

PATOLOGÍA PSICOSOMÁTICA Y CURA BALNEARIA

Josefina San Martín Bacaicoa

*Catedrática de Hidrología Médica
Facultad de Medicina – Universidad Complutense de Madrid*

Conferencia - Congreso de la Sociedad Española De Hidrología Médica
Balneario de Alange (Badajoz) – 10 y 11 de diciembre de 2004

Resumen

Se hace una revisión rápida de los antecedentes y modelos conceptuales actuales en medicina psicosomática destacando algunos factores que intervienen en la producción del proceso psicosomático, según la interpretación de diferentes autores.

En la atención del enfermo psicosomático en el Balneario, se destaca la necesidad de realizar una cuidadosa anamnesis y exploración física para el mejor conocimiento del paciente y de su forma de sentir la enfermedad.

Se destaca que la atención al paciente deberá ser global, teniendo en cuenta los factores biopsicosociales sin olvidar la atención especial a la manifestación somática, la sintomatología, que el paciente refiere padecer.

La cura balnearia en toda su complejidad, bien establecida y prescrita individualmente, puede ser muy favorable en la atención a los pacientes psicosomáticos, en cuyo favorable resultado tiene gran trascendencia la relación médico paciente, basada en la comprensión, confianza y confidencia, intercambiadas entre el paciente y el profesional, es decir en la amistad.

Medicina Psicosomática Definición y antecedentes

Se considera la Medicina Psicosomática como el uso de métodos y principios de psicología en el tratamiento de alteraciones fisiológicas.

El término **Psicosomático** (“Psyche” – alma y “soma” – cuerpo) se aplica a dos conceptos distintos: Enfermedades psicosomáticas o de medicina (o patología) psicosomáticas.

Se ha relacionado siempre cómo las alteraciones emocionales, como el estrés, afectan al cuerpo de la persona. Por ejemplo, cuando una persona tiene miedo o se enfada, se segrega adrenalina y aumenta

la actividad cardíaca; algunos conflictos mentales pueden hacer a la persona más susceptible de enfermar, de padecer enfermedades, o causar aquello que parezca una enfermedad.

Son muchos los trastornos que han sido relacionados con alteraciones emocionales y entre ellos se incluyen: Asma, artritis reumatoide, neurodermitis, alteración de la resistencia a la infección, úlcera péptica, hipertensión esencial, cardiopatía isquémica, etc. a las que se han considerado como enfermedades específicamente humanas porque los animales apenas las padecen¹.

Según LÓPEZ-IBOR, las **enfermedades psicosomáticas** compartían las siguientes características:

- 1.- Su etiología era desconocida,
- 2.- No había tratamientos eficaces,
- 3.- Eran de evolución crónica y exigían grandes esfuerzos de adaptación a quien las padecía,
- 4.- Podían aparecer o descompensarse coincidiendo con estreses ambientales y
- 5.- Producían gran sufrimiento e invalidez.

La patología o medicina psicosomática es un enfoque de la medicina moderna, que pretende resaltar la importancia de los factores psicosociales en el origen de todas las enfermedades y, en su tratamiento.

Para ROF CARBALLO no hay enfermedades psicosomáticas y en cierto sentido todas lo son. ROF CARBALLO² define la Medicina psicosomática como la *"Especialidad Médica que, combinando los campos de la Psiquiatría y la Medicina general, estudia las causas, naturaleza y tratamiento de los trastornos de las funciones orgánicas que se producen en un individuo bajo el influjo de fuerzas motivacionales o ambientales"*.

Para VALLEJO NÁJERA³ la Patología Psicosomática no es una rama de la Medicina, es un modo de entender la Medicina y de enfocar y tratar a los enfermos. Su esencia consiste en no olvidar que el enfermo es una persona, un ser humano, y que reacciona como un ser inseparable, alma y cuerpo unidos, tanto en las respuestas a las situaciones normales como a las patológicas.

El término "psicosomática" introducido por el médico alemán HEINROTH a principios del siglo XIX (1818), ha sido utilizado con diversos contextos (medicina psicosomática, patología psicosomática, síntoma, mecanismo enfermedad psicosomática...) que deja ver algo confuso, no fácil de comprender.

Esta terminología fue utilizada por aquellos médicos que por sus observaciones e investigaciones llegaron al convencimiento de que en la enfermedad humana no interviene un único factor sino que depende de varios, entre los que hay que considerar aspectos psicológicos del individuo en su relación con su entorno.

En la palabra psicosomática, subyace la existencia de dos entidades "psique" y "soma". Cuál es la naturaleza de estas dos entidades y como se relacionan, ha sido objeto de controversia filosófica desde la antigüedad.

La antigua medicina griega no ignoraba el hecho de que las "dolencias del alma" podían conducir a graves alteraciones de las funciones orgánicas.

Así en las Asclepiades "Sanatorios Asclepiádicos" se trataban las enfermedades físicas con

- Descanso mental
- Música y
- Discusiones filosóficas

Lo que caracteriza los primeros siglos de la medicina es una dicotomía casi religiosa entre la "mente" y el "cuerpo", posición reforzada hasta hace poco por influencias científicas y filosóficas.

Desde el punto de vista metafísico, se aceptó, casi universalmente, a partir del s. XVII, el **dualismo cartesiano**, que sirvió de fondo materialista a las teorías médicas.

Al mismo tiempo, el progreso de la Medicina en el siglo XIX, con PASTEUR (1822-1895) y KOCH (1843-1910) en bacteriología y con VIRCHOW (1821-1902) y otros en patología, hizo pensar, se llegó a creer, que toda enfermedad se podría encuadrar dentro de los factores "somáticos" de infección, traumatismos y lesiones titulares concomitantes.

El concepto puramente materialista de la conducta no empezó a modificarse hasta que CHARCOT (1825-93), BERNHEIM (1840-1910), FREUD (1856-1938) y otros demostraron el papel de los factores emocionales en la génesis de la histeria.

Hubo una reacción de contraste contra la falsa postura de gran parte de la Medicina de principios del siglo XX que deslumbraba con los triunfos de la patología infecciosa y de los datos de laboratorio, y más modernamente con los avances del diagnóstico por la imagen, entre otros, en los que el enfermo era un caso portador de una enfermedad y la atención del médico debía limitarse a la atención de ésta y no a los problemas y peculiaridades de cada enfermo (su portador).

Tal deshumanización de la Medicina llevó a corrientes de pensamiento contrario a este proceder, iniciándose el pensamiento precursor de la medicina Psicosomática: la **Patología funcional**, que culmina con la obra de VON BERGMANN.

La patología funcional recoge, no a la dualidad, sino la unidad de ambos principios y sobre todo,

la posible y a veces ineluctable transición entre lo funcional y lo orgánico.

Aún hace no muchos años no se aceptaba por todos el origen psicógeno de las enfermedades orgánicas, se dudaba de esa relación. Hoy día lo extraño sería negar esa posibilidad, que todos los clínicos reconocen.

“Frente a la doble censura separadora de psicógeno-funcional-orgánico, se levanta la unidad de los tres principios basada en la unidad del organismo. El problema está en discriminar cuanto de cada uno intervienen en la enfermedad.” (López Ibor)

Modelos Conceptuales

En el pensamiento médico contemporáneo pueden distinguirse varios modelos conceptuales de la relación mente-cuerpo, cada uno con su influencia propia en la evolución en psicosomática y en la actitud del médico ante el enfermo.

Para la medicina contemporánea¹ el organismo es tan sólo un mecanismo de enorme complejidad y aunque en cuanto a la terapéutica los éxitos han sido buenos, sigue existiendo **una zona incierta: el alma o psique**.

Frente a ese **dualismo alma-cuerpo** surge la medicina psicosomática que postula:

1.- que conforme al dicho platónico es imposible tratar de verdad el cuerpo, sin conocer al mismo tiempo el alma, ya que los dos, alma y cuerpo forman parte de una estrecha unidad.

2.- la medicina y otras ciencias naturales, hasta nuestros tiempos que se rectifica el error, había atendido sólo a la realidad que está fuera del sujeto observador, a las cosas que están fuera de él, olvidándose de que este sujeto forma parte también del sujeto observable.

Así en la medicina moderna se introduce el sujeto en dos formas:

- se considera al **enfermo** como sujeto, esto es, **como persona** que ha experimentado vicisitudes biográficas que condicionan su forma peculiar de enfermar.

- al igual que el **observador** en física modifica las condiciones del experimento, también el observador en medicina, el médico, **modifica** con

sus ideas preconcebidas, con sus prejuicios, **la realidad que observa**. En algunas ocasiones, es el propio médico quien es causa de enfermedad, el **médico nocebo**. Por ejemplo, cuando alarma injustificadamente a un paciente con un ECG que tiene alteraciones mínimas o dentro de la normalidad. La medicina actual está llena de “enfermedades” producidas por el propio médico, “enfermedades iatrogénicas”

Sin embargo, para la mayoría de los médicos, dice ROF CARBALLO, la medicina psicosomática concierne a la influencia que la “psique”, principalmente las **emociones, continuadas y persistentes**, despliegan sobre el cuerpo, sobre los mecanismos corporales, convirtiéndose así las emociones en **causa de enfermedad**. Multitud de observaciones fisiológicas y experimentales demuestran cambios en las secreciones hormonales, en el riego de los órganos y en modificaciones de la función (aumento de la tensión arterial, disminución de la secreción de orina, constricción de los vasos coronarios o de la cabeza, etc.) por la acción de las más diversas emociones.

Esto, sin embargo, es un aspecto rudimentario y elemental de la medicina psicosomática en cuyo ámbito se dan cita las más modernas disciplinas que estudian al hombre, desde

- la teoría de la evolución,
- la cibernética,
- la psicología dinámica,
- la psiquiatría
- el psicoanálisis y
- los horizontes más avanzados de la medicina interna.

Desde SCHILLER² (1759-1805) hasta FALCONER en 1788 y más tarde, NASSE en 1822, TISSOT en 1789, VOISIN en 1826 y otros, que examinaron la influencia de las pasiones en los trastornos corporales, ya se había suscitado la orientación psicosomática de la medicina.

LAÍN ENTRALGO en su “Introducción histórica al estado de la patología psicosomática” expone la historia de estas ideas que en nuestra época cobran impulso por:

- el **auge del psicoanálisis**
- el descubrimiento de **zonas cerebrales (“cerebro interno”)** en relación con el **mundo emocional y social**
- la aplicación a la medicina de la **teoría de la información** destacando la importancia en la

medicina, en los mecanismos biológicos del, hasta ahora olvidado, 2º principio de la Termodinámica, esto es, el principio de la entropía. (por ejemplo, esta misma frase no es ni sólo materia (tipográfica), ni sólo espíritu (su significado) sino, a la vez, las dos cosas) Todo en el organismo es “comunicación” (de una ordenación genética, de mecanismos autorreguladores, etc.)

- el descubrimiento de que entre los “factores genéticos” y los “factores ambientales” existe una tercera esfera en el ser vivo: el terminado o **acabado de las disposiciones genéticas**, quedando constituido o programado el hombre para reaccionar el resto de su vida

- el hallazgo de que el hombre es terminado en su constitución psicofísica **por el mundo de los demás**. El hombre no es un individuo sino un ente que sólo puede ser comprendido desde el punto de vista del grupo colectivo o sociedad a la que pertenece.

Crítica

Se ha querido establecer ciertos perfiles caracteriológicos y ciertas enfermedades crónicas pero, esos perfiles psicossomáticos se han **desacreditado por su imprecisión**, descansan sobre una cierta realidad todavía sin precisar objetivamente.

En la actualidad la medicina psicossomática, dice ROF CARBALLO, está **sometida a una revisión crítica** aplicándose:

- métodos estadísticos para confirmar sus postulados
- métodos neurofisiológicos y experimentales
- la apariencia de la práctica psicoanalítica y de la “terapéutica de grupo”

Numerosas observaciones y experiencias han subrayado la importancia del estrés y de la sobrecarga emocional en la producción de ciertas enfermedades llamada “psicossomáticas” tales como:

- la hipertensión,
- el hiperparatiroidismo,
- la úlcera gastroduodenal,
- algunas formas de reumatismo,
- la colitis ulcerosa,
- la neurodermitis,
- la jaqueca,
- las enfermedades coronarias, etc.

Pero, también han sido criticados por los que afirman que falta todavía una comprobación objetiva y estadística de estas influencias. Pongamos como ejemplo de esa **imprecisión y necesidad de mayor conocimiento**, alguna de las enfermedades consideradas como psicossomáticas, que no lo era exclusivamente y con el paso del tiempo se han descubierto otros factores etiológicos, como es el caso del *helicobacter pilorii* y la úlcera péptica.

WOODGER⁶ considera que los conceptos soma y psique son abstracciones de algo muy concreto que llamamos “**persona**”. Al emplear el término psicossomático no se quiere implicar que los fenómenos psíquicos sean más importantes que los somáticos, ni viceversa. Ambos fenómenos son diferentes aspectos o modos de abstracción de la persona humana, que es y responde como una unidad.

Como además el hombre es un ser social, su modo de adaptación a la sociedad influye en todas sus características y, por tanto, se ha de incidir el estudio de los **fenómenos sociales** para comprender la totalidad de la unidad humana.

En resumen, la psicossomática es la disciplina que trata de integrar los tres modos de abstracción, los fenómenos biológicos, los psicológicos y los sociales. La integración puede hacerse a nivel de la praxis médica y tenemos la orientación psicossomática en medicina o Medicina Psicossomática. El paciente es considerado como una persona completa, con todo lo que esto implica desde el punto de vista diagnóstico, terapéutico y preventivo.

Medicina psicossomática es, en definitiva, una manera de practicar la medicina que tiene en cuenta los **factores biológicos, psicológicos y sociales del paciente** en el diagnóstico, tratamiento y prevención de toda enfermedad.

El ser humano no puede dividirse y solamente una orientación global puede ayudar al hombre cuando enferma.

El proceso psicossomático ¿Cómo se produce?

El porqué un determinado conflicto existencial plasma en un síndrome psicossomático y el mismo

individuo pasando en una época posterior de su vida por similar constelación de circunstancias, sufre síntomas de diversa condición, ha de explicarse de algún modo. **“El misterioso salto de la mente al cuerpo”** de Freud (1915) y Deutsch (1959).

La explicación existe, pero es multifactorial y no siempre la misma. Según VALLEJO NÁJERA⁷, entre los factores está “la inferioridad de los órganos”, el individuo en situación de conflicto puede tener un **“locus minores resistencie”**, un punto débil, constitucional o adquirido y el conflicto psíquico aprovecha esa “facilitación” para somatizarse. El modelo de ALEXANDER.

Otras veces el motivo de elección de un órgano para la expresión simbólica se ha atribuido a la especial condición de ese órgano. Es el llamado “lenguaje de los órganos” o **“simbolismo de los órganos”** y está preestablecido biológicamente en todas las personas. Cada órgano puede servir de vía de somatización a multitud de tensiones emocionales diversas, y a su vez cada conflicto psíquico puede somatizarse de muy distinto modo y en diferentes órganos. La interpretación del simbolismo del órgano, partiendo de la situación del momento, puede llevar a una larga serie de errores interpretativos diagnósticos y terapéuticos.

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, cardiovasculares, etc. La respuesta de los centros nerviosos vegetativos cerebrales responsables de esa repercusión somática, es según ROF CARBALLO⁸, de distinto tipo e intensidad según sea la receptividad o resistencia de cada sujeto, de sus funciones y actividades, variables según las circunstancias concurrentes en el sujeto receptor, en este caso la “persona doliente” con una determinada capacidad de respuesta a cuanto le rodea, condicionada por su propio ser, su propia enfermedad y su manera de sentirla.

Mecanismos Psicopatogénéticos

El proceso íntimo de **transformación de la experiencia subjetiva en fenómenos de raigambre orgánica, material**, es lo que llamamos

“proceso psicossomático” y es similar al problema considerado por (Freud 1915) y (Deutsch 1959), antes citado, cuando se refieren a lo que ellos llaman **“El misterioso salto de la mente al cuerpo”**.

Quizás esos mecanismos de transformación se aclaren cuando se conozca cómo las influencias del ambiente pueden ser condicionadas y almacenadas por el sistema nervioso, en las neuronas o en los linfocitos de memoria, responsables de perpetuar la respuesta inmunológica aun en ausencia del antígeno al que fueron expuestos con anterioridad⁹.

En los últimos años la medicina psicossomática ha logrado grandes avances en la identificación de los llamados **“mecanismos intermedios”**, es decir, **interacciones neurobiológicas, bioquímicas e inmunológicas** que median entre los más altos niveles de integración cerebral y la función (o disfunción) de los diversos órganos, aparatos y sistemas.

Es a través de estos mecanismos que el estrés ambiental y los estímulos simbólicos hallan su expresión fisiológica, y pueden, en ocasiones, favorecer la instauración de una enfermedad médica. Cuando esto es así, se consideran los **factores psicossociales** como parte de la constelación etiológica, y a los mecanismos intermedios como elementos propios de la patología¹⁰.

Sin embargo, la comprensión de las causas que determinan la puesta en marcha de esos mecanismos intermedios, razón última de la medicina psicossomática, esta lejos de la perfección.

El estudio de los **mecanismos psicopatogénéticos** constituye una parte importante de la moderna investigación en medicina psicossomática. GONZÁLEZ DE RIVERA destaca algunas **escuelas** que se han ocupado de este tema.

- Escuela **corticovisceral** rusa (BYKOV). Estudia la relación entre condicionamiento interoceptivo pavloviano y disfunción somática, cómo se producen las alteraciones psicofisiológicas, pero no porqué ni en quién.

- Escuela de ROCHESTER, en USA, dedica su interés a la **especificidad**, a la relación entre un estímulo concreto y la patología psicossomática correspondiente. Para ROESSLER y ENGEL las

respuestas fisiológicas características de un individuo determinado en una situación determinada viene condicionada por:

1.- la naturaleza e intensidad del estímulo "**Especificidad ligada al estímulo**" (la muerte de un ser querido conlleva un tipo específico de respuesta, generalmente la depresión afectiva) (el ruido es otro estímulo cuyos efectos están en relación con su volumen, calidad, etc.)

2.- características permanentes, psicológicas y fisiológicas del individuo "**Especificidad ligada al individuo**". *Distintos individuos reaccionan de distinta manera al mismo estímulo.*

3.- "**Especificidad ligada al estado del individuo**" estado general del individuo en el momento que recibe el estímulo: fatiga, estado de conciencia, estado afectivo, sintonía neurovegetativa, etc.

LIPOWSKI propone conceptualizar los mecanismos intermedios desde el punto de vista de la **activación del S.N.C.** y de la **valoración cognitiva del estímulo**.

Activación del S.N.C.

- Se capta el estímulo, que actúa sobre la formación reticular ascendente
- Se originan pautas de actividad cortical, que permite la recepción, codificación y procesamiento de la información
- El hipotálamo y el sistema límbico reciben impulsos procedentes de la corteza y de la formación reticular
- Se origina respectivamente, la activación del sistema neurovegetativo y la respuesta emocional.

Valoración cognitiva del estímulo dependiente de:

- las características psicofisiológicas del sujeto
- estado de su organismo en el momento de recibir el estímulo que
- determina el significado, consciente o inconsciente, de la información recibida.

Se han estudiado muchos aspectos para dar explicación a este **fenómeno complejo del proceso psicosomático**. En él puede intervenir la **influencia del medio externo, la experiencia, el aprendizaje, la inclinación e instinto, los mecanismos de defensa, la personalidad psicosomática**, etc. Aunque aquí no pretendemos abordar el tema en profundidad, si haremos referencia a algunos

aspectos, ideas y reflexiones tomadas de diferentes autores.

Así, los estudios de MAC GAUGH¹¹ y de COSS¹² señalan sus observaciones acerca de las **influencias del medio externo** que provocan modificaciones plásticas en el sistema nervioso central (mayor arborización dendrítica y mayor interconexión entre las neuronas de animales que desde su nacimiento han tenido contacto con sus semejantes, en comparación con aquellos criados en soledad).

Estas modificaciones plásticas, a nivel molecular parece se corresponden con mayor síntesis de RNA por las neuronas afectadas por una determinada **experiencia**.

También se admite otra posibilidad, y es que la estimulación ambiental altere las actividades de enzimas reguladoras de la síntesis y destrucción de neurotransmisores, alterando así el metabolismo celular. Se acepta que el **aprendizaje y la experiencia** son factores reguladores de la síntesis proteica en general y no solo de RNA, en la corteza cerebral¹³.

Sin embargo, estas explicaciones han sido consideradas demasiado simplistas. El sistema nervioso funciona de manera integrada, cada nueva experiencia modifica en cierta manera los efectos de toda experiencia anterior, y condiciona la reacción ante experiencias futuras.

El cerebro del hombre no se limita a almacenar información de sus experiencias, sino que asocia en sus engramas su respuesta emocional, el estado de excitación general del organismo. Parece, además, que el cerebro humano tiene la capacidad de crear su propia fuente de información intrínseca, combinando y extrapolando datos obtenidos del mundo circundante.

Se ha señalado también que el **instinto** designa las pautas específicas de expresión, es decir la capacidad o necesidad innata de reaccionar de manera estereotipada a un conjunto determinado de estímulos. En el ser humano normal, las pautas instintivas son progresivamente reemplazadas en su desarrollo por comportamiento aprendido, adaptándose a las circunstancias ambientales, y modificables por las experiencias subsecuentes.

Bajo la influencia del impulso vital, un organismo alcanza un cierto grado de desarrollo y tiende a

permanecer en él de forma indefinida¹⁴, en un **estado de equilibrio entre las tendencias progresivas y regresivas** frente a los estímulos desestabilizadores del medio. Para mantener ese estado de equilibrio se diferencian en el medio interno los mecanismos homeostáticos y de defensa.

El organismo responde a toda estimulación externa intentando mantener su equilibrio. Pequeños grados de estimulación o de agresión son controlados por los mecanismos homeostáticos o de defensa del organismo, pero si la agresión es más intensa o se mantiene durante un tiempo superior a lo tolerable por las defensas del organismo, se llega a la fase de claudicación o agotamiento en la que la actividad reguladora de la homeostasis comienza a declinar y el medio interno se altera y si la situación persiste sobreviene la muerte. Es el bien conocido **Síndrome General de Adaptación de Selye**.

Mecanismos Intermedios

Neurofisiólogos y otros investigadores han estudiado los **mecanismos intermedios, neurofisiológicos, neuroendocrinos e inmunológicos**, íntimamente imbricados unos con otros, para intentar comprender cómo intervienen en el complejo proceso psicósomático. Incluimos aquí algunos datos siguiendo a González de Rivera¹⁵.

Como es conocido, desde SPERRY y GAZZANIGA en 1970, los procesos de integración de la percepción siguen pautas diferentes en cada uno de los dos hemisferios.

El hemisferio dominante (Izquierdo en los diestros) desarrolla un modo cognitivo de tipo lógico, secuencial, organizando, entre otras cosas, el lenguaje. El hemisferio no dominante es el encargado de la orientación espacial y del pensamiento en imágenes. Ambos hemisferios

se hallan estrechamente conexados a través del cuerpo calloso, permitiendo un intercambio continuo de información e influencia.

Según algunos autores, la represión y la negación, como mecanismos psicológicos de defensa, tienen como base fisiológica la desconexión funcional de los procesos mentales propios del hemisferio derecho. Liberados de la influencia racionalizadora del hemisferio izquierdo, estos procesos mentales continúan su desarrollo de manera inconsciente y pueden expresarse a través de representaciones somáticas y neurovegetativas. Las modificaciones funcionales de los órganos inervados por el sistema nervioso vegetativo pueden ser lo suficientemente importantes e inadecuadas, como para dar origen a diversos trastornos de origen psicósomático.

En el sistema límbico, sustrato neuronal de la emoción, se almacenan las pautas innatas de comportamiento, especialmente las relacionadas con el afecto, siendo el órgano integrador de las experiencias internas y externas.

Las zonas asociadas a las sensaciones placenteras (recompensa) se estimulan mediante la intervención de neurotransmisores, catecolaminas, principalmente la noradrenalina, y las endorfinas. La estimulación de los centros de recompensa parece se propaga también a los centros de castigo, respondiendo primero las neuronas relacionadas con el placer. La neurotransmisión en los centros de castigo se efectúa principalmente a través de la 5-hidroxitriptamina o serotonina.

Algunos rasgos que presentan los pacientes con personalidad psicósomática (alexitimia, carencia de fantasía y contenido afectivo, etc.) parece pueden tener una base neuroanatómica y estar relacionados con un defecto o inhibición de las conexiones fronto-límbicas.

14.- Las experiencias de Alexis Carrel, pusieron de manifiesto la tendencia de la materia viva a la estabilidad indefinida en un grado de desarrollo que le es idóneo.

– Durante dieciséis años mantuvo un cultivo de fibroblastos sin que las características del cultivo se modificaran, con un ritmo de crecimiento constante a lo largo del tiempo, y sin ninguna muestra de diferenciación celular. El secreto estaba en la retirada constante de los productos de desecho eliminados en el medio de cultivo, la reposición continua de los compuestos nitrogenados necesarios para el metabolismo celular y la retirada diaria de las células neoformadas por proliferación. En estas condiciones de constancia del medio externo, de no estimulación, el tejido demostró ser virtualmente inmortal. Si las células neoformadas no eran retiradas, comenzaba un proceso de diferenciación celular, se retrasaba el crecimiento, el tejido envejecía, y finalmente moría.

Este proceso podía ser acelerado o retrasado por manipulación de los componentes del medio de cultivo.

La desconexión funcional entre el sistema límbico y el lóbulo frontal explicaría estas anomalías al estar interrumpida la comunicación entre el sustrato de la emoción, la región responsable del lenguaje y los sistemas complejos de integración.

El sistema límbico y la corteza cerebral se hallan en estrecha relación con los núcleos diencefálicos en los que se originan los sistemas simpático y parasimpático, circunstancia que nos ayuda a comprender numerosos procesos psicosomáticos. A través de esas conexiones, la corteza y las reacciones emocionales influyen en los procesos neurovegetativos, e, inversamente, la actividad de estos centros subcorticales modula procesos cognitivos y afectivos.

Además de su diferente función y distribución anatómica, los sistemas simpático y parasimpático hacen uso de diferentes monoaminas neurotransmisoras. Dopamina y Noradrenalina son neurotransmisores en el sistema ergotrópico de actividad simpática y Serotonina y acetilcolina en el trofotrópico de actividad parasimpático.

Sintonía neurovegetativa

Las reacciones ergotrópicas o simpáticas juegan un papel importante en la conducta y el aprendizaje. La estimulación de este sistema aumenta la reactividad tanto a la recompensa como al castigo, mientras que la estimulación del parasimpático facilita la tolerancia de ambos.

Los sistemas ergotrópico y trofotrópico ejercen continua influencia recíproca, y el estado de equilibrio dinámico que mantienen se conoce como "**sintonía neurovegetativa**", en la que se distinguen tres grados.

Primer grado.- Existe una correspondencia muy fina entre estímulo y respuesta, activándose muy pronto un sistema e inhibiéndose el opuesto. Las leyes de este primer estadio, sólo se cumplen mientras la intensidad del estímulo permanece por debajo de un cierto límite de tolerancia, característico de cada individuo, que es relativamente estable y, en parte, constitucional, y que es modificable por diferentes factores adquiridos.

Segundo grado de sintonía.- Cuando la intensidad del estímulo sobrepasa el primer dintel.

Se pierde la fineza de relación del primer grado y como consecuencia, cuando el estímulo que sobrepasa el dintel cesa, la activación del sistema afectado persiste, así como la inhibición correspondiente en el opuesto. Si se invierte la estimulación, el segundo sistema no responde y el anteriormente estimulado no inhibe su actividad, incluso puede aumentarla.

Tercer grado.- La sintonía neurovegetativa entre los dos sistemas no existe, estando ausente el fenómeno de inhibición de un sistema cuando se estimula el opuesto. Manifestaciones ergotrópicas y trofotrópicas coexisten independientemente del tipo de estímulo al que el individuo ha sido sometido.

GELLHORN¹⁶ consideró que **las alteraciones de la sintonía neurovegetativa son básicas para numerosos trastornos psicosomáticos.**

Así, en estados de ansiedad es típica la rápida sucesión de descargas parasimpáticas y simpáticas, en ocasiones de aparición casi simultánea, coexistiendo taquicardia con diarrea, hipotensión, y sequedad de boca, etc.

La estabilidad en un grado 2 de sintonía neurovegetativa parece propia de muchos trastornos psicosomáticos, mientras que la inestabilidad de los dinteles, con paso rápido de la sintonía normal a los estadios 2 y 3 y viceversa, es más propia de procesos neuróticos y psicóticos¹⁷.

Mecanismos intermedios neuroendocrinos

Las células nerviosas que registran señales endocrinas y las convierten en actividad neuronal son responsables no solamente de la **respuesta endocrina** sino también de **modificaciones en el comportamiento** del individuo. Aunque la estimulación eléctrica del hipotálamo influye en la secreción hipofisaria, ha sido suficientemente demostrado que el control hipotalámico se ejerce a través de mecanismos humorales. Las conexiones limbo hipotalámicas son, sin duda, el sustrato anatómico de la influencia de las emociones sobre las secreciones internas.

Los núcleos supraóptico y paraventricular hipotalámicos segregan hormona antidiurética, oxitocina, vasopresina, que se vierten a través del

axón a la hipófisis posterior, desde donde se liberan a la sangre circulante.

Otros grupos de células neurosecretoras del hipotálamo llevan sus productos hasta la hipófisis anterior a través de la circulación venosa, mediante el sistema porta de POPA y FILDING, que perfunden directamente la hipófisis.

El sistema hipotálamo-hipofisario influye sobre la secreción de adrenalina y noradrenalina de la médula suprarrenal a través del sistema simpático, y la secreción de insulina y glucagón puede ser así mismo modificada por influencias simpáticas y parasimpáticas.

Hormonas y comportamiento

Aunque la influencia principal de las **hormonas sobre el comportamiento** está, sin duda, mediada por el S.N.C., los importantes efectos endocrinos en los procesos metabólicos pueden ser un factor modificador de conducta, al alterar el estado general del organismo. La secreción endocrina de una hormona determinada cambia continuamente, y pueden observarse modificaciones psicológicas paralelas a los ritmos endocrinos biológicos.

Los efectos retardados de las hormonas sobre el comportamiento se deben a su influencia en la organización funcional cerebral y, naturalmente, son mucho más importantes en la época del desarrollo. Aparte de la respuesta de factores metabólicos, la hormona del crecimiento o **somatostatina** es muy sensible a influencias psicológicas, relacionadas con el **afecto**, especialmente en los primeros años de la vida tanto o más que la ACTH.

Sin entrar a considerar de manera más detallada la influencia de la secreción endocrina en el campo de la psicopatología, debemos señalar la gran importancia que ejerce en la secreción hormonal las influencias externas, estados de ánimo, procesos cognitivos y pautas de comportamiento.

Destacaremos algunos aspectos. SELIGMAN, ya en 1975, creó el modelo que lleva su nombre sobre la **génesis de la depresión**, en la que considera que ésta se debe a la sensación de ser incapaz de obtener gratificación, sensación adquirida por aprendizaje, tras un período de fracasos repetidos. La depleción cerebral de catecolaminas que se observa en

numerosos estados depresivos puede ser inducida por experiencias frustrantes repetidas. El aumento de cortisol plasmático en ciertos enfermos depresivos se puede explicar por déficit cerebral de noradrenalina, por bloqueo de su inhibición, pero también puede deberse a un mecanismo diferente consistente en la excitación directa de las células neuroendocrinas productoras del factor liberador de corticotropina, en el caso del estrés.

Las vías excitadoras procedentes del tálamo y del sistema límbico, que utilizan serotonina y acetilcolina como neurotransmisor, son las encargadas de transmitir los efectos de la estimulación dolorosa o estresante al hipotálamo.

Mecanismos intermedios inmunológicos

El sistema inmunitario, junto con el sistema nervioso y el endocrino, es el sistema de organización y defensa del organismo.

La evidencia clínica y experimental indica que, ciertos factores psicosociales y estados emocionales pueden influir en la resistencia a infecciones y en el desarrollo y evolución de enfermedades autoinmunes, neoplasias y estados de hipersensibilidad. Esto sugiere un posible papel **mediador de la función inmunitaria entre procesos psicológicos y somáticos**, pudiendo ser considerada como uno de los mecanismos psicopatogénicos en psicopatología.

La **reacción defensiva** en el individuo adulto ante el estrés psicosocial corre a cargo de **mecanismos psicológicos** pero cuando estos fallan entran en juego **mecanismos endocrinos**. (Secreción de 17-hidrocorticoesteroides en situaciones de estrés que nos proporcionan una manera objetiva de valorar la eficacia de los sistemas defensivos psicológicos.)

La secreción de **hormonas de estrés**, catecolaminas y corticoides, cortisol y adrenalina, aumentan y una vez que las defensas quedan estabilizadas, la secreción de hormonas de estrés desciende a valores normales.

Que el estrés es motor importante para el desarrollo psíquico es bien sabido, pero cuando la **influencia del estrés no puede ser ya neutralizada**, se inicia un proceso de regresión que puede expresarse en

términos de **alteración psicológica, biológica o conductual**.

Un cuarto patrón regresivo, no patológico, es la **creatividad**. Una observación frecuente es que **los períodos de mayor creatividad de científicos y artistas suelen estar precedidos por situaciones de gran estrés psicológico**.

Enfermedad psicosomática

La transición entre las "enfermedades orgánicas" y "enfermedades psicosomáticas" no está bien delimitada. El paso del terreno estrictamente biofísico al mental constituye en verdadero misterio del proceso psicosomático, y hace pensar en la existencia de un sistema evolutivo que desde la materia inerte progresa hasta las formas de pensamiento más complejas.

Según McDOUGALL¹⁸ la diferencia entre ambas entidades está en el grado de participación del terreno en el que asienta la enfermedad. Para esta misma autora un fenómeno clave para el progreso psicoterapéutico en pacientes psicosomáticos es lo que ella llama "**obsesionalización**", esto es, la aparición de ideas obsesivas que vienen a sustituir las exacerbaciones periódicas de los cuadros clínicos, tales como la úlcera duodenal o las dermatosis.

Cuando se inicia un tratamiento que bloquea las posibilidades de expresión somática, cabe preguntarse si el conflicto no hallará salida a través de síntomas mentales graves o de otra somatización aún más peligrosa.

Ejemplo: Mujer, 22 años, casada, sin hijos, va al dermatólogo por alopecia pertinaz. Factor desencadenante un accidente seguido por lo que ella interpretó, intento de seducción por el causante del mismo... Personalidad inmadura... En períodos de estrés aumenta la alopecia.

En las primeras sesiones de tratamiento de relajación prescrito por su psiquiatra, se muestra colaboradora. A las ocho semanas de iniciado el tratamiento empiezan a aparecer fantasías paranoides, y pocos días después se declara un episodio psicótico franco, con un delirio paranoide sistematizado.

Se interrumpe el tratamiento de relajación, y se instaura un tratamiento medicamentoso con neurolépticos, cediendo el cuadro psicótico a los pocos días.

La posible inocua relajación puede tener posibles efectos secundarios y una alteración psicosomática puede transformarse en psicótica, si la personalidad carece de otros recursos.

Por todo ello, podríamos resumir: cuando un individuo se encuentra frente a una situación de estrés que no puede ser compensada por los mecanismos homeostáticos disponibles, o bien se produce una progresión, con mayor diferenciación y maduración, o se inicia una regresión hacia estados de menor organización. En el adulto pueden aparecer síntomas neuróticos o psicóticos, por regresión psicológica de la conducta, y psicosomáticos, por regresión fisiológica.

La actividad creadora parece ser una alternativa progresiva ante los fenómenos regresivos patológicos.

Personalidad Psicopática

Una característica importante de muchos pacientes con trastornos psicosomáticos es la ineficacia relativa de sus mecanismos psicológicos de defensa, junto con cierta incapacidad para la representación simbólica de sus conflictos emocionales.

De ordinario se trata de pacientes que no aceptan el carácter funcional de su enfermedad¹⁹. Son pacientes, dice DIAZ-RUBIO, que acuden a un sin fin de médicos, presentan gran número de síntomas que el paciente los refiere con detalle, junto al síntoma más somatizado cuenta otros síntomas muy variados, tales como palpitaciones, sudoración, miedo, dolor torácico, dificultad para respirar, ansiedad, depresión, dolores músculo-esqueléticos y otros síntomas variados. Demandan una enorme atención y gran número de exploraciones. Toman muchos medicamentos, sin encontrar solución a su problema. Algunos aceptan sus síntomas tras comprender el carácter funcional de la enfermedad.

Las características fundamentales de la personalidad psicosomática, según señala GONZÁLEZ DE RIVERA²⁰, son:

- Relaciones marcadamente carentes de afecto
- Pensamiento operativo exageradamente pragmático y descriptivo
- Dificultad para describir los estados emocionales (alexitimia)

- Normalidad psíquica aparente
- Tendencia a gesticulación corporal o facial, quejas de dolor físico en momentos de estrés psíquico
- Incapacidad del sueño y de la actividad onírica

No todos los pacientes con alteraciones psicosomáticas presentan estas características de personalidad, pero la aparición de alguna de ellas (por ejemplo, inhibición afectiva en casos de pérdida de algún ser querido), puede ser un signo de alerta, un predecesor de inminente riesgo de enfermedad.

Existe una personalidad psicosomática cuyos rasgos pueden presentarse esporádicamente, en individuos que aparentemente no los tienen, pero, **cuando aparece la depresión, el enfermar psíquico es inminente.**

Numerosos autores, desde Hipócrates hasta nuestros días, han descrito la influencia de estados depresivos en la génesis y mantenimiento de enfermedades somáticas. Para SCHMALE²¹ y otros investigadores de la Escuela de Rochester los **estados depresivos** influyen de manera fundamental en la génesis de la enfermedad somática.

Establece SCHMALE una distinción entre procesos depresivos normales, que cumplen una función adaptativa, y las depresiones patológicas. La depresión adaptativa o "depresión de aviso" en la que las defensas están llegando al límite de la tolerancia y no son advertidas, puede constituir un nuevo factor de estrés. Si el sujeto persiste en el esfuerzo, la depresión psíquica puede combinarse con una disfunción por sobrecarga patológica del organismo.

Los componentes del estado depresivo, que predisponen a la enfermedad, fueron identificados y descritos por SCHMALE Y ENGEL como: **desvalimiento, indefensión (helplessness)**, estado en el que el individuo se siente impotente para hallar una solución y la **desesperanza o sentimiento de frustración (hopelessness)**. Cuando ambos se

presentan conjuntamente, las posibilidades de contraer una enfermedad aumentan²².

Atención al paciente psicosomático en el Balneario

Uno de los grandes problemas clínicos de la medicina moderna es el relativo a los trastornos funcionales. El diagnóstico de una enfermedad de carácter funcional implica siempre el haber descartado una enfermedad orgánica e introducirse en profundidad en la **relación médico-paciente**, la cual si bien siempre es necesaria, en el caso de las enfermedades funcionales es imprescindible²³.

Para considerar estos procesos desde el punto de vista diagnóstico y terapéutico, es necesario conocer en profundidad, la personalidad del paciente, el proceso diagnóstico, el tratamiento y la relación médico-enfermo.

De ordinario se trata de pacientes que no aceptan el carácter funcional de su enfermedad. Característica de estos cuadros psicógenos es su variabilidad, reversibilidad y carácter esencialmente subjetivo, por lo que su valoración clínica precisa es difícil²⁴.

En ocasiones, el médico que se enfrenta a un paciente con patología funcional tiende a minusvalorar la importancia de la enfermedad lo cual es percibido fácilmente por el paciente. Un principio fundamental es escuchar, creer y no enfrentarse al paciente. El médico debe interesarse por cómo influye esa enfermedad sobre su calidad de vida, si la empeora y si tiene repercusión en su situación laboral, familiar, afectiva, etc.

Es necesario resaltar que en cualquier tipo de patología y muy especialmente en patología psicosomática es del mayor interés realizar el diagnóstico en base a dos pilares fundamentales, **la anamnesis y la exploración física.**

22.- González de Rivera, J.L. (2003) Medicina Psicosomática. Ed. ADES Madrid. p 111-112.

Un estudio experimental sorprendente realizado por CURT RICHTER, ilustra sobre los beneficiosos efectos de la esperanza en el reino animal. Ratas acostumbradas a vivir en medio hostil, fueron colocadas en un recipiente con agua mantenida con constante turbulencia. Las ratas nadaban alrededor de las paredes, comprobaban que no había salida y buceaban hacia el fondo y morían. Pero, cuando una de ellas era rescatada en el último momento y mantenida en reposo durante algunas horas, al ser de nuevo introducida en el recipiente su supervivencia se prolongaba casi tres días. RITCHER concluye que, al haber sido rescatada una vez, la rata alberga la esperanza de volver a serlo y esto le permite resistir tanto tiempo.

El médico debe mostrar un claro interés por el problema del paciente, realizar una anamnesis cuidadosa, ser riguroso en la exploración y realizar las pruebas complementarias oportunas.

Un aspecto, que quiero subrayar, es la amenaza que hoy se cierne en la relación médico-enfermo, en torno a la exploración física del paciente, que tiende a desaparecer, sobre todo en el ambiente hospitalario, como si fuera una práctica de otros tiempos. Nada más erróneo.

Hoy día el diagnóstico se basa en la imagen. Las espectaculares técnicas instrumentales y de laboratorio han producido en el enfermo, e incluso en el médico, una gran fascinación y confianza. La tecnología diagnóstica ha originado un alejamiento de la clínica y un distanciamiento del enfermo. Todo esto tiene el riesgo de considerar al médico como un técnico al servicio del usuario.

El médico en el balneario tiene que actuar, en muchas ocasiones, con pocas o ninguna exploración complementaria. Comienza un tratamiento empírico tras considerar que no existen síntomas graves. Pero si es posible y necesario se realizarán estudios diagnósticos limitados, según qué espera el paciente, qué espera el médico, qué influencia tendrá sobre el tratamiento, incluso el coste de dicha exploración. A veces, tras la duda diagnóstica y terapéutica, la realización de una prueba complementaria puede ayudar a tranquilizar al paciente, le da una mayor satisfacción, disminuye el número de consultas y el absentismo laboral. La medicina actual centra su interés y atención en el ADN, la Biología Molecular y la Ingeniería Genética que son, sin duda, del mayor interés. Por otra parte, los nuevos métodos de exploración (TAC, RMN, PET-TAC, etc.) también imprescindibles en la práctica científica actual, no deben hacer olvidar los dos pilares sobre los que asienta en ejercicio clínico diario, que deben seguir siendo la anamnesis y la exploración clínica. Son la base para establecer el diagnóstico médico, sin restar importancia a los datos analíticos y de imagen que pueden ser las únicas manifestaciones iniciales de enfermedad.

Recientemente un clínico eminente ha dicho que debemos "buscar un equilibrio entre las sencillas habilidades clínicas y la compleja biotecnología".

"La tecnología nos hace la vida más fácil, pero no más feliz. Más cómoda, pero no más entrañable,

por eso debemos tratar de conjugar tecnología con humanidad." (M. Fornés)

Cualquier médico en su consulta y, específicamente, el médico en un Centro Balneario, debe intentar conocer con la mayor precisión posible, la situación actual somática y psíquica de cada uno de los pacientes que van a iniciar la Cura Balnearia y para ello, debe recurrir a una cuidadosa anamnesis y exploración física, así como al examen de cuantos datos de laboratorio, examen por la imagen, etc., le puedan ser aportados.

Puesto que en un proceso psicosomático no hay lesión aparente que curar ni parámetro bioquímico alterado, se atenderá al conjunto de factores biopsicosociales, sin olvidar la **atención especial a los síntomas que el paciente refiere le causan una mala calidad de vida.**

En los efectos globales de las curas balnearias, en toda su complejidad, podemos destacar la acción psicoterápica favorable que, prudentemente ordenada, puede ejercer el médico que dirige el tratamiento ²⁵.

Los **múltiples factores actuantes** en la cura balnearia y la **variación en la respuesta** de la entidad biopsicológica de cada paciente, dice ARMIJO VALENZUELA, hace conveniente vigilar la reacción del sujeto al tratamiento establecido y mantener un control permanente, aunque con la suficiente laxitud para no producir impresión de pérdida de libertad; el paciente en cura debe conocer su programa de tratamiento, en el que se presenten cuidadosamente ordenadas todas sus actividades, en particular las técnicas crenoterápicas, regímenes dietéticos, distribución del tiempo de ejercicio y del reposo, etc.

Es importante que el paciente se encuentre "ocupado" a lo largo del día por lo que se puede considerar tratamiento propiamente dicho y también por normas que le permitan sintonizar psíquica y socialmente, en beneficio de su recuperación global. El paciente se encuentra integrado en un Psicogrupo autoseleccionado voluntariamente, del que surge una emulación constructiva, favorable para la mejor realización de la cura ²⁶.

Los Centros Balnearios con su peculiar organización e instalaciones pueden alcanzar extraordinaria significación en el tratamiento de

estos procesos psicosomáticos ya que además de sus posibles acciones específicas e inespecíficas de las aguas mineromedicinales y de sus técnicas de aplicación, es de considerar el ritual que acompaña a las prácticas hidrotermales que potencia ante el paciente, su significación terapéutica²⁷, el **efecto placebo** de las curas hidrotermales, **basado en el “efecto Carpenter”** que establece que toda representación lleva en sí la tendencia a la realización, lo que justifica el ritual mágico de las antiguas prácticas terapéuticas y hasta, en parte, el ceremonial que acompaña a las actuales técnicas hidroterápicas, que potencia, ante el paciente, su significación terapéutica²⁸.

Una parte importante de su acción se basa en el estímulo de la capacidad defensiva del organismo, de la capacidad de respuesta del individuo a los distintos factores de la Cura Balnearia, que hacen necesario la atención individual y específica a cada uno de los pacientes sometidos a esta terapéutica.

Un factor favorable al buen resultado del tratamiento de estos procesos funcionales en los balnearios es que el enfermo se encuentra en **mejor disposición**, puesto que, de ordinario, él mismo ha escogido esta forma de tratamiento y lo acepta con agrado y facilita su **participación activa** en el mismo, dispuesto a seguir fielmente las normas que se le puedan prescribir o recomendar.

Otro aspecto a destacar es que entre los pacientes se suele propagar la eficacia de la cura y la conveniencia de seguir puntualmente los tratamientos impuestos por el médico, siendo también frecuente que entre ellos, los pacientes, surja una emulación constructiva siempre favorable para la mejor realización de la cura.

Podemos, pues, concluir que en las curas balnearias prudentemente dirigidas, se dan condiciones muy favorables para que se establezca con gran eficacia la relación médico-enfermo, trascendente en muchos pacientes y muy especialmente en los de evolución crónica con resonancias psíquicas.

Anamnesis y exploración física Relación médico-paciente en el balneario

La experiencia acredita que para alcanzar un buen conocimiento de la situación real de un paciente, la **anamnesis** tranquila, prudente, suficiente en el tiempo y nunca apresurada, es factor importante,

como fue defendido por el clínico tan relevante como el Prof. MARANON, que destacaba el valor de **“la silla”** como medio para poder observar, escuchar, atender y dialogar con el paciente, facilitando el poder establecer una corriente de empatía y relación positiva.

Solamente una **buena anamnesis** podrá proporcionar al médico observador, un conocimiento de la situación anímica del paciente, la actitud, capacidad de expresión y respuesta del paciente: gestos, actitudes, la mirada, la cinesia, la quietud, etc. son factores para poder llegar a **conocer la situación psíquica del sujeto y su estado anímico**, sea el que fuere su nivel cultural. Pero, también el **médico** ha de tener en cuenta que él mismo es **objeto preferente de la atención del paciente** y que su situación emocional puede influir en la respuesta favorable o desfavorable del paciente, así como en la que vaya a ser la resultante del tratamiento que se le prescribe.

La anamnesis y la exploración física, encierran todas las facultades del médico como ser humano. Con ellas puede evidenciar signos físicos que son, a veces, la única manifestación de enfermedad, o descubrir hallazgos insospechados en el interrogatorio. Desde el punto de vista relación médico-enfermo, induce o aumenta el contacto amistoso, la empatía, la intimidad y la relación cálida y respetuosa con el enfermo. El médico explora con sus manos el enfermo; **es un medio de comunicarse con él**.

LAÍN ENTRALGO en su obra “Lo esencial en el médico” señala que en el oficio de curar son necesarias tres cosas:

- 1.- Voluntad de ayuda *“No parece concebible el ejercicio profesional de la medicina, sin voluntad de ayuda al paciente”*
- 2.- Voluntad de conocimiento y esmero en la práctica de la exploración (*“me acarician luego valgo”*) y
- 3.- Esmero en la práctica del tratamiento.

En el contacto manual aceptado distingue LAÍN ENTRALGO vivencias llenas de humanismo y de humanización de interés en la **relación médico-enfermo**: autoafirmación, relajación, alivio y compañía y bienestar. En el contacto físico, deseado por el enfermo, es necesario, *“tiempo, habilidad manual y, sobre todo, delicadeza moral y estética”*.

En el tratamiento de estos pacientes es esencial desde el primer momento la relación médico-enfermo.

La relación médico-enfermo se inicia en la primera entrevista y lo que se produce en ese primer encuentro ejerce, muchas veces, una acción importante e irreversible sobre la personalidad del paciente. La primera entrevista puede influir extraordinariamente en el comportamiento del paciente durante la cura balnearia.

El médico, desde esa primera entrevista, debe adoptar una actitud comprensiva y dialogante, teniendo en cuenta que cada enfermo vive sus padecimientos de una manera peculiar, según su identidad biopsicológica, atendiendo al trastorno de causa orgánica o funcional sin relegar las posibles resonancias psíquicas que puedan acompañarle. Un tratamiento eficaz ha de ser global e individualizado, atendiendo tanto a sus manifestaciones somáticas como a las psíquicas.

El médico debe dedicar tiempo suficiente al paciente para **explicarle la naturaleza funcional de su enfermedad**, debe transmitir al paciente que:

- no existe enfermedad orgánica,
- no debe decir "usted no tiene nada"
- debe realzar la naturaleza "funcional" de la enfermedad,
- explicar en qué consiste, con sencillez y utilizando palabras adecuadas,
- demostrar que sus síntomas son reales,
- tranquilizar al paciente,
- asegurarle que su enfermedad no altera la esperanza de vida aunque pueda disminuir su calidad,
- que tiene una tendencia natural a mejorar,
- que las situaciones emocionales influyen en gran medida y
- establecer con él un pacto terapéutico.

El médico tratará de dar confianza al paciente en la utilidad de la cura iniciada, sin hacer concebir falsas esperanzas de curación, siempre explicando al paciente la importancia o no de su padecer, con seriedad y sencillez, utilizando un lenguaje de fácil comprensión, adecuado para cada paciente. Todo ello enfocado a conseguir la confianza del paciente, su implicación y colaboración.

Esta intervención directa del médico la suele considerar el enfermo como prueba definitiva de

la importancia de su padecimiento y de la eficacia del tratamiento que aplica el propio médico, **aumentando considerablemente su autoestima y su confianza** en el resultado que va a obtener y **en el médico que lo trata**.

La relación médico-enfermo se puede establecer con más facilidad en los balnearios, alcanzando gran significación si, algunas técnicas crenoterápicas prescritas son aplicadas por el propio médico, o al menos supervisadas, con lo cual se refuerza extraordinariamente la relación médico-enfermo, se acerca más al paciente, el médico tiene oportunidad de ver la capacidad de respuesta del paciente durante el tratamiento y facilita el ganar su confianza, factor decisivo para alcanzar los mejores resultados en el tratamiento. A esa acción que se establece entre el médico y paciente, que llamamos transferencia, "**transfer hydrothérapique**" según expresión de Vidart²⁹, debemos concederle gran importancia, porque la tiene.

La transferencia es importante y los modos de conseguirla muy variados: diálogo, silla, sugestión, hipnosis, relajación Autógena de Schultz, ..., son las diversas teorías psicoterápicas. Una muy importante son las **prácticas en el agua** y más aún si el médico las supervisa directamente.

"La mera presencia del médico tiene una acción disolutiva de la angustia del enfermo"
(López Ibor)

Se ha de intentar establecer vínculos recíprocos de simpatía, amistad, comprensión y entendimiento entre el médico y el paciente, que faciliten la "transferencia", permitiendo así que los pacientes se liberen de su inquietud y desasosiego, al acrecentar su confianza en la capacidad del médico y en la eficacia de la cura emprendida.

El médico ha de ser extraordinariamente cuidadoso en su actitud, manteniendo un tono amable, cordial, optimista, amistoso, aunque sin excesiva camaradería y evitando confidencias innecesarias.

El Prof. Gracia Guillén destacaba recientemente en su intervención en la Real Academia Nacional de Medicina en una sesión Homenaje al Prof. Laín Entralgo³⁰,

"la relación médico enfermo, es un vínculo interpersonal, social o político que ha de respetar

los principios de autonomía, beneficencia y justicia. Ellos son los que definen los derechos y deberes éticos de cada una de las partes: el médico, el paciente, la sociedad.

Pero la relación sanitario-paciente sólo será perfecta cuando esos derechos se conviertan en hechos, actos, y éstos en actitudes o hábitos virtuosos.

Y como la virtud por antonomasia de la vida social y política es, según Aristóteles, la "filia" o amistad, resulta que la relación médica solo será perfecta cuando llegue a ser relación de amistad.... Aristóteles decía que "cuando los hombres son amigos, ninguna necesidad hay de justicia" La amistad es la virtud moral por antonomasia y, en consecuencia, la base de la moral de virtudes. El médico virtuoso habrá de ser siempre un médico amigo."...

"La relación médico-enfermo sólo será perfecta cuando busque la autonomía, la beneficencia y la justicia en la amistad"

"La idea de la amistad como canon de la relación médico-enfermo se ha ido abriendo paso en la bioética, hasta el punto de que la President's Comisión ha señalado, siguiendo a Mark Siegler, la necesidad de ir más allá del paternalismo, fundando las relaciones sanitarias sobre la confianza y la confidencia (trust and confidence), es decir, sobre la amistad." "La elasticidad de la relación del médico con el paciente dependerá mucho de la capacidad de confianza y confidencia intercambiadas entre el paciente y el profesional"³¹.

El cuidado personalizado de los enfermos debe ser el objetivo del médico, señala Barbado Hernández³², Jefe de Medicina Interna del Hospital Universitario La Paz. El médico, además de los conocimientos científicos y habilidades técnicas, precisa de una actitud dirigida al diagnóstico de los procesos y a su alivio terapéutico. Así fue expresado de forma magistral por PEABODY.

"El único secreto de cómo tratar a un enfermo es preocuparse íntimamente por él". (Peabody 1927)

El sujeto en cura es una "persona doliente", como destaca ROF CARBALLO³³, y siempre con una capacidad de respuesta a cuanto le rodea, condicionada por la propia enfermedad que padece

o cree padecer. Todas las enfermedades son determinantes de resonancias psíquicas, tanto más acusadas cuanto mayor sea la sensibilidad y labilidad del paciente. De ahí la necesidad de conocer la reacción psicológica del enfermo a su enfermedad, se hace preciso la comprensión psicológica.

El médico en el centro balneario, con su saber, prudencia, afecto y especial dedicación al paciente, puede alcanzar una acción sanitaria integral de enorme significación.

Bibliografía

- 1.- López-Ibor, J.J. (1957-1964) Lecciones de Psicología Médica. Ed. Paz Montalvo. Madrid.
- 2.- ROF CARBALLO, J. (1999) Medicina psicosomática en Nueva Enciclopedia Universal. Vol. XVIII, p. 7035-7036.
- 3.- Vallejo Nájera, J.A. (1969) Introducción a la Psiquiatría. 4ª Edición. Ed. Científico Médica. Barcelona. P.122
- 4.- Rof. Carballo, J. (1999) Medicina Psicosomática en Nueva Enciclopedia Universal. Vol. 18 Inst. Lexicog. Durban – pp. 7035-36.
- 5.- Schiller (1759-1805), que fue médico antes que poeta, su T.D. trató sobre las relaciones entre la naturaleza animal y espiritual del hombre, y que escribió su famoso canto a la fraternidad humana "An die Freude" - *Oda a la alegría*, tema de la Novena Sinfonía de Beethoven y que su prestigio se debe a su idealismo que le hace ser aclamado por la juventud de todos los tiempos - amistad, lealtad, libertad.
- 6.- Wooder, S.H. (1956) Physic, psychology and medicine. Cambridge Universsiy Press.
- 7.- Vallejo Nájera, J.A. (1969) Introducción a la Psiquiatría. 4ª Edición. Ed. Científico Médica. Barcelona. Pág. 124
- 8.- Rof Carballo, J. (1951) Patología psicosomática. Ed. Paz Montalvo.
- 9.- González de Rivera, J.I. (2003) Medicina Psicosomática. Ed. ADES. Madrid. p. 71, 72.
- 10.- González de Rivera, J.I. (2003) Medicina Psicosomática. Ed. ADES. Madrid. p. 115.
- 11.- Mac Gaugh, J.L. (1976) *Neurobiological Aspects of Memory* en Grenell, R.G. y Gabay, S. *Biological Foundations of Psychiatry*, Raven Press New York.

- 12.- Coss, R.G. y Globus, A. (1978) *Spine Stems as Tectal Interneurons in jewel Fish are shortened by Social Stimulation* Science 200, p 787-790.
- 13.- Rose, S.P.R. (1978) *Are experience and learning regulators of protein síntesis in cerebral cortex?* Developments in neuroscience, 2, 307-318.
- 14.- Ver pie de página.
- 15.- González de Rivera, J.L. (2003) *Medicina Psicosomática*. Ed ADES Madrid.
- 16.- Gellhorn, E. y Kiely, W.F. (1973) *Autonomic Nervous System in psychiatric disorders*. En Mendels, J. *Biological psychiatry*. John Wiley & Sons, New York.
- 17.- González de Rivera, J.L. (2003) *Medicina Psicosomática*. Ed ADES Madrid. P. 143.
- 18.- McDougall, J. (1974) *The psychosoma and the psychoanalytic process* Int.Rev. Psycho-anal. 1, p 437-459
- 19.- Díaz-Rubio García, M. (2003) *La dispepsia funcional. El médico y el enfermo*. Anales Real Acad. Nac. Med. Tomo CXX, p 376.
- 20.- González de Rivera, J.L. (2003) *Medicina Psicosomática*. Ed. ADES Madrid. P. 99-101.
- 21.- Schmale, A.H. (1973) *Adaptative role of depresión in health and disease en Separation and depression* de Scott, J.P. y Senay, Ed, American Association for the advancement of Science, Washington.
- 22.- Ver pie de página.
- 23.- Díaz-Rubio García, M. (2003) *La dispepsia funcional. El médico y el enfermo*. Anales Real Acad. Nac. Med. Tomo CXX, p. 376.
- 24.- San Martín Bacaicoa, J. (1996) *Consideraciones acerca de las psicalgias y curas balnearias*. Bol. Soc.Esp. Hidrol.. Méd., Vol XI, nº 1, p. 9-16.
- 25.- San Martín Bacaicoa, J. (1996) *Influencia psicoterápica del médico en las Curas Balnearias*. Bol. Soc. esp. Hidrol. Méd., Vol. XI, nº 3, p. 111-117.
- 26.- Armijo Valenzuela, M. (1994) *Cansancio de la vida en el envejecimiento y Curas Balnearias*. Bol. Soc. Esp. Hidrol.. M.ed., vol. IX, 2, 69-74.
- 27.- San Martín Bacaicoa, J. (1996) *Consideraciones en torno a las psicalgias y Curas Balnearias*. Bol. Soc. Esp. Hidrol. Méd., Vol. XI, nº 1.
- 28.- Armijo Valenzuela, M. (1994) *Bases biológicas de la acción de las curas balnearias*. Cap. 12 en Armijo Valenzuela, M., San Martín Bacaicoa, J. y cols *Curas Balnearias y Climáticas. Talasoterapia y Helioterapia*. Ed. Complutense. Madrid p.175.
- 29.- VIDART, L. (1972) *Thermalisme psyquiatrique et mouvement institutionnel*. Presse Therm. Clim. 110, 2, 64.
- 30.- Diego Gracia (1997) *Homenaje Académico al Excmo. Sr. D. Pedro Lain Entralgo*. Anales de la Real Academia Nacional de Medicina. Tomo CXIV, 4º, 704.
- 31.- President's Commission, (1982) *Making Health Care Decisions*. Vol. 1, Washington D.C., U.S. Government Printing Office, 1982, p. 37.
- 32.- Barbado Hernández, F.J. (2004) *BIOÉTICA AL DÍA Exploración física ¿venida a menos?*. Revista Médica. Abril 2004, 78. Hospital Universitario La Paz.
- 33.- ROF CARBALLO, J. (1951) *Patología Psicosomática*. Ed. Paz Montalvo. Madrid.