

La cura balnearia en el tratamiento de procesos neuróticos e infraneuróticos

Manuel ARMIJO VALENZUELA *

RESUMEN

Se destaca la creciente afluencia de pacientes neuróticos e infraneuróticos a las Estaciones termales y la favorable influencia de estas curas que permite la liberación temporal de las agresiones habituales, facilitando el descanso y la relajación, en particular en los Centros de aguas radiactivas, debidamente acondicionados, en personal y servicios, para obtener los mejores resultados terapéuticos.

RÉSUMÉ

On remarque l'augmentation de patients névrotiques et infranévrotiques dans les Stations thermales et aussi l'influence favorable de les cures hydrominérales qui permettent une libération des agressions habituelles en facilitant le repos et la détente, en particulier dans les Centres d'eaux radioactives, bien organisés et avec un personnel spécialisé et des bons équipement thermaux et complémentaires.

SUMMARY

The increasing influx of neurotic or infraneurotic patients into the Spas is stand out as well as the favourable influence of these cures wich allows the temporal release of usual aggressions, making easier the rest and relaxation, particularly in well equipped radioactive waters' Spas, to obtain the best therapeutic results.

La complejidad de los trastornos neuróticos es importante, tanto más cuanto que a las manifestaciones consideradas clásicamente como tales, se han sumado otras más complejas en las que, además de los trastornos estrictamente psíquicos, se manifiestan otras muy diversas, esencialmente de orden vegetativo.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, en su tercera edición (DSM III), en su clasificación de los trastornos psíquicos omite las neurosis, agrupando los cuadros anteriormente considerados como tales en: trastornos de ansiedad y trastornos depresivos. Entre los primeros incluye las fobias, pánicos, trastornos obsesivos-compulsivos, etc. y, entre los segundos, las formas unipolares y las bipolares o maníaco-depresivas, considerando formas menores los cuadros distímicos y los ciclotímicos.

La delimitación precisa de estos diversos cuadros no siempre es fácil si bien, como destaca el Prof. BERNER, Catedrático de Psiquiatría en la Universidad de Viena, se suele admitir que las neurosis tienen por base un trastorno biológico que, en la mayoría de los casos, son de desarrollo multifactorial.

Los datos estadísticos de las últimas décadas en los países en que las curas balnearias tienen mayor aplicación, acreditan que la afluencia de pacientes neuróticos a estos Centros, aumenta todos los años y así, concretamente, en Sochi Matsesta que es uno de los más importantes de la URSS, en la década 1950-1960, este tipo de procesos suponía del 35 al 40 % del total de enfermos neurológicos; en 1970, era ya del 44,6 % y en 1973 alcanzaban el 47,6 % del número total de pacientes, y esto sin tener en cuenta los casos en que la neurosis era dolencia concomitante (ULIANOVA¹³); en Francia, según VIDART¹⁴, ese porcentaje se eleva hasta el 70 %.

La razón del favorable efecto de las curas balnearias en estos pacientes y aunque esto suponga adelantar ideas, podría deberse a la diversidad de medios terapéuticos actuantes simultáneamente a la cura hidrotermal propiamente dicha, figurando entre ellos los ambientales, fisioterápicos, psicoterápicos, etc., favorecedores de un cambio constructivo del estereotipo y facilita-

* Catedrático Emérito de la Universidad Complutense. Madrid.

dores del aislamiento de los estímulos psicotraumáticos, bien sean familiares, profesionales, económicos o de cualquier otro tipo.

A pesar de toda esa complejidad de factores actuantes en las curas balnearias, es indudable que rara vez encuentran indicación en las afecciones orgánicas del sistema nervioso, si bien a título coadyuvante de los tratamientos básicos pudieran reportar beneficios. No obstante, es un hecho generalmente admitido que en los cuadros neuropáticos se debe evitar toda prescripción al azar. Así, pues, es siempre conveniente establecer indicaciones precisas si se pretende alcanzar buenos resultados, debiéndose tener en cuenta que muchos pretendidos cuadros neuróticos pueden ser manifestación de un trastorno orgánico no diagnosticado. Por otra parte, la siempre relativamente corta duración de una cura balnearia, reduce la indicación de las mismas a procesos neuróticos poco acentuados, en los que pueda ser suficiente la «pequeña psicoterapia» aplicable en los Establecimientos de este tipo.

Entre los cuadros que, dentro de este grupo de padecimientos, más se pueden beneficiar de las curas balnearias figuran los caracterizados por pequeñas o incipientes perturbaciones psíquicas o mentales, que sitúan a estos pacientes entre la normalidad y anormalidad en sus conductas, y en los que una acción general somática y reguladora de la actividad neurovegetativa, puede ayudar a recuperar la «salud mental». Por el contrario, la cura balnearia no encuentra indicación y hasta puede considerarse contraindicada, en los grandes síndromes psiquiátricos, en los que es perjudicial para el propio enfermo y para el resto de la colonia balnearia.

Insistiendo sobre las principales indicaciones, podemos considerar:

— **Neurosis** en las que, aún dentro de la posible variabilidad de sus manifestaciones, se conserve un buen contacto con el mundo exterior, se deforme escasamente la realidad, la perturbación de la personalidad sea pequeña o nula y se mantengan sin merma las tendencias fundamentales.

Entre las neurosis más frecuentes destacan las depresivas sobre las de angustia, de ansiedad, fóbicas, etc., siendo común en todas ellas, las proyecciones somáticas u órgano-neurosis, consideradas distonías neuro-vegetativas, bien sean origen o consecuencia de descargas emocionales.

— **Personalidades psicopáticas** en las que, sin manifestaciones objetivas de enfermedad, se buscan incesantemente satisfacciones inmedia-

tas, siendo la conflictividad norma de comportamiento.

En estos casos, la cura balnearia no lleva a la normalización, pero puede ser medio adecuado para que los pacientes mejoren su comportamiento social y refrenen sus tendencias perjudiciales, potenciando la acción psicoterápica, socioterápica, etc.

— **Estados infraneuróticos**, caracterizados por peculiares situaciones de cansancio, agotamiento, insomnio, excitación u otras manifestaciones, esencialmente subjetivas, que se presentan como consecuencia de la incapacidad adaptativa a determinados excesos de trabajo intelectual o de responsabilidad de función (síndrome de los dirigentes) y que, además de incapacitar en mayor o menor medida para las actividades habituales, se suelen acompañar de determinismos somáticos diversos.

Por la frecuencia de estos cuadros y la favorable acción de las curas balnearias debidamente controladas, consideramos interesante insistir sobre lo que se ha dado en llamar «surmenage», «overspanning», «overload», «sobrecarga», «stress» y tantas otras denominaciones, todas ellas destinadas a designar la situación creada en determinados sujetos, por los estímulos agresores de la vida cotidiana, condicionantes de un «estado de tensión» que modifica o altera el normal comportamiento, pudiendo llevar hasta el derrumbamiento nervioso (nervous breakdown) y a las más diversas resonancias somáticas.

Actualmente, estas situaciones se incluyen bajo la denominación de «stress» propuesta por SELYE¹², considerando como tal la totalidad del cuadro determinado por las más diversas agresiones, incluyendo en el mismo las reacciones de adaptación, psíquicas y somáticas, que se puedan producir en el organismo. En todos los casos, es de tener en cuenta la intervención como factor condicionante, de la circunstancia individual que modula la respuesta a la agresión e implica la admisión de posibles diferencias de unos individuos a otros, aunque sean semejantes las agresiones inductoras. De la relación que se pueda producir entre los factores o circunstancias agresoras y la predisposición individual, dependerá la resonancia emocional que podrá ser de hiperexcitabilidad, hiperestesia, ansiedad, dificultad de concentración, trastornos de la memoria, alteraciones del sueño, etc., así como posibles manifestaciones somáticas sin substrato evidente, en aparato circulatorio, digestivo, locomotor, etc. (REQUENA¹¹).

Atendiendo a las diversas manifestaciones reaccionales que pueden presentarse, KRAFT⁹ ha clasificado los estados de estrés o sobre-esfuerzo, en cuatro formas principales:

— **Simples** o sensu stricto, que constituyen el grado inferior o de menor afectación, siendo su característica principal la hiperexcitabilidad y la sensibilidad acrecentada (síndrome hiperestésico-emocional), estando disminuido el rendimiento laboral y la capacidad psíquica. Se presenta en sujetos predispuestos sometidos a sobreesfuerzo profesional, conflictos familiares, dificultades económicas, etc.

— **Larvados**, supone una mayor afectación psíquica y emocional y, en estos cuadros, las reacciones psíquicas más diversas (fobias, representaciones obsesivas, histeria de conversión, etc.) se acompañan de manifestaciones somáticas de muy variable localización. Entre las causas determinantes principales destacan los sobreesfuerzos intelectuales y emocionales.

— **Complicados**, constituyen cuadros más complejos puesto que se acompañan de procesos orgánicos manifiestos (metabólicos, endocrinos, infecciosos, reumáticos, tumorales, etc.); trastornos neuróticos diversos, de angustia, ansiedad, vital, etc.; toxicomanías, farmacodependencias, etc. De donde la mayor complejidad de sus manifestaciones se presentan en sujetos en los que el cociente tensional (carga/resistencia) es muy desfavorable.

— **Descompensados**, constituyen el grado máximo de alteración puesto que recoge los cuadros de «derrumbamiento nervioso», con pérdida total de los mecanismos reaccionales. Es la consecuencia de estados de sobrecarga muy prolongados o bien de la incidencia de una nueva y diferente agresión, en un individuo con un cociente tensional muy desfavorable.

Cada uno de estos cuadros requiere un tratamiento adecuado, aunque en todos ellos sean favorables determinadas pautas o procedimientos y, concretamente, una conveniente relación médico-enfermo es de la mayor importancia. En todos estos pacientes, una prudente psicoterapia puede jugar un importante papel y tanto más cuanto mayor sea la psicogénesis del proceso.

En este sentido es trascendente que el médico se esfuerce por comprender al paciente y trate de lograr la identificación, con respeto máximo de la personalidad. Una buena relación médico-enfermo facilita enormemente toda acción terapéutica; pero en los pacientes en que las resistencias y transferencias están fuertemente arraigadas, esta elemental relación se hace insuficiente, precisándose de técnicas especiales y el seguimiento de normas concretas, propias de una psicoterapia sistemática.

No obstante, es difícil cuantificar el «stress», aunque se hayan propuesto escalas basadas en

la intensidad de las manifestaciones psíquicas y somáticas; pero, afortunadamente, la práctica atestigua que, muchas veces, un médico experimentado si dedica suficiente tiempo a conversar con el paciente, puede obtener valiosos datos al respecto y apreciar hasta qué punto la sintomatología psico-somática es un movimiento defensivo frente al «stress» y la ansiedad. Como puntualiza EISNER⁶, los trastornos psicósomáticos son la exteriorización de un sentimiento a través del cuerpo y no la conversión de afectos en síntomas. La situación psíquica del paciente suele ser la determinante de todo el proceso, por complejo que pueda parecer (REQUENA¹¹).

Desde un punto de vista general se admite la beneficiosa acción de los ambientes favorables, en la evolución de las manifestaciones del estrés. En esta línea y en relación con las curas balnearias, es destacable la beneficiosa acción que puede ejercer un ambiente balneario debidamente controlado. En este medio, el sujeto se libera de las agresiones habituales que crean o mantienen los estados neuróticos o las situaciones de «tensión nerviosa», facilitándole el poder combatir sus alteraciones psíquicas y las resonancias somáticas, actuando directa o indirectamente sobre los puntos de somatización de la agresión psíquica, si bien se deba proceder con la suavidad y el equilibrio indispensable para evitar aumentar el estrés con los procedimientos terapéuticos implantados.

La cura balnearia, considerada en toda su amplitud, constituye un conjunto favorable para combatir el estrés en sus vertientes psíquicas y somáticas. El propio ambiente incita al descanso y la relajación; pero, además, el médico crenoterapeuta puede jugar un papel de la mayor importancia, atendiendo al enfermo en todas sus manifestaciones psíquicas y somáticas. Un médico hidrólogo, adecuadamente preparado, considera prudentemente el desequilibrio nervioso de estos pacientes, pero también las somatizaciones más destacadas, tratando de corregirlas con los medios crenoterápicos, ofreciendo al enfermo una «justificación somática» a su proceso y dando base a la aplicación de tratamientos físicos diversos.

Se puede alegar y sin duda constituye una notable dificultad, la relativamente corta duración de las curas termales. Tres o cuatro semanas, como máximo ocho, es poco tiempo para efectos psicoterápicos importantes y aun para los meramente superficiales o de apoyo que permitan alcanzar el reequilibrio nervioso de los pacientes; pero puede ser suficiente para reimplantar la capacidad colaboradora, combatir la fatiga nerviosa y la emotividad ansiosa, sin llegar a crear situaciones de dependencia, nunca deseables.

Claro es que en la resultante terapéutica de una cura balnearia, intervienen múltiples factores y a las ya apuntadas favorables influencias del ambiente y la mejor relación médico-enfermo, hay que añadir la acción de las aguas minero-medicinales y las técnicas hidroterápicas, por sus componentes químicos y sus efectos físicos fundamentalmente, si bien sean también de considerar las acciones inespecíficas.

Por sus elementos mineralizantes y, concretamente, en el tratamiento de los procesos neuróticos e infraneuróticos, interesa destacar los **efectos sedantes** de las aguas radiactivas y cálcicas, bien sean bicarbonatadas o sulfatadas y los **efectos estimulantes** de las aguas cloruradas, sulfuradas y carbogaseosas.

Los efectos de la mineralización son indiscutibles cuando la administración de las aguas es por vía oral, pero se pueden considerar más dudosos en las aplicaciones tópicas. A este respecto los estudios con deuterio, tritio, Na^{24} , Ca^{45} , S^{35} y otros elementos marcados, por NOHARA¹⁰, DREXEL y DIRNAGL⁴, DUBARRY⁵ y tantos otros, acreditan el paso a través de la piel en las prácticas balneoterápicas, aunque siempre sea en pequeña cantidad; pero también es conocido que los elementos absorbidos a través de la piel, muestran una gran actividad, sin duda por la potencialidad que les confiere la vía transcutánea.

Las acciones principales de los tipos de aguas antes enunciados son las siguientes:

Las **aguas radiactivas**, por el radón o radioemanación que llevan incorporado, se comportan como sedantes, analgésicas, relajadoras y reguladoras del equilibrio neuro-vegetativo. Estas acciones las facilita la liposolubilidad del radón que favorece su fijación en sistema nervioso y se manifiesta por el refrenamiento de la hiperexcitabilidad, confirmando sedación, apaciguamiento y hasta somnolencia.

En España se encuentran aguas radiactivas en Almeida (Zamora), Alange (Badajoz), Caldas de Bohí (Lérida), Caldas de Oviedo, Fuente Amargosa de Tolox (Málaga), etc. y, aunque estos Establecimientos no dispongan de equipos especializados, pueden reportar grandes beneficios en pacientes neuróticos o infraneuróticos y así, por ejemplo, la cura en Alange se utiliza desde hace muchísimos años por sus efectos sedantes en sujetos hiperexcitados.

En este mismo tipo de aguas figuran los balnearios franceses de Nérís (Allier), Divonne (Ain) y Saujon (Charente-Maritime) de destacada especialización en este tipo de afecciones.

Las **aguas cálcicas** se comportan como sedantes al disminuir la excitabilidad neuromuscular y

la transmisión sináptica, disminuyen la permeabilidad celular y modulan la secreción y liberación de catecolaminas, autacoides y neurotransmisores.

Entre las diversas aguas cálcicas españolas, podemos citar: Alhama de Aragón (Zaragoza), Alhama de Granada, Termas de Orión (Gerona), Villavieja de Nules (Castellón), etc.

En Francia disponen de Establecimientos con aguas cálcicas especializados en el tratamiento de este tipo de procesos, tales como Bagnères-de-Bigorre (Hautes-Pyrénées), Ussat (Ariège), etcétera.

Las **aguas cloruradas sódicas** se comportan como estimulantes en general, por lo que se han considerado «alterantes» y «modificadoras del terreno». A título de ejemplo de aguas de este tipo españolas, podemos citar: Caldas de Besaya (Santander), Fortuna (Murcia), La Toja (Pon-tevedra), San Juan de Campos (Mallorca), etc.

Las **aguas sulfuradas** ejercen múltiples acciones sobre el organismo y la liposolubilidad del azufre bivalente facilita sus efectos sobre sistema nervioso y muy especialmente sobre el vegetativo, comportándose como estimulantes generales y, en determinados casos, reguladoras del tono. Aguas de este tipo se encuentran abundantemente en España, pudiéndose citar a título de ejemplo: Carballino (Orense), Carratraca (Málaga), Ledesma (Salamanca), Montemayor (Cáceres), etc.

Las **aguas carbogaseosas**, utilizadas en balneación, se comportan como sedantes del sistema nervioso vegetativo, en particular del simpático, confiriendo cierta predominancia vagal con todas sus posibles consecuencias, además la inhalación de carbónico por debajo de concentraciones del 5 %, determina una ligera analgesia y sedación general. Ejemplos de aguas españolas carbogaseosas son: Fuente Agria de Marmolejo (Jaén), Fuente Nueva de Verín (Orense), Vichy Catalán (Gerona), Vilajuiga (Gerona), etc.

La elección del tipo de agua minero-medicinal a utilizar es importante, pero no lo es menos la técnica de aplicación y la forma de hacerla, siendo quizá estas últimas lo más destacable en los Centros especializados. Las prácticas hidroterápicas utilizables en pacientes neuróticos o infraneuróticos en los que encuentre indicación la cura balnearia, se puede admitir que todas pueden ser recomendables siempre que las características del caso a tratar lo justifiquen, ya que las variedades de las manifestaciones psicósomáticas, trastornos psicofuncionales, etc. son múltiples. Pero en todos los casos el programa de tratamiento se debe ajustar a la situación ac-

tual de cada paciente y a su capacidad reaccional, nunca previsible de antemano. Esta es una de las principales razones que justifican el que sea el propio médico o personal especializado, los que controlen directamente tales aplicaciones. Tal comportamiento coadyuva poderosamente a dar valor real a la cura ante el enfermo, reforzando la repercusión psicoterápica y facilitando la «transferencia» hasta el extremo que VIDART¹⁴ ha generalizado el término «transfert hydrothérapique» y, más recientemente, el de «hydro-psychothérapie» para designar el conjunto de esta cura termal, en Psiquiatría.

Tal interpretación de la cura balnearia, confiere una gran responsabilidad al médico que la controla, puesto que le obliga no sólo a estudiar al enfermo y prescribir el tratamiento oportuno sino también a mantener un estrecho contacto con el enfermo durante toda la cura, directa o indirectamente.

En general, todas las técnicas hidroterápicas o crenoterápicas son utilizables, siendo siempre aconsejable establecer programas que ordenen adecuadamente la pauta a seguir, tratando además de ocupar y entretener al paciente, pero sin producirle agobio o cansancio.

Precisamente en las neurosis ligeras, síndromes infraneuróticos, trastornos psicofuncionales, etc., la llamada «**pequeña hidroterapia**», esto es: las aplicaciones de agua a escasa o nula presión, en forma de compresas o envolturas, abluciones, afusiones, baños locales, paseos por el agua, etc., pueden ser aconsejables, dependiendo el tiempo de aplicación, la temperatura, etc. del efecto buscado y de la respuesta individual. En general, las aplicaciones a temperaturas frías o muy calientes son estimulantes y, por el contrario, las indiferentes, son sedantes o relajantes; en todos los casos el tiempo de aplicación debe ser dependiente de la temperatura del agua, del sector tratado y de la respuesta individual.

Además de la «pequeña hidroterapia», la gran hidroterapia encuentra indicación en Psiquiatría y, concretamente, las **duchas** son el proceder más utilizado en el tratamiento de muchos de estos cuadros. De forma esquemática se puede admitir que las duchas templadas a presión media y en aplicaciones prolongadas, son sedantes; en tanto que las duchas frías o calientes de corta duración, son tónicas y excitantes. Pero, en todos los casos, la respuesta es variable según los individuos y, por tanto, difícilmente predecible; de ahí que precisamente en los pacientes neuróticos o infraneuróticos, las aplicaciones deben ser practicadas por personas especializadas capaces de apreciar la respuesta del paciente e, incluso, que puedan aprovechar ese tiempo para fomentar la «transferencia».

En los tratamientos de estos tipos de pacientes, la **balneoterapia total** es muy importante. A temperatura indiferente se comporta como sedante y depresora y en aplicaciones prolongadas, en particular por la tarde, son aconsejables en neuróticos eréticos, facilitando el reposo y la conciliación del sueño; en lógica consecuencia, estos mismos baños se deben evitar en pacientes deprimidos. Los baños a temperatura por debajo de la indiferente y de corta duración, unos segundos, son estimulantes, siendo además indispensable el que se acompañen de fricciones vigorosas y de secado con toalla áspera; finalmente, los baños calientes prolongados, se comportan como analgésicos y sedantes, defatigantes, etc. En los casos de gran excitación motora, hiperestesias, graves casos de insomnio, psiconeurosis y cuadros de este tipo, los baños a temperatura indiferente, muy prolongados, dos a tres horas, repetidos varias veces al día, suelen dar excelentes resultados, en particular los de aguas radiactivas. En los sujetos distónicos vegetativos, los baños calientes dan buenos resultados en los casos de predominio vagal, en tanto que los fríos son más aconsejables en los simpaticotónicos.

En los Establecimientos balnearios que disponen de **estufas** naturales o grutas, con temperaturas entre 40 y 50° C y alto grado de humedad relativa, tal como es el caso de Archena (Murcia), Arnedillo (Logroño), Caldas de Bohí (Lérida), Caldas de Oviedo, etc., se pueden utilizar en sujetos infraneuróticos por su acción relajadora física y psíquica y sus efectos liberadores de tensión nerviosa, atarácticos y apaciguadores; pero siempre bajo el control de personas expertas.

Estos baños de calor, considerados como relajantes en general, aunque sin valor terapéutico destacado, constituyen un proceder coadyuvante para facilitar la integración y capacidad reactiva de los sujetos, mejorador de las posibilidades de convivencia. El recogimiento y el silencio propio de las estufas, favorecen la intimidad y el reencuentro con uno mismo si se dispone de la capacidad de concentración suficiente para reaccionar convenientemente (ARMIJO y SAN MARTIN²).

A título de apéndice y como procederes complementarios de las curas hidrotermales y sus derivados, se deben considerar las diversas técnicas fisio-terapéuticas neuro-reguladoras, tales como los baños de electricidad estática, la onda corta, diatermia y, muy especialmente y como proceder relativamente sencillo, la **masoquinesiterapia relajadora**, en forma de masajes superficiales sedantes de frotación gradual, suave y uniforme, fricciones superficiales y presiones deslizantes, vibraciones manuales moderadas y uni-

formes, percusiones suaves, etc., sobre zonas amplias para facilitar acciones reflejas generales y efectos sedantes de la tensión neuropática difusa. Después de cada sesión es siempre conveniente un reposo de por lo menos 20 a 30 minutos, por lo que es aconsejable que se practiquen en las horas que preceden al descanso nocturno o vespertino, ya que por su efecto sedante ayudan a combatir el insomnio.

Es importante recordar en este momento las técnicas hidroterápicas que producen efectos de masaje, tales son los baños de remolino, las duchas subacuáticas, las duchas-masaje, etc., que unen a los efectos de la balneación los del masaje o amasamiento, con lo que se mejora la circulación periférica, facilita la relajación y estimula la respuesta general del organismo, figurando precisamente entre sus principales indicaciones los estados de «surmenage» o agotamiento nervioso.

Todos estos procederes van orientados a producir sedación en los pacientes y, hasta cierto punto, se pueden considerar un paso hacia la «desensibilización» de WOLPE¹⁵, en la que juega un importante papel la **relajación psicósomática**, que facilita la distensión y la recuperación del dominio sobre los estímulos perturbadores.

En los pacientes con estrés, la relajación debidamente controlada puede facilitar la interrupción del círculo vicioso: rigidez-síntoma-rigidez, al conferir al paciente mayor estabilidad psicológica, seguridad interna y mayor capacidad reaccional y afectiva (CHAMPEVILLE DE BOISJOLLY³, GODA⁸, etc.).

El fin que se persigue con las técnicas de relajación en estos pacientes es ayudarles a salir de su situación de estrés, de ansiedad, de angustia, etc., siendo del mayor interés que el propio paciente practique la relajación en el lugar y posición que considere más conveniente; pero siempre es favorable que, por lo menos en las primeras sesiones, el terapeuta se mantenga en contacto con el sujeto en tratamiento, para dirigir y estimular la lucha con el estrés, aunque siempre se respete la libre actuación y se permita que imprima la modalidad que quiera y como quiera. Precisamente, una característica importante de la cura balnearia es la libertad que permite a los usuarios, cuyas únicas vinculaciones son las que pueda establecer su propia confianza en el médico que dirige su tratamiento y en los medios de cura a que voluntariamente se somete.

En esta labor interviene fundamentalmente el paciente y su médico o personal sanitario que le atiende, pero también es importante considerar la posible influencia de los otros pacientes inte-

grantes de la colonia balnearia que, muchas veces, constituyen agrupaciones convivenciales que favorecen y estimulan a la mejor realización de la cura, confiriéndose todos sus componentes, una fuerza emocional muy superior a la que pudiera darse en cada uno de sus copartícipes aislados. Las decisiones grupales obligan mucho más que las tomadas individualmente, pudiendo dar excelentes resultados si se orientan y controlan acertadamente (ALONSO-FERNANDEZ¹).

De cuanto precede se puede deducir que las curas balnearias, en Centros adecuadamente preparados, puede suponer una eficaz terapéutica en los sujetos con estrés o sobrecarga psíquica. La conjunción del complejo ambiental balneario, climático, crenoterápico, vivencial, etc., constituye un todo actuante de enorme significación por su neutralidad afectiva, sedación emocional y potencialidad psicoterápica, unido además a sus posibles efectos sobre las manifestaciones somáticas.

BIBLIOGRAFIA

1. ALONSO-FERNANDEZ, F. (1977) «*Psicología médica y social*». Ed. Paz Montalvo. Madrid.
2. ARMIGO VALENZUELA, M. y SAN MARTIN BACAICOA, J. (1976). «*Sauna*». Ed. Oteo. Madrid.
3. CHAMPEVILLE DE BOISJOLLY, F. (1987). «*Anxiété, stress et relaxation*». Ann. Kinésithér, t. 14. n.º 6, 309.
4. DREXEL, H., DIRNAGL, K. y PRATZEL, H. (1970) «*Experimentelle Befunde zum chemischen Wirkungsmechanismus der Sole- und Seebäder*». Z. f. Phys. Med. 3, 201.
5. DUBARRY, J. J. y TAMARELLE, C. (1972) «*Pénétration percutanée en balnéothérapie thermale*». Presse therm. clim. 109, 196.
6. EISNER, M. (1980) «*La Psicósomática, el médico y la sociedad*». Noticias Médicas, VI, núm. 198, 3.
7. FONQUERINE, M. (1966) «*Relaxation psychosomatique, rééducation psychozonique et cures thermales*». Presse therm. clim., 103, 24.
8. GODA, G. (1984) «*La relaxation*». Ann. Kinésithér. núm. 1, 349.
9. KRAFT, T. B. (1980) «*¿Stress o sobreesfuerzo?*» (Dos partes). Noticias Médicas, VI, núm. 204, 3.
10. NOHARA, H. (1963) «*Penetration of Mineral Water Constituents* Chap. V de «*Medical Hydrology*». S. LIGHT. Connecticut.
11. REQUENA, Y. (1982) «*Réceptivité au stress et tempéraments*». Revue Méridiens núms. 59-60, 109.
12. SELYE, H. (1950) «*The physiology and pathology of exposure to stress*». Montreal.
13. ULIANOVA, L. A. (1975) «*Terapia sanatorial de las formas persistentes de neurastenia con trastornos vegetativoviscerales*». C. M. Sovietskaya. Meditsina, 41.
14. VIDART, L. (1973) «*Thermalisme psychiatrique et mouvement institutionnel*». Presse therm. clim. 110, 37.
15. WOLPE, J. (1958) «*Psychotherapy by reciprocal inhibition*». Stanford Un. Press.