

¿PUEDE LA HIDROTERAPIA REALIZADA EN LOS BALNEARIOS UTILIZARSE COMO TÉCNICA DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTA?

Conrado SURRIBAS i FIGULS*

RESUMEN

La terapéutica psiquiátrica general contempla recursos que van desde la farmacología a las técnicas de modificación de la conducta. Entre las últimas, se definen las Terapias Encubridoras como aquellas que tienen como objetivo la remisión total o parcial del síntoma sin buscar el significado profundo de éste. En el presente artículo se analizan las posibilidades de la Hidroterapia practicada en los Balnearios como técnica encubridora útil en las manifestaciones somatoformas de determinados trastornos psíquicos.

RESUMÉ

La thérapeutique psychiatrique générale considère des outils divers: de la pharmacologie jusqu'aux techniques de modification de la conduite. Parmi ces dernières techniques, on caractérise les thérapies couvertes comme celles qui ont pour objectif la rémission totale ou partielle du symptôme sans chercher sa signification profonde. Dans cet article on analyse les possibilités de l'Hidrothérapie suivie dans les Balnéaires comme technique couverte utile pour les manifestations somatoformes de divers troubles psychiques.

SUMMARY

The general psychiatric therapy, involves skills ranging between the pharmacology and behavioural therapies. The latter, defined the over harbourer, therapy as those which had the aim of a total or partial remission of the symptoms, without considering the complete meaning of its. In the present paper, we analyse the possibilities of the hydrotherapy, applied into the spa, as a useful, over harbourer technique, to treat the somato form, signs, that appeared in several psychiatric diseases.

Existen pocos estudios sobre la hidroterapia en aquellos pacientes cuya exploración psicopatológica revela sufrimiento psíquico. En efecto, en ciertos estados psicopatológicos la hidroterapia de Kneip (2), la actividad y el reposo dirigido, junto a la Crenoterapia (parte de la Terapéutica que estudia la acción de las aguas mineromedicinales en el organismo sano o enfermo), pueden favorecer la normalización.

Entre muestras de pacientes de consultas balnearias generales el 23 por 100 corresponden al diagnóstico de neurosis de angustia (21).

En cuanto a su diagnóstico, la historia clínica y la exploración psicopatológica, 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 presentará con una disregulación neurovegetativa y neuroendocrina, palpitations, taquicardia, astenia, disnea suspirosa, opresión torácica, algias difusas, inestabilidad, cefaleas, parestesias, temblores, sudoración, hipertensión o hipotensión, anorexia o bulimia, sequedad de boca, náuseas, vómitos, estreñimiento o diarrea, poliuria, distermias, hipertonia muscular... Herrero y cols. (12), en su sistematización de la «semiología de los estados de ansiedad», habla de una relación somática que traduce un patrón beta-adrenérgico.

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 se establece con Trastornos Orgánicos (fundamentalmente hipertiroidismo, taquicardia paroxística, feocromocitoma y crisis hipoglicémicas), y con Estados Depresivos, Neurosis Fóbicas o Histeria de Conversión.

* Director Médico de Clínicas y Balnearios para Tratamientos Psicósomáticos (CLINYBAL).

En la consulta balnearia, tras la anamnesis (que incluye la exploración psicopatológica), se administra el General Health Questionnaire de Goldberg (9,10) 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 subescalas 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 (16).

La propuesta terapéutica balnearia para el trastorno por ansiedad es polidimensional y adaptada en cada caso al paciente. Siendo la no rigidez del protocolo válido para aquellos casos atípicos o para aquellos pacientes orgánicos crónicos con síntomas psíquicos (22).

El estilo de vida actual, en una sociedad tecnificada y competitiva, da lugar a unas pautas de comportamiento en las que está presente el estrés.

El aumento de la actividad del Sistema Nervioso Ortosimpático, en cuanto el organismo se enfrenta a un estímulo aversivo ambiental que sobrepasa sus sistemas de tolerancia —por intensidad o excesiva duración del mismo— puede dar lugar a un amplio espectro de patología de base funcional (23).

En el control de la reacción frente al estrés ambiental inciden elementos terapéuticos y de prevención:

1. Técnicas de autocontrol.
2. Retroacción Biológica.
3. Relajación.

1. Técnicas de autocontrol

El entrenamiento autógeno produce una transformación general del sujeto mediante vivencias de peso y calor (20).

Polzien (20) sostiene que toda técnica conmutadora concentrativa precedida por sugestión va implícitamente ligada a una conmutación en el sentido de «calor». Una actitud psíquica concentrada sobre vivencias de temperatura provoca oscilaciones totales del organismo demostrables.

La relajación vascular de la prueba de calor tiene lugar previa relajación muscular. Esta última no sólo está relacionada con aquélla a través de una coordinación central, sino que la hipotonía muscular contribuye así mismo a la relajación vascular, en virtud de mecanismo periféricos.

Mediante la hipnosis clásica se ha conseguido estudiar objetivamente los cambios de temperatura corporal psicológicamente provocados (H. Berger, Eichelberg (20)...), pero existen una serie de observaciones que demuestran que los efectos del calor externo pueden favorecer la obtención del estado hipnótico. En este sentido, W. Berger (20) recomendaba hipnotizar aplicando placas de metal caliente.

2. Retroacción Biológica

El biofeedback o Retroacción Biológica se basa en la aplicación de los principios del condicionamiento instrumental a ciertas disfunciones biológicas reversibles que tienen descompensados sus mecanismos homeostáticos. Se utiliza en rehabilitación neuromuscular, regulación de las funciones mediatizadas por el S.N.V., y estudio y modificación de los ritmos electrocorticales (24). En los últimos años ha ido extendiendo sus indicaciones en el campo especialmente de la patología psicosomática.

Una de las técnicas utilizadas es, aun cuando la más frecuente es el electromiograma (23), el control de la temperatura.

3. Relajación

Se definen las Terapias Encubridoras como aquellas encaminadas a lograr la desaparición o atenuación del síntoma sin intentar buscar el significado profundo de éste.

La utilización del calor como base de determinadas terapias encubridoras se basa en su acción relajadora autosugestiva que facilita la liberación, aunque sólo sea temporal, de la constante agresión psíquica de la vida cotidiana. En este sentido, se señalan los trabajos de los fisiólogos Hensell y Scheifer (20) sobre la sensación de temperatura y la regulación térmica.

Kreapelin (20), en 1910, hace referencia a los estudios de Busch y Plaut sobre la acción relajante y conmutadora de la terapia hidrotermal. Hoy por hoy, se realizan en algunos Centros Termales actualizaciones —para el tratamiento coterápico en determinados trastornos disociativos— de las «Pautas de Charcot y de Paul» (22):

— Primero, ducha fría a presión o en «rayo» a lo largo del tronco y extremidades en períodos cortos (menos de quince 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, EE.SS. y pies— columna vertebral, EE.SS., EE.II. y pies.

Se completa la sesión con la «Pauta Hidroterápica de Paul»: Baño en agua tibia (28-30 grados) de cinco a quince minutos, seguido de fricciones vigorosas.

La actuación crenoterápica en los cuadros de estrés se registra en tres fases (2):

1. Relajación e hipotonía muscular. Alivio de los síntomas de tensión y rigidez.
2. Reeduación. El sujeto relajado se encuentra a sí mismo.
3. Control tónico-emocional.

RELAJACIÓN AUTÓGENA POR MECANISMOS HIDROTERÁPICOS

Presupuestos

- a) Examen cardiocirculatorio completo.
- b) Exploración psicopatológica.
- c) Orientación Diagnóstica.

Técnica del tratamiento hipertermal relajador autógeno

Se pretende con la hidroterapia:

— Llegar a la modificación de las correlaciones de los centros vegetativos, y a la relajación física muscular, modificación de los corpúsculos senso-perceptivos cutáneos y cambiar los mecanismos reguladores arteri-capilares cutáneos.

— Actuar sobre el volumen-minuto cardíaco.

— Iniciar la fase de concentración dirigida hasta llegar a la iniciación del sueño.

— Activar la dinámica del sudor.

Realización de la técnica

1.^a FASE: Se inicia con un baño hipertermal (45 grados) con nivel del agua hasta las rodillas. La posición del paciente es en forma de «asiento de cochero» (o «sentado en baño romano»), con las manos sumergidas frotándose los pies. La duración es de diez minutos.

2.^a FASE: La misma postura sobre los peldaños del baño. Nivel del agua más alto, hasta el bajo vientre. Temperatura a 42 grados. Tiempo, diez minutos.

3.^a FASE: La más importante. Se aprovechan los estímulos térmico e hidrostáticos. Se conduce el calor por convección sobre los límites metaméricos periféricos de los centros espinales del sudor. El paciente se da cuenta, perfectamente, de un súbito recalentamiento por vía vegetativa, con sofocación tóraco-cefálica e iniciación del sudor. Tiempo total, cinco minutos.

4.^a FASE: Relajación acmé: Se cambia la posición por plano inclinado. Posición ventro-tabla. Variables a tener en cuenta:

- a) nivel del agua
- b) la temperatura
- c) la presión hidrostática.

Se trata de una acción sobre los estímulos que influyen en los centros diencefálicos y la restauración de los impulsos vitales.

La hidroterapia —como técnica de relajación encubridora que induce una buena miorelajación— puede significarse como medida cooterapéutica en la Medicina Conductual.

Dentro de la terapia del comportamiento, los métodos de relajación activos (Stokvis y Wiesenhutter, 1979) son los más empleados, y en particular el Entrenamiento en Relajación Progresiva de Bernstein y Barkovec (1973), basado en la técnica de Jacobson (1938) ampliada, potencialmente, con visualización de escenas agradables y relajantes dirigidas por el terapeuta (guided imagery) (Pellicer y Salvador, 1990).

La polémica suscitada entre los autores (Puente, 1990) sobre la operancia a través de mecanismos comunes o distintos de la relajación autógena y la relajación progresiva, se convierte en la práctica terapéutica en complementariedad al utilizar como medio la hidroterapia termal.

En efecto, la relajación progresiva está orientada a conseguir niveles profundos de relajación muscular. Para ello se entrena al sujeto, mediante ejercicios de tensión y relajación, e identifica éste los niveles de tensión muscular en distintas partes de su cuerpo para poder reducirla.

La hidroterapia produce una hipotonía muscular que facilita la reeducación de la tensión, y su identificación por parte del paciente.

La relajación autógena principalmente implica instruir al paciente para que sea capaz de autoinducirse, mediante sugerencias, ciertos cambios fisiológicos (disminución de la tensión muscular, vasodilatación, disminución de la tasa respiratoria), lo que está implícito en la hidroterapia hipertermal, siendo pues un buen ejemplo de lo que el sujeto ha de conseguir.

Las conclusiones en el manejo de la hidroterapia termal en el paciente afectado de ansiedad, trastornos neuróticos, y enfermedades psicósomáticas son las siguientes:

1. Estas patologías pueden ser susceptibles de tratamiento en un centro balneario si cuenta con:

a) Un médico especialista en psiquiatría.

b) Terapeutas especializados en las técnicas de relajación descritas.

c) Un médico experto en hidrología médica.

2. La hidroterapia termal realizada en un balneario, así entendida, es un medio adecuado para adaptar o inicializar las técnicas de relajación progresiva o concentrativas.

BIBLIOGRAFÍA Y REFERENCIAS

1. ANGUERA, I.: «*Medicina Psicósomática*». Doyma. Barcelona, 1988.
2. ARMIJO, M.: «*Compendio de Hidrología Médica*». Ed. Científico Médica. Barcelona, 1968.
3. BERNSTEIN, D. A. y BORKOVEC, T.: «*Progressive Relaxation Training: A Manual for the Helping Profession*». Champaign, Illinois: Research Press, 1973.
4. BUENO, J. A.; SABANES, F.; SALVADOR, L. y GASCON, J.: «*Psicofarmacología Clínica*». Salvat. Barcelona, 1986.
5. CASADEMONT, M.; FREIXAS, J. y FIGULS, R.: «*Experiencia preliminar con técnicas Balint en un servicio de reumatología*». Hospital de la Cruz Roja de Barcelona, 1983.
6. DE PABLO, J.; SUBIRA, S.; MARTÍN M. J.; PICADO, C.; VALDÉS, M. y DE FLORES, T.: «*Factores psicosociales asociados al asma bronquial*». I Congreso Nacional de Medicina Psicósomática. Alicante, 1988.
7. EY, H.; BERNARD, P. y BRISSET, CH.: «*Tratado de psiquiatría*». 8.ª ed. Toray-Masson. Barcelona, 1978.
8. FIORINI, M. J.: «*Teoría y técnica de psicoterapia*». Nueva Visión. Buenos Aires, 1973.
9. GOLDBERG, D. P.: «*The detection of psychiatric illness by questionnaire*». Oxford University Press. Londres, 1972.
10. GLODBERG, D. P. y HILLER, V. F.: «*A scaled version of the General Health Questionnaire*». Psychological Medicine, 9, 139-145, 1979.
11. GOMA, F.: «*Conocer a Freud y su obra*». Dopesa. Barcelona, 1974.
12. HERRERO, L.; SABANES, F. y PAYES, E.: «*Trastornos de ansiedad en medicina*». Hoechst Ibérica. Barcelona, 1983.
13. HOEHN-SARIC, R.: «*Neurotransmitters in anxiety*». Arch. Gen. Psychiatry, 39, 735-742, 1982.
14. JACOBSON, E.: «*Progressive Relaxation*». Chicago: University of Chicago Press, 1938.
15. KRAEPELIN, E.: Psychol. Arb. 5, 505, 1910.
16. LOBO, A.; PÉREZ ECHEVARRÍA, M. J. y col.: «*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, 1981.
17. PELLICER, X. y SALVADOR, L.: «*Terapia de conducta en oncología*». C. Med. Psicósom. Sex. N.º 13-1990, 6-20.
18. DE LA PUENTE, M.ª L.: «*El entrenamiento en relajación en el tratamiento de las cefaleas tensionales*». C. Med. Psicósom, N.º 16-1990, 25-32.
19. SAN ROMÁN Y ROUYER, J.: «*Hidrología Médica*». Salvat ed. Barcelona-Buenos Aires, 1945.
20. SCHULTZ, J. H.: «*El entrenamiento autógeno*». 4.ª ed. Científico-Médica. Barcelona, 1987.
21. STOKVIS, B. y WIESENHUTTER, E.: «*Técnicas relajadoras y de sugestión*». Herder. Barcelona, 1983.
22. SURRIBAS, C.: «*Los criterios diagnósticos del DSM-III en la reumopatía como expresión de desequilibrio psíquico*». I Congreso nacional de Medicina Psicósomática. Alicante, 1988.
23. SURRIBAS, C.; TORAN, M. A. y BONAMUSA, R. M.: «*La ansiedad, su diagnóstico y tratamiento en el medio balneario*». Bol. Soc. Esp. Hidrol. Méd.- Vol. IV, N.º 2, 1989, 77-80.
24. VALDÉS, M.; FLORES, T. y MASANA, J.: «*Medicina Psicósomática*». Trillas. Méjico, 1983.
25. VALLEJO, J. y cols.: «*Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría*». 2.ª ed. Salvat. Barcelona, 1985.