

La ansiedad, su diagnóstico y tratamiento en el medio balneario

SURRIBAS, C.; TORAN, M. A., y BONAMUSSA, R. M. *

...Sus labios tiemblan; las lágrimas afluyen a sus ojos (...) Sí, y ved! (...) se estremece hasta lo más hondo de su alma (...) ¿Qué otra razón podría tener la mirada de sus ojos, el desacostumbrado tumulto de su agitado pecho o la convulsiva presión de su trémula mano (...) ¿Qué razón puede tener el tono bajo, singularmente bajo, de estas palabras que pronuncia apresuradamente...

E. A. POE, «La cita».

RESUMEN

Se comentan algunos aspectos de la ansiedad y se desarrollan las llamadas Terapias Encubridoras, en el contexto de las cuales la Hidroterapia se utiliza como técnica de relajación vascular.

RÉSUMÉ

On remarque quelques aspects de l'anxiété et l'on développe les soit disant, «Thérapies dissimulatrices», et dans leur contexte, on utilise l'Hidrothérapie comme technique de relaxation vasculaire.

SUMMARY

Some aspects of anxiety are commented and the so called «concealed therapies» are unfolded, being into its context the hydrotherapy used as a vascular relaxation technique.

Existen algunos estudios sobre la crenoterapia en aquellos pacientes cuya exploración psicopatológica revela sufrimiento psíquico. En efecto, en ciertos estados psicopáticos la hidroterapia de Kneipp, la actividad y el reposo dirigido, junto a la crenoterapia, pueden favorecer la normalización.

Entre muestras de pacientes de consultas balnearias generales el 23 % corresponden al diagnóstico de neurosis de angustia (19).

En cuanto a su diagnóstico, la Historia Clínica y la Exploración Psicopatológica (tabla I), en el ítem «Afectividad», Vallejo (1985) refiere un sujeto nervioso, inquieto, con sentimientos de penoso malestar moral. Todo le preocupa, y progresivamente esta situación va afectando más su rendimiento profesional, lo que le hace sentirse incapaz. Los ruidos le sobresaltan, y el futuro le agobia. Vive en un estado de constante tensión diurna que por la noche se manifiesta

por dificultad de dormir y pesadillas. Malhumorado e irritable, en ocasiones puede sentirse desolado por su situación y llorar. Desde un punto de vista somático, el paciente angustiado se nos presentará con una disregulación neurovegetativa y neuroendocrina, palpitaciones, taquicardia, astenia, disnea suspirosa, aprensión torácica, algias difusas, inestabilidad, cefaleas, parestesias, temblores, sudoración, hipotensión o hipertensión, anorexia o bulimia, sequedad de boca, náuseas, vómitos, estreñimiento o diarrea, poliuria, distermias, hipertonía muscular... HERRERO y cols. (9), en su sistematización de la «semiología de los estados de ansiedad», habla de una relación somática que traduce un patrón beta-adrenergico.

TABLA I
Exploración Psicopatológica.
Vallejo (1985)

- Estado de la conciencia: Obnubilación, estupor, sopor, coma, onirismo, lucidez.
- Conducta motora: Excitación, catatonía, retardo, tics, temblor.
- Atención: Hipoprosexia, hiperprosexia, distribilidad, aprosexia.
- Sueño: Hipersomna, insomnio (tipo), sonambulismo.
- Afectividad: Angustia, ansiedad, tristeza, euforia, ambivalencia, paratimia, labilidad.
- Percepción: Alucinosis, ilusiones, seudoalucinaciones, alucinaciones, falsos reconocimientos.
- Orientación: Desorientación (tipo).
- Memoria: Amnesia (tipos), paramnesias, déjà vu, jamais vu, hiperamnesias, fabulaciones.
- Pensamiento (curso): Fuga de ideas, inhibición, perseveración, disgregación, incoherencia, bloqueos.
- Lenguaje: Afasia (tipos), disartría, neologismos, verbigeración, ecolalia, palilalia, mutismo.
- Conducta sexual: T. funcionales, t. elección de objeto, t. de la práctica, t. de la conciencia del propio sexo.
- Conductas alimentarias y autorreguladas: Anorexia, bulimia, pica, potomanía.
- Pensamiento (contenido): Ideas delirantes paranoides, megalomaniacas, depresivas, místicas, etc. Ideas obsesivas, fóbicas, sobrevaloradas, fijadas.

* Equipo Médico del Balneario «Broquetas».

El cuadro descrito puede tener una presentación en crisis aguda (ataque de pánico) o de forma permanente (estado permanente de angustia).

Dadas las componentes psíquicas y somáticas de la ansiedad, su diagnóstico diferencial lo estableceremos con Trastornos Orgánicos (fundamentalmente hipertiroidismo, taquicardia paroxística, feocromocitoma, y crisis hipoglucémicas), y con Estados Depresivos, Neurosis Fóbicas e Histeria de Conversión.

La operatividad en el diagnóstico es referida por los Criterios Diagnósticos del DSM-III (13) para la Ansiedad (Tabla II).

TABLA II

Criterios diagnósticos del DSM-III para la ansiedad

- A. Por lo menos tres crisis de angustia en un período de tres semanas en circunstancias distintas a las de un esfuerzo físico intenso o de una situación amenazante para la vida. Además los ataques no deben ser provocados por la exposición a estímulos fóbicos circunscritos.
- B. Las crisis de angustia van espaciadas por períodos de aprensión o de miedo y, cuando aparecen, por lo menos deben darse cuatro de los siguientes síntomas en cada crisis: 1) disnea, 2) palpitaciones, 3) dolor o malestar precordial, 4) parada respiratoria o sensación de ahogo, 5) mareo, vértigo, o sensación de inestabilidad, 6) sentimiento de irrealidad, 7) parestesias, 8) oleadas de calor y de frío, 9) suduración, 10) debilidad, 11) temblor o estremecimientos, 12) miedo a morir, a volverse loco o a realizar cualquier cosa descontrolada durante el ataque.
- C. Todo ello no es debido a trastornos físicos ni a otros trastornos mentales, como la depresión mayor, los trastornos por somatización o la esquizofrenia.
- D. El trastorno no está asociado con la agorafobia.

En nuestra consulta, tras una correcta anamnesis (que incluye la exploración psicopatológica), administramos el General Health Questionnaire de Goldberg (6, 7) de detección de «casos» psiquiátricos sobre todo «menores» entre enfermos que acuden al médico general o incluso entre la población general. Se compone de cuatro subescuelas y 28 ítems. A saber, Escala A —síntomas somáticos de origen psicológico—, Escala B —Angustia/Ansiedad—, Escala C —«Disfunción social» (en sus actividades diarias)—, Escala D —Depresión—. Los índices de fiabilidad y validez de esta prueba psicométrica «son aceptables u óptimos en nuestro medio» (12).

Una vez llegados al diagnóstico, codificado por el DSM-III, se inicia nuestra propuesta terapéutica para el trastorno de ansiedad.

Esta ha de ser polidimensional y adaptada en cada caso al paciente. Siendo la no rigidez del protocolo fundamental para aquellos casos atípicos o para aquellos pacientes orgánicos crónicos con síntomas psíquicos (21).

1) Psicoterapia de apoyo (5).

1.a. Objetivos: Recuperación del equilibrio defensivo. Alivio de la ansiedad. Supresión o atenuación de síntomas.

1.b. Estrategia: Afirmación a través del vínculo con el terapeuta y del ensayo de conductas diferentes.

1.c. Encuadre temporal: Con frecuencia limitado desde el principio.

1.d. Papel del terapeuta: Definido y frecuentemente protector.

1.e. Actitud del terapeuta: Activo-Directivo.

2) Técnicas de relajación.

Se intenta mejorar la ansiedad mediante la práctica de la relajación muscular. Son las llamadas Terapias Encubridoras (24), por hallarse sobre todo orientadas a lograr la desaparición o atenuación del síntoma sin intentar escudriñar el significado profundo de éste.

2.a. Relajación muscular.

Se educa al paciente a relajarse concentrándose en las sensaciones de tensión-relajación. Se realiza por grupos musculares funcionales. Ponemos por ejemplo el grupo funcional «cabeza y cuello». El terapeuta realizará las siguientes indicaciones al paciente:

- Tiéndase sobre la espalda con los brazos a los costados.
- Apriete la cabeza y los codos contra el suelo. Al levantar ligeramente la parte superior del tronco, la coronilla y los codos mientras inspira el aire.
- Al expulsar el aire, deje caer el tronco lentamente y disfrute la sensación de relax.
- Haga este ejercicio únicamente tres veces. En la cuarta ocasión IMAGINE que está efectuando el movimiento generador de tensión y disfrute nuevamente la respuesta relajación durante tres ciclos de respiración pendular más. Después, efectúe seis ciclos respiratorios más recordando la sensación de la respuesta relajación, pero sin evocar el ejercicio.

Ejercicios de la misma naturaleza se realizarán a continuación sobre las funciones «giro de cabeza», «tendido en relajación» y «relajación de brazo y antebrazo» (22). Antes de iniciar la primera sesión se explica al paciente el fundamento teórico-práctico de la respiración pendular, y se le entrena.

2.b. Hidroterapia.

SCHULTZ, mediante su «entrenamiento autógeno» (16), ejercita al paciente para que logre aprender a relajar miembro a miembro todo su cuerpo y regular su SNV a través de diferentes sensaciones de frío y calor. El sujeto aprende una «actitud psíquica» concentrado sobre «vivencias» de temperatura.

KRAEPELIN (11) estudió la acción relajante y conmutadora del baño caliente desde el punto de vista fisiológico y psicológico.

BERGER y EICHELBERG (16) refieren que los efectos del calor externo pueden favorecer la obtención del estado hipnótico.

Una vez realizados los ejercicios de relajación muscular, y mediante la hidroterapia, iniciamos la relajación vascular —favorecida por la hipotensión previa.

De la misma manera que SCHULTZ enseña la «autorregulación concentrativa» mediante la vivencia sugestiva de calor, primero localmente, hasta que el paciente tiene la sensación de estar en un baño caliente, iniciamos el tratamiento hidroterápico con la «Pauta de Charcot»:

- Primero, ducha fría a presión o en «rayo» (7), a lo largo del tronco y extremidades, en períodos cortos (menos de 15 segundos). No en cabeza.
- Segundo, ducha a presión con agua caliente en los pies.
- Tercero, fricciones enérgicas.

La secuencia es la que sigue: Columna vertebral y pies - columna vertebral, extremidades superiores y pies - columna vertebral, extremidades superiores, extremidades inferiores y pies.

Completamos la sesión con la «Pauta Hidroterápica de Paul»: Baño en agua tibia (28-30 grados) de 5 a 15 minutos, seguido de fricciones vigorosas.

2.c. Masaje Neurosedante.

Se realiza masaje profundo en frente, cara, nariz, y los costados del cuello (toques firmes desde el ángulo de la mandíbula hasta la base del cuello). Seguido de un masaje superficial durante una décima parte del tiempo que haya pasado en masaje profundo. Si existe tensión en mandíbula, puede ser útil una fricción en la articulación temporo-mandibular (22). Seguidamente, se procede a realizar masaje en músculos abdominales, estómago (delimitando con palma de la mano se dan masajes en intensidad creciente desde cúpula y curvatura mayor a píloro), intestino y colon (breve). Puede completarse con masaje general.

3) Psicofarmacología

Todo equipo médico responsable de una pauta terapéutica para la ansiedad, tiene que estar, además, familiarizado con el uso de psicofármacos. Desde este punto de vista, el tratamiento se basa en tranquilizantes benzodiacepínicos, y en fases crónicas, seguimientos con antidepresivos sedativos (1). Ultimamente, se han empleado los bloqueadores beta-adrenérgicos como reductor de la ansiedad somatizada (taquicardia, hipertensión, temblores), conjuntamente con benzodiacepinas. Esta «familiaridad» con el psicofármaco nos permitirá un correcto seguimiento del paciente ansioso que acude a la cura balnearia por prescripción del facultativo especialista que lo trata. Así como la atención de una crisis de ansiedad, en forma de ataque de pánico.

4) Terapias complementarias.

Estímulos auditivos de frecuencia 8-12 ondas por segundo, y 20-75 microvoltios, ítems aproximados a las modulaciones que aparecen en el trazado electroencefalográfico de un adulto en reposo (ondas alfa); Terapias de grupo; Ambiente balneario.

Una vez el paciente es dado de alta se le entrega una técnica de relajación tipo «concentración en las sensaciones», autoadministrable.

La duración del tratamiento descrito es de 15 días, en los que se realizan seis sesiones de psicoterapia de apoyo, 15 sesiones de relajación muscular, hidroterapia y masaje neurosedante, y cuatro sesiones de terapia de grupo. Todo en el contexto del «ambiente balneario» y sus actividades.

CONCLUSIONES

1) La ansiedad, la neurosis de angustia, el trastorno por estrés postraumático, los factores psicológicos que afectan al estado físico, y los síntomas psíquicos del paciente orgánico crónico, son indicación de cura balnearia.

2) Dada la distribución de patologías en el medio balneario (19), para llevar a cabo correctamente ésta, el equipo médico ha de comprender como mínimo un especialista en psiquiatría, un especialista en enfermedades del aparato locomotor, y un especialista en medicina interna (2).

3) El método clínico comprende: Historia Clínica, Exploración Psicopatológica, Diagnóstico, Psicoterapia de apoyo, Técnicas de relajación (relajación muscular, hidroterapia, masaje neurosedante), Tratamiento psicofarmacológico (si se precisa), y Terapias complementarias.

BIBLIOGRAFIA

1. BUENO, J. A.; SABANES, F.; SALVADOR, L. y GASCON, J. (1986). «*Psicofarmacología Clínica*». Salvat. Barcelona.
2. CASADEMONT, M.; FREIXAS, J. y FIGULS, R. (1983) «*Experiencia preliminar con técnicas Balint en un servicio de reumatología*». Hospital de la Cruz Roja de Barcelona.
3. DE PABLO, J.; SUBIRA, S.; MARTIN, M. J.; PICADO, C.; VALDES, M.; DE FLORES, T. (1988) «*Factores psicosociales asociados al asma bronquial*». I Congreso Nacional de Medicina Psicosomática. Alicante.
4. EY, H.; BERNARD, P. y BRISSET, CH (1978) «*Tratado de Psiquiatría*». 8.ª ed. Toray-Masson. Barcelona.
5. FIORINI, M. J. (1973) «*Teoría y técnica de psicoterapia*». Nueva Visión. Buenos Aires.
6. BOLDBERG, D. P. (1972) «*The detection of psychiatric illness by questionnaire*». Oxford University Press. Londres.
7. GOLDBERG, D. P. y HILLER, V. F. (1979) «*A scaled version of the General Health Questionnaire*». Psychological Medicine, 9, 139-145.
8. GOMA, F. (1974) «*Conocer a Freud y su obra*». Dopesa. Barcelona.
9. HERRERO, L.; SABANES, F., y PAYES, E. (1983) «*Trastornos de ansiedad en medicina*». Hoechst Ibérica. Barcelona.
10. HOEHN-SARIC, R. (1982) «*Neurotransmitters in anxiety*». Arch. Gen. Psychiatry, 39, 735-742.
11. KRAEPELIN, E. (1910) Psychol. Arb. 5, 505.
12. LOBO, A.; PEREZ ECHEVARRIA, M. J., y cols. (1981) «*Aportaciones para el uso en España de la versión en escalas del GHQ*». XIV Congreso de la Sociedad Española de Psiquiatría. Resumen, Comunicación Psiquiátrica. Valladolid.
13. «*Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*» (1984). Primera reimpresión española. Barcelona.
14. MUÑOZ, P. E.; VAZQUEZ, J. L., y cols. (1978) «*Study of the validity of Goldberg's 60 Items GHQ in its spanish version*». Social Psychiatry, 13, 99-104.
15. ODIER, CH. (1961) «*La angustia y el pensamiento mágico*». Fondo de Cultura Económica. México.
16. SCHULTZ, J. H. (1987) «*El entrenamiento autógeno*», 4.ª ed. Científico-médica. Barcelona.
17. SCHLEINKOFER, G. (1970) «*Gubfibel für Schule, Praxis*». Sebastian-Kneipp Schule. Bad Wörishofen.
18. SHEEHAN, D. y cols. (1980) «*Treatment of endogenous anxiety with phobic, hysterical and hypochondriacal symptoms*». Arch. Gen. Psychiatry, 37, 51-59.
19. SURRIBAS, C. y TORAN, M. A. (1988) «*Demanda balnearia del paciente psicossomático*». Sección de Psiquiatría y Psicología Médica. Balneario Broquetas. Caldes de Montbui.
20. SURRIBAS, C. y TORAN, M. A. (1988) «*La exploración psicopatológica del geronte en el balneario*». I Congreso Latino de Hidrología Médica. Caldes de Malavella.
21. SURRIBAS, C. y TORAN, M. A. (1988) «*Los criterios diagnósticos del DSM-III en la reumopatía como expresión de desequilibrio psíquico*». I Congreso Nacional de Medicina Psicosomática. Alicante.
22. TRIMMER, E. (1987) «*El plan de relajación en diez días*». Martínez Roca. Barcelona.
23. VALDES, M.; FLORES, T.; TOBEÑA, A. y MASSANA, J. (1983) «*Medicina Psicosomática*». Trillas. México.
24. VALLEJO, J. y cols. (1985). «*Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría*». 2.ª ed. Salvat. Barcelona.

Balneario

San Juan de la Font Santa

(a 45 km. de Palma de Mallorca)

Procesos reumáticos crónicos y afecciones cutáneas

Balneoterapia con agua termal en constante renovación

Sol Mediterráneo - Excelentes playas cercanas

Dirección: Sr. Morell - Teléf. (971) 65 50 16