; OFMAN, J.J.: «Dispepsia managed in primary care: a decision analysis of competing strategies». *Gastroenterology* 2002; 122: 1270-1285.
9. TALLEY, N.J.; PHILLIPS, S.F.: «Non-ulcer dyspepsia: potencial causes and pathophysiology». *Ann Intern Med* 1988; 108: 865-879.
10. TALLEY, N.J.; COLIN JONES, D.G.; KOCH, K.L.; KOCH, M.; NYRÉN, O.; STANGHELLINI, V. «Functional dyspepsia: a classification with guidelines for diagnosis and management». *Gastroenterology Int* 1991; 4: 145-160.
11. TALLEY, N.J.; STANGHELLINI, V.; HEADING, R.C.; KOCH, K.L.; MALAGELADA, J.R.; TYGAT, G.N.J.: «Functional gastrointestinal disorders». *Gut* 1999; 45 (suppl. II): 37-42.
12. VAKIL, N.: «Nonulcer dyspepsia». *Current Gastroenterology Reports* 2002; 4: 455-458.

INTERVENCIONES

Prof. Alonso-Fernández

Felicita al profesor Manuel Díaz-Rubio por su exposición tan completa y lúcida y además por haber adoptado una postura de comprensión personal o psíquica ante este tipo de enfermos.

El médico que escucha y trata de comprender es un médico placebo, en tanto en cuanto produce por sí mismo efectos beneficiosos e irradia esperanzas e ilusión, contrariamente al médico irritable calificado como nocebo. Esto no significa que, por mi parte, en actitud que veo que también ha sugerido el profesor Díaz-Rubio, apruebe la utilización en ningún caso de medicamentos placebo, ya que constituye un recurso engañoso para el enfermo. Son dos cuestiones diferentes.

La hiperestesia en forma de una autopercepción corporal demasiado agudizada es un radical común a los enfermos hipocondríacos, dentro de cuya agrupación, eminentemente heterogénea, se encuentran trastornos distintos, desde el desarrollo de la personalidad en este sentido o la reacción vivencial esporádica hasta fenómenos de ansiedad y cuadros depresivos (en este caso anérgicos porque cursan con un predominio trofotropo o vagotónico), sin ol-

vidar las actitudes hipocondríacas secundarias a un trastorno funcional de etiología no definida, punto en el que me parece la lección magistral del profesor Díaz-Rubio pone especial énfasis, insistiendo en que se trata de enfermos no orgánicos sino funcionales, muchos de ellos abiertos a nuevas apoprtaciones etiológicas futuras.

En cuanto a la etiopatogenia del *ulcus gastroduodenal*, si bien es cierto que hubo en su día muchas exageraciones en la descripción del perfil de personalidad, el enfoque psicossomático holista dio por confirmado el papel desempeñado por la hiperemotividad personal en complicidad con la sobrecarga de secreciones digestivas y otros factores enzimáticos de condicionamiento genético.

Prof. Espinós Pérez

El Prof. M. Díaz-Rubio nos ha dado una clase magistral, de auténtica Patología General y Patología Médica. Este hecho no es nada extraño ya que, realmente, el Prof. Díaz-Rubio es un patólogo general aunque sea el Jefe del Servicio de Aparato Digestivo del Hospital Clínico San Carlos. Le felicito por esta actuación.

El tema que nos ha expuesto es de actualidad permanente. Se trata de una patología de las más frecuentes en el campo de la Medicina interna y también, como él ha señalado, en las consultas de aparato digestivo.

Me ha parecido excelente el título que le ha dado a su conferencia, en especial le referencia que hace del «médico y del enfermo». No podemos olvidar que en esta patología es muy importante «el sentimiento que el enfermo tiene de su propia enfermedad», sentimiento que el médico está obligado a comprender en su verdadero alcance. Es decir, que en el «acto médico», ante un enfermo con dispepsia, juega un papel primordial la «relación médico-enfermo». Realmente el enfermo con dispepsia si entra en el grupo de enfermos que, hace años, se encuadraban bajo la denominación del «enfermo problema», campo especialmente cultivado por el Prof. J. Rof Carballo, Académico que fue de esta Real Academia.

Estos enfermos forman parte del grueso de enfermos que buscando su curación, o alivio, caen en el campo de la «medicina no convencional», posiblemente porque los que practican la medicina no convencional dedican mas tiempo a estar con el enfermo, a ha-

blar con él... No podemos olvidar que la «palabra» es un factor curativo.

Quiero preguntarle al Prof. M. Díaz-Rubio sobre las investigaciones que tratan de valorar la real percepción que el enfermo tiene de la «distensión» de su tracto digestivo. Muchos enfermos se quejan de tener mucho aire y esto, cuando se les explora, se demuestra que es falso. Se trata de una percepción alterada. ¿Hay fármacos eficaces que reducen la percepción?. ¿Cómo está la investigación de estos fármacos?

También quiero preguntarle: ¿qué papel juega el *helicobacter pylori* en la dispepsia? ¿Podemos hablar de una real dispepsia tipo reflujo?, ¿hay reflujo en estos casos?

Parece evidente que los enfermos con dispepsia consumen un exceso de bloqueantes de la producción de hidrogeniones de la bomba de protones. ¿Qué piensa el Prof. M. Díaz-Rubio sobre esto?

Le felicito nuevamente por su exposición.

PALABRAS FINALES DEL PRESIDENTE

Hoy hemos oído dos comunicaciones excelentes. En la primera el Prof. Armijo, como siempre, nos ha expuesto y enseñado muchas cosas en cuanto a lo que es la aplicación de los balnearios, de las aguas mineromedicinales, etc. Lo ha hecho sobre la parte inicial del envejecimiento. El problema del envejecimiento, como Ud. ha señalado muy bien, es en el momento actual uno de los cinco asuntos médicos de mayor importancia en la investigación mundial, de la biología molecular, etc., y es razonable que así sea. Ha expuesto perfectamente lo que el envejecimiento supone, se investiga poderosamente sobre aquellos mecanismos moleculares enzimáticos que generan envejecimiento intenso o envejecimiento precoz, consecuencias del envejecimiento, sobre todo los órganos; pero queda por conocerse la puesta en marcha y secuencia de la alteración celular que lleva al envejecimiento de la misma célula, que es donde está la esencia del envejecimiento. El explicar la proliferación fibrótica, la degeneración vacuolar, las alteraciones del cuerpo cerúleo, por ejemplo de la sustancia negra, de las sustancias de Mainert, en donde está la esencia del envejecimiento, en el porqué se producen esas alteraciones en esos centros vitales tan importantes. Pero aún no conociendo bien el motivo del envejeci-

miento, es motivo de gran investigación clínica, y qué duda cabe que en ambientes de fuera de España, desde hace muchos años, había una gran tendencia a indicación de la vida balnearia, con todo lo que ello supone. En España hubo, no importa decirlo, un parón al respecto, porque no se creía mucho, recuerden Uds., y escritos importantes, que no hay que nombrar, son conocidos por todos como grandes profesores de la medicina, no creían mucho en la cura balnearia, en las aguas mineromedicinales; en lo que creían era en el reposo, en la tranquilidad. Creo que los médicos españoles se han convencido de lo contrario, y hoy por hoy se da la credibilidad que requiere esta técnica terapéutica tan importante, que tan bien ha usado el Prof. Armijo.

Al Prof. Díaz Rubio hay que felicitarle porque ha hecho de un tema difuso como es todo síndrome producido por múltiples etiologías, con mecanismos muy diversos, un conjunto clínico magnífico, y además claramente expuesto, y hay que agradecerle el esfuerzo que supone el resumir en diapositivas las cosas más esenciales de la parte que el tema comporta. Aspectos etiológicos e incluso aspectos esbozados patológicos, y sobre todo insistiendo en que el síndrome dispéptico producido por múltiples causas o existente en muchas enfermedades o en muchos síndromes a su vez, tiene una parte de alteración de la personalidad, con alteraciones a su vez muy importantes psicológicas grandes.

Efectivamente, cuando se ve a un paciente con síndrome dispéptico, por lo menos a mí siempre me ha saltado la duda, que ya han planteado los Profs. Díaz Rubio y Alonso Fernández. ¿Qué precede a qué? ¿Qué influencia tiene en la evolución del síndrome dispéptico la personalidad, las alteraciones del comportamiento, las alteraciones psicobiológicas? ¿Qué importancia tiene las alteraciones de la dieta?. Es un asunto muy complejo. Creo que una de las cosas más difíciles es la explicación, por cierto, como ha hecho muy bien el Prof. Díaz-Rubio, de los mecanismos que lleva a esa situación de dispepsia y, sobre todo, a cómo se cronifica la situación que hace de esa enfermedad, una cosa consustancial con el mismo individuo. Hay individuos que son dispépticos y que terminan siendo dispépticos, y que son así como aquel que tiene un tipo especial de orejas, de manos, o de lo que sea.

Asunto que conmueve o que altera, o que en él está alterada la personalidad del individuo, es siempre un motivo esencial de dedicación médica peculiar, como ha hecho el Dr. Díaz-Rubio y todo su

equipo. Le felicito personalmente por esa magnífica conferencia, que es fruto de todo vuestro trabajo.

Felicito a los dos ponentes. Enhorabuena por estas dos magníficas ponencias.

Se levanta la sesión.