

## CONSIDERACIONES EN TORNO A LAS PSICALGIAS Y CURAS BALNEARIAS

SAN MARTIN BACAICOA, Josefina\*

### RESUMEN

*Después de unas consideraciones acerca de los procesos psicósomáticos, las psicalgias y, en especial, las cervicalgias psicógenas, se destaca la acción favorable de las curas balnearias y las aplicaciones tópicas de aguas mineromedicinales en forma de baños y duchas a débil presión, así como de los ejercicios programados en el seno de aguas sedantes hipertermales que determinan mejorías subjetivas en un porcentaje elevado de los pacientes tratados y favorecen la implantación de una psicoterapia eficaz*

**PALABRAS CLAVE:** *Psicosomática - Psicalgias - Cervicalgias psicógenas - Curas balnearias.*

### RESUMÉ

*Après quelques considerations sur les procès psychosomatiques et les psychalgies, en special les cervicalgies psychogènes, on fait mention des effets favorables des applications crenotherapiques: bains et douches locales à faible pression ainsi que les exercices programmés dans les eaux sédatives hyperthermales qui provoquent des améliorations subjectives importantes dans un pourcentage élevé des patients qui facilite la psychothérapie efficace.*

**MOTS CLEFS:** *Psychosomatique - Psychalgies - Cervicalgies psychogènes - Thermoclimatisme.*

### SUMMARY

*After several considerations about the psychosomatic processes, the psychalgies and specially the cervichalgies psychogenes, we remark the favourable action of the hydrothermal treatment and the topic applications of the minero-medicinale waters in baths and low pressure*

*showers, as well as the programmed exercises in sedative hyperthermal waters, which determine subjective improvement in a high percentage of the patients and help the implantation of an effective psychotherapy*

**KEY WORDS:** *Psychosomatic - Psychalgias - Psychogenic cervicgia - Hydrothermal treatment.*

### INTRODUCCION

Es un hecho indiscutible que todo enfermo es un hombre completo, una persona, coyunturalmente doliente, que requiere ser atendida tanto en lo que considere su padecer como en su forma de padecerlo y tolerar sus posibles repercusiones.

Esta elemental consideración, pone de relieve que todo paciente precisa ser atendido en lo somático y en lo psíquico, lo que confiere especial relevancia a la Medicina psicósomática toda vez que, con gran frecuencia, lo somático tiene repercusiones psíquicas y el estado psíquico puede tener resonancias somáticas.

La consideración del enfermo como persona global que puede sufrir en su soma y en su psíquico no es nueva y ya GRODDECK, médico vienés, en 1918, publicó un libro titulado "Causalidad psíquica y tratamiento psicoanalítico de las enfermedades orgánicas" en el que ponía de relieve que el enfermo debe ser atendido como ser radicalmente unitario y, años más tarde, en 1925, SCHWARZ defendió la posible naturaleza psicogenética de diferentes trastornos corporales.

La interrelación entre lo esencialmente psíquico y lo somático la hizo patente el gran patólogo alemán von BERGMANN al admitir las que denominó "enfermedades funcionales", en las que un trastorno psicógeno es el determinante de alteraciones funcionales y éstas, a su vez, de lesiones reversibles primero y hasta irreversibles después.

El Prof. REY ARDID destacaba que la idea de

\* Catedrática de Hidrología Médica U.C.M.



salud y enfermedad había que acogerla en la concepción unitaria del hombre, siempre sometido a influjos de factores psíquicos sobre su estado somático, idea que se recoge ampliamente en la denominada "Medicina psicosomática".

El término "*psicosomático*" fue empleado por HEINROTH a principios del siglo XIX, pero su generalización no se produjo hasta bien entrado el siglo actual, considerándose Medicina psicosomática la orientada hacia el conocimiento en la Patología de las relaciones existentes entre psique y soma y la posible influencia de la vida emotiva en la génesis de trastornos somáticos. Actualmente, es generalmente admitido la posible aparición de trastornos somáticos vinculados a factores emotivos y, como ya defendía von BERGMANN, "estímulos psíquicos pueden ser determinantes de alteraciones funcionales", siendo indudable que todas las enfermedades, aún las íntimamente dependientes de agentes externos, pueden ser influidas en su evolución por factores psíquicos y, por tanto, quedar envuelta la patología somática por la psicosomática.

La trascendencia actual de la psicosomática es indudable, siendo defendible que la psicosomática es un modo de entender la Medicina y de tratar a los enfermos y si bien es indudable que neuróticos, psicópatas, depresivos, maníacos, etc. son tributarios de médicos psiquiatras, los sujetos afectados de resonancias en su psiquismo de trastornos somáticos son dependientes de médicos generales o de especialistas de la función alterada.

La orientación psicobiológica de la Medicina utiliza los conocimientos de las posibles relaciones entre psique y soma para descubrir la influencia de la vida emotiva en la génesis de trastornos somáticos, así como la ejercida en la evolución normal de tales trastornos. De ordinario, la génesis emotiva o la influencia de situaciones de orden psíquico, sobre la evolución de procesos somáticos, se genera, primordialmente, a través del sistema nervioso vegetativo y del funcionamiento de órganos viscerales, actividades metabólicas, cardiovascuales, etc.

Tal interpretación parece justificada por la existencia en el cerebro de centros nerviosos vegetativos que rigen actividades funcionales viscerales, metabólicas, etc. de distinto tipo e intensidad según sea la receptividad o resistencia de cada sujeto, de sus funciones y actividades, variables con las circunstancias concurrentes en el sujeto receptor, en este caso "persona doliente" con una determinada capacidad de respuesta a cuanto le rodea o circunda condicionada por su propio ser,

su propia enfermedad y su manera de sentirla (ROF CARBALLO).

Según von BERGMANN, entre lo orgánico por una parte y lo psíquico por otra, existe un puente constituido por la respuesta funcional y, en este sentido, las *psicalgias* pueden ser consideradas como la somatización, en el aparato locomotor, de una alteración psíquica, si bien el síndrome psicógeno en el caso del aparato locomotor se preste a discusión y en las cervicalgias, aun en las formas aisladas, suelen encontrarse pequeños trastornos estáticos, dinámicos, degenerativos, etc. que hacen dudar de hasta qué punto los factores psíquicos son determinantes del cuadro doloroso.

A pesar de las dificultades, la práctica atestigua la frecuencia de trastornos dolorosos en aparato locomotor que, por sus características, se consideran de origen psíquico y, precisamente estos cuadros, constituyen uno de los síndromes que con más frecuencia recaban la atención de los médicos generales, de los reumatólogos y de los hidrólogos en establecimientos balnearios.

ROTÉS-QUEROL considera psicógenas las manifestaciones dolorosas del aparato locomotor en las que es condición determinante la presencia de un trastorno psíquico, siendo sus características: ausencia de alteraciones orgánicas que puedan justificar la sintomatología del proceso, el carácter funcional de los trastornos y la evidencia de una alteración psíquica.

En esta misma línea el Prof. BORRACHERO considera como psicógenos, los procesos dolorosos referidos al aparato locomotor que surgen en individuos con predisposición psicosomática, carentes de base anatomoclínica y que son refractarios a la medicación antirreumática ordinaria y responden a los sedantes y técnicas psicoterápicas.

Entre los cuadros clínicos que pueden ser considerados psicógenos puros o asociados, figuran las cervicalgias caracterizadas por dolor en la nuca y parestesias irradiadas a vértex craneal, siendo frecuente en estos pacientes la hiperexcitabilidad. El tratamiento de estos cuadros es, muchas veces, difícil, puesto que con frecuencia ofrecen peculiaridades individuales toda vez que estos enfermos, primordialmente influidos por factores psicoemocionales, pueden presentar sintomatología peculiar y receptividad y capacidad de reacción a las normas terapéuticas, muy variables.

En estos pacientes el tratamiento debe orientarse en la doble dirección somática y psíquica, si bien sea siempre conveniente determinar que es lo primordial y que lo secundario y, a tal fin, es de la mayor importancia la relación que pueda estable-

cerse entre el médico y el enfermo, que se inicia ya en la primera visita o entrevista y, como destaca ALONSO FERNÁNDEZ, lo que ocurra en esa primera relación es de enorme importancia y puede influir decisivamente en el que vaya a ser el comportamiento del sujeto en cura y el resultado final.

Todo este proceder exige tiempo y, muchas veces, paciencia, lo que no siempre es posible y hasta puede resultar imposible en determinados medios, por buena voluntad que tenga el médico. El tiempo muchas veces limitado y las exigencias laborales y asistenciales, hacen del enfermo un "caso" y como tal suele ser atendido. La Medicina actual dispone de medios extraordinarios para alcanzar un diagnóstico preciso y a ellos se recurre con el fin de poder aconsejar el tratamiento más conveniente; pero tal proceder, aunque correcto, tiende a "despersonalizar", relegando lo que pueda ser energía volitiva, reaccional y psíquica del paciente, pudiendo ocurrir que su respuesta sea adecuada y conveniente para obtener alivio a su dolencia o hacerlo de forma inadecuada o inconveniente.

La relación médico-enfermo en estos pacientes es muy importante, puesto que puede permitir el descubrir la personalidad del sujeto y hasta su forma de entender su situación actual, lo que ayudará extraordinariamente a implantar la pauta de tratamiento más conveniente y hasta el inicio de una acción psicoterápica trascendente en muchos de estos pacientes.

A título de ejemplo haré especial referencia a las *cervicalgias psicógenas o funcionales* de las que tengo experiencia adquirida a lo largo de años atendiendo a enfermos reumáticos en Establecimientos balnearios y Centros de rehabilitación.

En estos cuadros como destacan las publicaciones de BORRACHERO, ROTÉS-QUEROL, HELLMAN, etc., se presentan alteraciones diversas, esencialmente subjetivas, en las que el componente psíquico y neurovegetativo es destacable.

En muchos de estos pacientes, la cervicalgia se puede considerar como la somatización en raquis cervical de la alteración psíquica, siendo su manifestación sobresaliente el dolor en región cervical que, con frecuencia, se limita a la región de la nuca, si bien, en algunos casos, se irradia segmentalmente a zonas próximas. A veces el dolor y las parestesias parecen corresponder a determinados dermatomas y, en tales casos, el dolor se incrementa con los movimientos del cuello y la desviación de la cabeza hacia el lado afectado; pero en las cervicalgias psicógenas es más frecuente que

el dolor en región cervical sea de carácter aberrante y sin correspondencia apreciable a territorios metaméricos, siendo las irradiaciones atípicas y de ritmo variable, no modificándose ni por el ejercicio ni por el reposo, pudiendo alcanzar intensidades tales que lo hagan insoportable. En estos pacientes la respuesta a los analgésicos es impredecible puesto que, en tanto en algunos produce efectos beneficiosos, en otros se sigue del fracaso más absoluto. Lo que es característico en todos estos sujetos dolientes es la marcada influencia de las situaciones emocionales que pueden incrementar o amortiguar la sensación de dolor, así como el hecho de que el padecimiento no altera o apenas modifica el buen estado general.

Es frecuente que los pacientes con cervicalgias psicógenas acusen astenia intensa matinal, palpitaciones, vértigos, parestesias, estados depresivos, ansiedad, etc., pero la exploración clínica, por meticulosa que sea, no suele evidenciar anomalías. Los datos radiológicos suelen ser normales pero, en todos los casos, se deben extremar los exámenes y pruebas para evitar que bajo la consideración de síndrome psicógeno queden enmascarados procesos mucho más graves, tales como distensiones musculotendinosas cervicales, hernias del núcleo pulposo, trastornos reumáticos degenerativos de las articulaciones apofisarias o de los discos intervertebrales que pueden acompañarse o no de signos neurológicos, compresión de la arteria vertebral y del simpático cervical posterior, osteomielitis, neoplasias, etc. Todo ello obliga a que el examen clínico de este tipo de pacientes con dolor cervical, sea meticuloso si se quiere evitar errores diagnósticos que pueden tener graves consecuencias.

En los síndromes psicógenos, la sintomatología dolorosa se presenta como manifestación independiente de todo otro trastorno que no sea de origen psíquico. De ordinario, el dolor en estos pacientes no se corresponde con zonas anatómicas bien determinadas y se presenta y desaparece de la forma más caprichosa, lo que puede ser significativo desde el punto de vista diagnóstico.

Característica de estos cuadros psicógenos es su variabilidad, reversibilidad y carácter esencialmente subjetivo, por lo que su valoración clínica precisa es difícil. Es también importante diferenciar los que puedan ser reales procesos psicógenos, de los falsos o pseudopsicalgias, determinados fundamentalmente por alteraciones somáticas o mal uso de las estructuras músculo-esqueléticas por hábitos inconvenientes, posturales o laborales.

La mayor dificultad para diferenciar estas dis-



tintas formas, estriba en que la sintomatología es muy parecida en todos los casos, siendo destacable la manifestación álgica y la falta de respuesta a las terapéuticas habituales. En un porcentaje elevado de estos pacientes a la manifestación dolorosa se suelen unir manifestaciones psicovegetativas, trastornos funcionales de diversas localizaciones y siempre complejas, dando al conjunto del padecimiento un carácter polimorfo, difícilmente clasificable.

En los sujetos con manifestaciones álgicas y destacado componente psicógeno, el Prof. BORRACHERO admite tres grupos: a) sin alteraciones orgánicas apreciables; b) con ligeras manifestaciones asociadas; y c) formas artrósicas con sintomatología psiconeurótica. Lo importante es determinar los procesos psicógenos reales puesto que requieren un tratamiento psicoterápico adecuado y, en todo caso, un tratamiento sintomático conveniente, siendo precisamente en estos pacientes en los que una *cura balnearia* bien dirigida y en toda su complejidad, puede dar resultados excelentes.

En primer lugar, en el medio balneario puede alcanzar su mayor significación la relación médico-enfermo, ya que tanto el médico como el enfermo suelen disponer de tiempo suficiente para un intercambio prudente de ideas y consideraciones que faciliten el que se pueda alcanzar el conocimiento del verdadero sentir del sujeto y su situación psíquica actual, sus gustos y sus preocupaciones, sus aptitudes, estado de ánimo, etc.

Este proceder es trascendente en todos los pacientes que se van a someter a una cura balnearia, pero de manera destacada en los que acusan manifestaciones psiconeuróticas y disturbios neurovegetativos, además de padecimientos somáticos diversos. Tales circunstancias se dan en los sujetos que padecen cervicalgias psicógenas, en los que la intervención directa del médico puede ser trascendente para que el paciente emprenda la cura con ilusión y esperanza y si es el propio médico el que aplica o controla directamente las prácticas hidrotermales, se puede producir lo que VIDART denomina "transfert hydrothérapique", paso importante hacia la intervención psicoterápica, base de una práctica médica realmente efectiva en este tipo de pacientes.

Los Establecimientos balnearios con su peculiar organización e instalaciones pueden alcanzar extraordinaria importancia en el tratamiento de estos cuadros psicálgicos, toda vez que, además de sus posibles acciones específicas, el ritual o ceremonial que acompaña a las prácticas hidroterma-

les potencia, ante el paciente, su significación terapéutica.

Los pacientes psicálgicos en general y concretamente los que padecen cervicalgias psicógenas requieren particular atención por parte del médico que los trate que, además de un diálogo suficientemente prolongado y prudentemente dirigido, debe llegar a dilucidar con la mayor precisión posible las características de su peculiar padecer.

Con relación al dolor se debe investigar su localización, ritmo, posibles irradiaciones, causas determinantes o condicionantes, etc.; en cuanto a la motilidad cervical deberá determinarse la posibilidad de flexión, extensión, rotación, lateralización, etc.; las características de las contracturas musculares si están presentes así como los signos neurológicos sensitivo motores; los hallazgos radiológicos y los resultados de las pruebas de laboratorio, específicas y de todo tipo, en cuanto puedan facilitar el llegar a un diagnóstico lo más preciso posible de la cervicalgia esencial psicógena ya entrevisto, muchas veces, en la anamnesis, dada la relación existente entre la eclosión o recrudescimiento del padecimiento y las situaciones emocionales tales como conflictos personales, desgracias familiares, dificultades sociales o laborales, etc.

En la mayoría de las cervicalgias psicógenas es manifestación destacada el dolor en la nuca y cuello con posibles irradiaciones dolorosas a regiones próximas pero sin prácticamente signos objetivos de tal padecer y hasta con la conservación de la movilidad, sin ser determinante de dolor. Todas estas circunstancias son propias de estas cervicalgias, pero siempre se debe tener en cuenta que sus variantes son múltiples hasta el punto de que en muchos casos se hace extraordinariamente difícil el llegar a un diagnóstico preciso y deslindar estos cuadros psicógenos de las formas moderadas de la insuficiencia circulatoria vértebro-basilar de DENI-BROWN o del síndrome de BARRÉ-LIÉU de los franceses.

Si el diagnóstico es difícil no es más fácil el tratamiento, toda vez que las mismas técnicas y procedimientos pueden producir resultados excelentes o fracasos absolutos.

De ordinario el tratamiento se dirige a combatir la alteración psíquica determinante del cuadro y las manifestaciones sintomáticas predominantes que, en estos casos, suele ser el dolor.

El tratamiento del trastorno psíquico si es grave requiere la atención del psiquiatra, pero si es moderado o leve puede responder favorablemente a una psicoterapia menor, de comprensión y de

apoyo, pero que se debe practicar sin que el paciente pueda considerar que se presta menor atención a la sintomatología que le aqueja. Los fármacos psicoactivos, debidamente dosificados, pueden ser factores coadyuvantes importantes, en particular y según los casos, los atarácticos o tranquilizantes-relajantes o, por el contrario, los anti-depresivos o estimulantes.

En cuanto al tratamiento de las manifestaciones que aquejan al cervicálgico es siempre conveniente recomendar unas cuantas medidas generales que permitan corregir errores estático-posturales, potenciar la musculatura regional, recomendar que se adopte una almohada adecuada y se practique gimnasia cervical o, por lo menos, evitar el excesivo sedentarismo haciendo ejercicios prudentes y adecuados a la edad del sujeto y a su actual padecer.

Establecidas esas elementales normativas lo que interesa en este momento es destacar la favorable influencia que las curas balnearias puede ejercer en estos pacientes, puesto que permite conjuntar acciones físicas, en particular las propias de la temperatura, fuerza de flotación, etc. y las químicas debidas a los factores mineralizantes de las aguas mineromedicinales. Acciones que pueden facilitar la práctica de ejercicios, atenuar las manifestaciones dolorosas y favorecer la relajación muscular.

En nuestra experiencia un proceder favorable es el siguiente: cura inicial de relajación simple durante 20 a 30 minutos, en posición decubito o confortablemente sentado con lo que se obtiene una disminución de la actividad tónica de base y de la excitación cerebral. Seguidamente se inicia la cura hidrotermal, bien sea en bañera o, mejor, en tanqueta o piscina, con agua a temperatura de 35° a 37°C, durante 15 a 30 minutos, siendo muy favorable la aplicación de duchas locales a baja presión durante 2 a 4 minutos y temperatura próxima a la que se considere indiferente. La aplicación de peloides en región cérvico-escapular, a 40°-42°C de temperatura y de ducha circular a temperatura ligeramente superior a la indiferente, pueden reportar excelentes resultados. Es muy conveniente que todas estas técnicas sean aplicadas por el propio médico o directamente controladas por él, para obtener así una más fácil "transferencia" de considerable interés terapéutico en estos pacientes (VIDART). Se puede terminar con un ligero masaje seguido de reposo confortable durante un mínimo de treinta minutos.

Estas curas deben practicarse durante tres o más semanas.

Es de particular relevancia que la termoterapia en general y en este caso la hidrotermoterapia, no solo produce el calentamiento de una determinada zona sino que suscita respuestas más generales antiálgicas y anticontracturantes, lo que facilita el romper el círculo vicioso: dolor-contractura-actitud viciosa-dolor. La acción del calor dificulta la producción de estímulos aferentes procedentes de los receptores musculares, evita la contractura muscular, mejora la circulación y determina efectos analgésicos y sedantes. Es también destacable que la termohidroterapia puede facilitar la liberación de sustancias endorfinas que elevan el umbral del dolor y reducen la conducción de los estímulos dolorosos por la vía páleo-espino-talámica. A este respecto interesa recordar que DIGIESI y cols. pudieron comprobar que la sumersión en un baño, durante tiempo suficiente y en posición erguida, produce variaciones en la concentración hemática de  $\beta$ -endorfina según sea la temperatura del agua, habiendo comprobado que a 38°C los cambios en los niveles hemáticos no son significativos, pero a más bajas y más altas temperaturas disminuyen y aumentan, respectivamente, los niveles que  $\beta$ -endorfinas plasmáticas que, como es bien sabido, elevan el umbral de percepción del dolor, interfieren los mecanismos neurotransmisores y producen sedación sin disminuir el "tono vital".

Todos estos efectos son propios de la balneación hidroterápica habitual, pero tales acciones no solo se logran sino que pueden potenciarse cuando en vez del agua potable ordinaria se utilizan determinadas aguas mineromedicinales, toda vez que en tal caso se suman a las acciones mecánicas y térmicas las determinadas por la mineralización predominante y aún secundaria de estas aguas. En efecto, los trabajos de DINCOULESCO, DREXEL, DIRNAGL y cols. DUBARRY y TAMARLE, entre otros investigadores, acreditan que la piel no es barrera infranqueable para los factores mineralizantes de las aguas y, con elementos marcados, han podido comprobar su posible absorción, si bien intervengan en la misma la relación de gradientes, el grosor de la piel, la vascularización, la hidratación de las células externas y de la sustancia fundamental, etc. Con todo la absorción a través de la piel no es fácil pero tampoco nula y, además, es de tener en cuenta que la vía transcutánea refuerza considerablemente los efectos terapéuticos.

Según los hechos precedentes es admisible que determinadas aguas mineromedicinales con sus diversas técnicas de administración, puedan

ejercer efectos antiálgicos y sedantes por su termalidad y mineralización, si bien los propios de la mineralización sean problemáticos y discutibles. A este respecto han sido muchos los hidrólogos de prestigio internacional que como los franceses PORGE, PIERI, ROUVEIX, VIGNON, MEUNIER, etc., los italianos RICCI, MESSINI, MESSINA, BALDASARRE, GUALTIEROTTI, etc., los alemanes AMELUNG, HILDEBRANDT, RIEDE, SCHÖGER, SCHULTZ-VENRATH, etc. y según mi propia experiencia, de la de colaboradores de la Cátedra de Hidrología de Madrid y otros médicos hidrólogos españoles, las aguas hipotermas poco mineralizadas, sedantes relajantes y anticontracturantes están particularmente indicadas. Las *sulfuradas* en casos con fondo alérgico y sensibilidad anormal; las *cloruradas* en los de marcada alteración ósea y cartilaginosa; las *cálcicas*, sulfatadas o bicarbonatadas, deben sus efectos más destacados a su hipotermalidad pero también son de considerar las acciones sedantes, disminuidoras de la excitabilidad neuromuscular y atenuante de la respuesta flogística, de su contenido en calcio; las *oligometálicas radiactivas* hipotermas encuentran destacada indicación en las formas dolorosas y con manifestaciones neuríticas añadidas.

En España disponemos de todos los tipos de aguas que se consideran antiálgicas, en particular radiactivas, de baja mineralización e hipotermas, habiéndose comprobado su eficacia en diversos procesos álgicos reumáticos.

A título de ejemplo, citaremos entre otras aguas mineromedicinales utilizables a tal fin las *radiactivas* de Alange (28°C), Caldas de Oviedo (43°C), Caldas de Tuy (49°C), Molgas (47°C), Panticosa (26-31°C), etc.; las *cloruradas hipotermas* de Arnedillo (52,5°C), Caldas de Besaya (37°C), Caldas de Montbuy (70°C), Fortuna (49°C), los Bañeros Bécquer y Palafox de Fitero (47,5°C), La Toja (24-60°C), San Juan de la Font Santa (40°C), etc.; las *cálcicas*, sean bicarbonatadas o sulfatadas, pero hipotermas, tales como Alhama de Aragón (34°C), Alhama de Granada (47°C), Alhama de Murcia (39°C), Molgas (47,5°C), Villavieja de Nules (45°C), etc.; *sulfuradas hipotermas* como Archena (52,5°C), Caldas de Bohí (56°C), Caldas de Cuntis (58°C), Ledesma (52°C), Lugo (43°C), Montemayor (44°C), Retortillo (46,5°C), etc.

Destacadas las generalidades precedentes acerca de los medios y técnicas crenoterápicas utilizables en el tratamiento de las psicálgias y, más con-

cretamente, en las cervicálgias psicógenas, siempre de incierto pronóstico, difícil tratamiento, y del que muchos autores consideran que los resultados son siempre imprecisos, las curas balnearias pueden proporcionar mejorías considerables si se combate la verdadera causa del proceso. Este condicionamiento es trascendente puesto que según sea la causa podrá ser diferente el medio de cura; pero también son muchos los casos que no obedecen a los tratamientos habituales y en los que resulta difícil delimitar lo "orgánico" de lo "funcional", lo que es relativamente frecuente en aquellos sujetos en los que la "resonancia" somática de su situación psíquica alcanza niveles imprevisibles.

Los resultados favorables que se pueden obtener en una cura balnearia, debidamente ordenada, en estos pacientes, puede ser tan favorable que no son pocos los que llegan a considerarse "dependientes" de las mismas; pero, aún en estos sujetos, la evaluación clínica adecuada es indispensable para juzgar con precisión del resultado obtenido. Según nuestra propia experiencia y de mis colaboradores, el tratamiento crenoterápico, prudentemente prescrito y aplicado, es favorable en aproximadamente un 70% de los sujetos tratados, si bien sean poco frecuentes las curaciones definitivas.

Todos estos efectos dependientes, directa o indirectamente, de las aguas mineromedicinales y las técnicas crenoterápicas utilizadas, son de la mayor importancia en la cura balnearia, pero este proceder es mucho más complejo y son muchos los factores capaces de influir significativamente en la evolución de los procesos en tratamiento y hasta en el "sentir" de los enfermos. Esto es, el paciente en cura se somete a la acción de las aguas y técnicas de administración de las mismas, pero son también de considerar los efectos inespecíficos capaces de poner en marcha una respuesta de adaptación del tipo de las descritas por SELYE y cols. determinantes de un estado de mayor tolerancia a la agresión y, naturalmente, a la enfermedad.

Además de los efectos que podemos considerar específicos y de los inespecíficos, las curas crenoterápicas pueden suscitar respuestas corticomotoras de estímulo o de sedación, según sea su temperatura, que EULER atribuyó a la intervención de la sustancia reticular y los centros hipotalámicos reguladores. Es también destacable el posible "efecto placebo", fácilmente explicable en este tipo de curas que, con su ritual, facilitan la acción

sugestiva que, según BEECHER, es responsable hasta de un 30% del efecto favorable de cualquier remedio.

Son de considerar en toda cura balnearia la intervención de una larga serie de factores tales como las circunstancias climáticas, meteorológicas o atmosféricas y geológicas o telúricas, de las que ya HIPOCRATES intuyó la relación existente entre el clima, la salud y el comportamiento de los humanos y si bien parece cierto que determinados factores por su relativa constancia pueden ser poco influyentes, otros, como la ionización ambiental, pueden ejercer acciones relevantes sobre los seres vivos y, en particular, sobre su estado de sensibilidad y reactividad (SULMAN).

Entre otros factores influyentes en las curas balnearias se pueden citar: la ordenación dietética, la prudente distribución de las actividades diarias y las horas de reposo, la práctica de ejercicios programados, el alejamiento de factores estresantes habituales en la vida de cualquier sujeto y de manera destacada en los que acusan mayor sensibilidad y labilidad y requieren una mayor comprensión psicológica. Todos esos factores son importantes, pero precisamente en los pacientes aquejados de psicalgias y, concretamente, en los casos de cervicalgias psicógenas, la acción psicoterápica es base de un tratamiento efectivo y en las curas balnearias, en centros suficientemente organizados, es fácil la sintonización psíquica que puede conducir a un beneficio considerable en su padecimiento y aún llevarle a una recuperación definitiva.

En este sentido es del mayor interés, en primer lugar, la adecuada relación médico-enfermo que, como destaca el Prof. ALONSO-FERNANDEZ, puede influir de manera irreversible sobre la personalidad del paciente; pero seguidamente es trascendente la posible integración en grupos de sujetos en cura que pueden comportarse como comunidades terapéuticas y hasta "psicogrupos", puesto que están constituidos por personas unidas entre sí por vínculos de simpatía, aficiones, padecimientos, etc., que, unos a otros, se estimulan en el cumplimiento de las normas terapéuticas, avivan su fe en el buen resultado de la cura emprendida y hasta es frecuente que se establezca una emulación positiva, beneficiosa para todos.

Todo cuanto precede evidencia la posible acción beneficiosa de las curas balnearias en las psicalgias y, más concretamente, en la cervicalgias psicógenas, en las que según nuestra experiencia se pueden obtener resultados muy favorables

desde el punto de vista subjetivo, toda vez que la comprobación objetiva encierra no pocas dificultades.

La precisa evaluación de los resultados obtenidos con las curas hidrotermales en estos procesos es difícil, pero a pesar de las dificultades debe intentarse para así obtener datos que puedan acreditar la eficacia o el fracaso del tratamiento seguido.

El Prof. BESANÇON ha destacado el valor real de las pruebas que denomina "pragmáticas" y "explicativas", pero tanto la una como la otra revisten interés para determinar el valor de una determinada técnica hidrotermal o de un proceder crenoterápico, pero no permiten conocer la eficacia de la globalidad de la cura balnearia. A este respecto debemos recordar que en estos tratamientos las aguas mineromedicinales, con sus peculiaridades físicas y químicas, son importantes en todos los casos, pero la cura balnearia es una terapéutica multifactorial (GRABER-DUVERNAY) en la que operan conjuntamente factores muy diversos que pueden actuar de distintas maneras sobre cada uno de los sujetos, de aquí que sea difícil la utilización de testigos y justifique la frecuencia con que se recurre al estudio en cada paciente de pruebas subjetivas y objetivas, antes y después de la cura implantada y hasta en periodos ulteriores, siendo muy significativo el recurrir a medios indirectos, en particular la reducción en el consumo de medicamentos, asistencia médica y absentismo laboral o escolar en los meses que siguen a la cura balnearia.

ESCOURROU, AUTHIER y ROQUES en relación precisamente con la evaluación de la eficacia de las curas termale en cada sujeto, al principio y fin de la cura, recurren a los exámenes clínicos para apreciar mejorías físicas y funcionales producidas por técnicas termale idénticas.

La apreciación del resultado global de la cura es siempre importante, pero de manera especial en los pacientes con cervicalgias psicógenas, en los que frecuentemente juega un papel importante el psiquismo del sujeto (ROTÉS-QUEROL, SCHULTZ-VERNATH, etc.) que con frecuencia acusa depresión, hipocondría, angustia u otros padecimientos psicopáticos y en los que reviste el mayor interés la delimitación entre lo realmente orgánico y lo meramente "funcional". En estos pacientes la adecuada cura hidrotermal y una elemental psicoterapia pueden proporcionar resultados extraordinarios al facilitar la sintonización psíquica en beneficio de una recuperación global.



## BIBLIOGRAFIA

- ALONSO-FERNANDEZ, F. (1972). *"Fundamentos de la Psiquiatría actual"*. Paz Montalvo. Madrid.
- ALONSO-FERNANDEZ, F. (1977). *"Psicología médica y social"*. Paz Montalvo. Madrid.
- ALONSO-FERNANDEZ, F. (1978). *"Compendio de Psiquiatría"*. Ed. Oteo. Madrid.
- AMELUNG, W. y HILDEBRANDT, G. (1985). *"Balneologie und medizinische Klimatologie"*. Springer-Verlag. Berlín.
- ARMIJO, M. (1988). *"La cura balnearia en el tratamiento de procesos neuróticos e infraneuróticos"*. Bol. Sc. Esp. Hidrol. Med. vol. II, nº 1. 29.
- ARMIJO, M. y SAN MARTÍN, J. (1994). *"Curas balnearias y climáticas"*. Ed. Complutense. Madrid.
- BALDASARRE, A. (1963). *"La medicina mutualística en el problema del reumatismo"*. Cl. Terap. vol. 27, nº 6. 605.
- BECK, D. (1972). *"Aspectos psicósomáticos del reumatismo articular crónico"*. Ed. Roche. Madrid.
- BEECHER, H. K. (1955). *"The powerful placebo"*. J. Amer. Med. Ass. 159. 1602.
- BERGMANN, G. von (1936). *"Tratado de Patología Médica"* Ed. Labor.
- BERT, J.M., BESANÇON, F. y cols. (1972). *"Thérapeutique thermale et climatique"*. Ed. Masson. París.
- BESANÇON, F. (1981). *"Modalités du tirage au sort dans l'évaluation de la thérapeutique thermale"*. Presse therm. clim. 118. 103.
- BIGET, P.L. (1980). *"L'apport de la recherche fondamentale au thermalisme clinique en France"*. Presse therm. clim. 117. 179.
- BORRACHERO, J. (1972). *"Reumatología clínica"*. Ed. Oteo. Madrid.
- BUSTAMANTE, C. y VELASCO, E. (1974). *"Los reumatismos extra-articulares y los Reumatismos psicogénicos"*. Rheumatologie IV, 19.
- DIGIESI, V., DONATI, D. y cols. (1990). *"Inmersión hasta el cuello en agua termoneutra en el síndrome premenstrual: cambios psicológicos y somáticos"*. XXXI Cong. Int. Hidrol. Clim. Madrid.
- DINCOULESCO, T., GHENTU, E. y cols. (1966). *"Beobachtungen über die Hautabsorption des Ionen in Meerwasser"*. 13<sup>e</sup> Cong. Int. Thalassot. Westerland.
- DREXEL, H., DIRNAGL, K. y PRATZEL, H. (1970). *"Experimentelle Befunde zum chemischen Wirkungsmechanismus der Sole- und Beebäder"*. Z. F. Physik. Med. 1/3. 201.
- DUBARRY, J.J., BLANQUET, P. y cols. (1971). *"Mise en évidence de la pénétration percutanée d'électrolytes à l'aide de traceurs radioactifs"*. Presse therm. clim. 108.
- DUBARRY, J.J. y TAMARELLE, C. (1972). *"Pénétration percutanée en Balnéothérapie thermale"*. Presse ther. clim. 109. 196.
- DUBOIS, J. Cl. (1978). *"La place du thermoclimatisme dans le traitement corporel des névroses"*. Presse ther. clim. 115. 61 y 77.
- DUCROS, J. y FORESTIER, F. (1976). *"Les cervicalgies et la médecine psychosomatique"*. Presse therm. clim. 104. 215.
- ESCOURROU, A., AUTHIER, A. y ROQUES, C.F. (1992). *"Évaluation du lombagique en pratique thermale"*. Presse therm. clim. 129. 245.
- GRABER-DUVERNAY, B. (1992). *"A quelle rigueur peut prétendre la recherche clinique thermale?"*. Presse therm. clim. 129. 51.
- GUALTIEROTTI, R. (1981). *"Medicina Termale"*. Lucisano Ed. Milano.
- HELLMANN, D.B. (1993). *"Síndromes dolorosos cervicobraquiales"*. cap. 15 en *"Diagnóstico clínico y tratamiento"* de S.A. SCHROEDER; M.A. KRUPP y cols. 28<sup>a</sup> Ed. M/M. 1993.
- LOPEZ-IBOR, J.J. (1957-1993). *"Lecciones de Psicología Médica"*. Ed. Paz Montalvo. Madrid.
- LOUIS, R. y RENIER, J.C. (1981). *"La pathologie fonctionnelle en rhumatologie"*. Presse therm. clim. 118. 3.
- MESSINA, B. y GROSSI, F. (1984). *"Elementi di Idrologia medica"*. Società Editrice Universo.
- MESSINI, M. (1963). *"Evoluzione della reumatologia ai fine preventivi e curativi"*. Cl. Terap. vol. 27. nº 5. 406.
- PIÉRI, J. (1967). *"La Thérapéutique hydroclimatique en pratique médicale"*. Exp. Scientifique Française.
- PORGE, J.F. y ROUVEIX, J. (1953). *"Hydrologie du médecin praticien"*. Masson e Cie. Ed. París.
- RIEDE, D. (1995). *"Chronische Kreuzschmerzen. Diagnostik u. Therapie"*. Phys. Rehab. Kur. Med. 5, 161-169.
- ROF-CARBALLO, J. (1951). *"Patología psicósomática"*. Ed. Paz Montalvo.
- ROTÉS-QUEOL, J. (1983). *"Reumatología clínica"*. Expaxs. Barcelona.
- SAN MARTIN, J. (1988). *"Reumatismos psicógenos y curas balnearias"*. Bol. Soc. Esp. Hidrol. Méd. vol. III, nº 1. 35.
- SAN MARTIN, J. y ARMIJO, M. (1988). *"L'Hydrothérapie dans les troubles fonctionnelles en Rhumatologie"*. Congr. Int. Term. Med. I.S.M.H. Ponta Delgada - Azores (Portugal).
- SAN MARTIN, J. y SAN JOSÉ, M<sup>o</sup> C. (1989). *"Paso a través de la piel de los factores mineralizantes de las aguas utilizadas en balneación"*. Bol. Soc. Esp. Hidrol. Méd. vol. IV, nº 1.
- SANCHEZ, P. (1987). *"Cura balnearia - Agente terapéutico"*. Bol. Soc. Esp. Hidrol. Méd. vol. II, nº 1, 9.
- SCHMIDT, K.L. (1989). *"Kompendium der Balneologie und Kurortmedizin"*. Steinkopf Verlag. Darmstadt.
- SCHULTZ-VENRATH, U. (1992). *"Wann ist Rückenschmerz psychisch bedingt?"*. Ärztezeitung/Fordchung u. Praxis 11, 20-21.
- VIGNON, G. y MEUNIER, P. (1972). *"Crénothérapie des Rhumatismes"*. Chap. XVII en BERT, J.M. *"Thérapeutique thermale et climatique"*. Masson et Cie. París.
- VIDART, L. (1972). *"Thermalisme psychiatrique et mouvement institutionnel"*. Presse therm. clim. 110, 2. 64.