

MANUEL ARMIJO VALENZUELA

---

# **Cura balnearia e identidad biopsicológica**

---

Comunicación a la Real Academia de Medicina  
el día 3 de mayo de 1983

Publicado en el tomo C de los "Anales",  
cuaderno segundo

---

M A D R I D , 1 9 8 3

XI SESION CIENTIFICA

DIA 3 DE MAYO DE 1983

PRESIDENCIA DEL EXCMO. SR. D. BENIGNO LORENZO VELAZQUEZ

**CURA BALNEARIA E IDENTIDAD BIOPSICOLOGICA**

por el Excmo. Sr. D.

MANUEL ARMIJO VALENZUELA

Académico de número

El título de esta Comunicación lo justifica nuestro interés en poner de relieve que en este proceder terapéutico, además de la acción de las aguas mineromedicinales y las técnicas de aplicación, son de considerar otros muchos factores que, directa o indirectamente, actúan sobre el sujeto en tratamiento, el cual, a su vez, con su peculiar capacidad de respuesta, modulará el efecto final de la cura.

Atendiendo a esta consideración previa, hemos prescindido de las denominaciones más utilizadas para designar los tratamientos hidrominerales, ya que, por ejemplo, Hidrología médica parece atribuir los efectos terapéuticos a las aguas mineromedicinales exclusivamente; Crenoterapia, a las aguas de las fuentes o emergentes naturales; balneoterapia, al empleo de las aguas en balneación. Frente a estas limitaciones, la ambigüedad de «cura balnearia» permite incluir en la misma los efectos básicos de las aguas mineromedicinales, pero también los de cuantos factores puedan ejercer sus acciones sobre el organismo humano, bien sea en lo somático, en lo psíquico o, incluso, en lo social.

El elevado número de posibles factores actuantes en estas curas, parte del hecho de que las aguas mineromedicinales se suelen utilizar a pie de manantial o en sus proximidades, lo que supone, en

la mayoría de los casos, que el paciente deba desplazarse del punto de su residencia habitual y someterse a unas nuevas condiciones ambientales. Como fácilmente se comprende, tal circunstancia es propia de la cura y, consiguientemente, conocida desde tiempos remotos y así, ya a mediados del siglo pasado, *Braun y Rhoden* (6), *Helfft y Thilenius* (13) y tantos otros hidrólogos, destacaban la beneficiosa acción de lo que consideraban factores coadyuvantes, en las curas hidrotermales, insistiendo en que la favorable influencia de estos tratamientos era consecuencia de efectos farmacodinámicos (mineralización y gases de las aguas), fisioterápicos (mecánicos y térmicos), higiénicos (clima, dieta, reposo, etc.) que, operando conjuntamente, daban una resultante beneficiosa para los pacientes.

Esta misma interpretación es la predominante actualmente y los establecimientos balnearios más afamados utilizan una extensa gama de procedimientos terapéuticos y, por ejemplo, las publicaciones del Instituto de Investigaciones Científicas de Balneología de Sochi-Matsesta, en la URSS, destacan la variedad de los medios terapéuticos que se aplican en dicho Centro, en el que junto a la más amplia utilización de las aguas mineromedicinales, se recurre a la climatoterapia, fisioterapia, psicoterapia y cuanto consideran favorable para mejorar la evolución de los pacientes en tratamiento (*Ulianova*) (33). Esta moderna interpretación justifica el que muchos hidrólogos rusos den preferencia al término *kurortologie* para designar estos complejos tratamientos, en los que a la acción de las aguas mineromedicinales se unen las de otros muchos factores coadyuvantes, en particular cuantos puedan potenciar los efectos inespecíficos y psicotrópicos. No obstante, esta denominación tiene no pocos detractores y, concretamente, *Schmidt - Kessen* (28) la considera poco afortunada, ya que en Alemania y países bajo su influencia técnica, *kurort*, es lugar de cura en que se utilizan exclusivamente medios naturales, en particular climáticos, dietéticos, ordenación de actividades, distribución de ejercicios y reposo, etc., si bien sea preciso reconocer que, en muchos de estos lugares de cura, se aplican otras técnicas de tratamiento que los pone en la línea de los Centros sanatoriales, balneoterápicos, talasoterápicos, kneippterápicos, etc., con lo que se apartan de lo que en esencia es un verdadero *kurort*.

Podemos, pues, admitir que si en las curas balnearias la utilización de las aguas mineromedicinales y/o sus productos derivados es fundamental, en la acción final de la cura se debe considerar el efecto

de otros factores coadyuvantes: climáticos, dietéticos, psíquicos, etcétera. En todos los casos, el predominio de los agentes naturales justifica el que estas curas se incluyan entre las «terapéuticas naturales»; pero es destacable que ofrecen la particularidad de mantenerse en vigencia a pesar de ser milenarias y, además, que, como destaca el profesor *Wannennwetsch* (36), «nunca con tantas posibilidades como actualmente», ya que pueden mejorar la evolución de muchos procesos crónicos, potenciar técnicas rehabilitadoras y reeducadoras, prevenir determinadas manifestaciones morbosas, facilitar la educación sanitaria y el conocimiento de sistemas curativos, etcétera. Claro es que tampoco faltan opiniones contrarias a la posible eficacia de estas curas que, para muchos, no pasan de ser un período de vacaciones no siempre justificado y que no ofrece más ventajas que las que puedan derivarse de un tiempo de descanso en un ambiente grato.

Lo que podemos admitir es que las curas balnearias, debidamente dirigidas, son beneficiosas en el tratamiento de muy diversos procesos, si bien ofrezcan el inconveniente de resultar costosas para un porcentaje elevado de sujetos que no pueden utilizarlas si no reciben ayuda de la Seguridad Social, Compañías aseguradoras, Cajas profesionales, etc. Afortunadamente, el progreso social tiende a prestar ayuda a los necesitados y, en particular, a los que perdida la salud requieren especiales atenciones terapéuticas. La Seguridad Social cubre un amplio rango de exigencias, pero no todas las posibles curas y tratamientos y, en relación directa con el tema que nos ocupa, la cura balnearia no figura entre las prestaciones ordinarias, aunque tal restricción pueda suponer diferencias en cuanto al derecho a la salud de todos los ciudadanos, establecido por la Constitución, así como en cuanto a la posibilidad de utilizar los tratamientos adecuados hasta la total curación o, por lo menos, hasta el límite de las posibilidades terapéuticas que establece el «derecho de los enfermos».

La falta de esta prestación no se puede considerar sorprendente en un país como el nuestro, en el que las curas hidrotermales gozan de escaso prestigio entre la clase médica, a diferencia de lo que ocurre en Francia, Italia, Alemania Federal y en la Democrática, Suiza, Austria, Portugal y todos los países del Este de Europa, en los que el porcentaje de individuos que utilizan estas curas, en relación a la población total, oscila entre el 3 y el 5 por 100. En España este porcentaje no llega al 0,2 y algo parecido ocurre en Suecia, Noruega,

Dinamarca, Gran Bretaña y Estados Unidos, donde el bajo rendimiento económico de las explotaciones balnearias ha hecho cerrar muchos de sus establecimientos termales.

Pese a tales diferencias, es indudable que la cura balnearia sigue siendo apreciada en muchos países y así lo atestigua el que el Consejo de Europa haya establecido, en 1962, que los habitantes de los dieciséis países por entonces asociados, pueden utilizar indistintamente las aguas mineromedicinales de todo el territorio bajo su control, ya que «constituyen terapéutica importante que debe ser aprovechada al máximo».

En las curas balnearias el agente terapéutico principal es el agua mineromedicinal, que por su composición y características físicas pueden ser favorables en el tratamiento de muchos procesos patológicos. En efecto, no es sorprendente que las aguas bicarbonatadas se comporten como antiácidos y alcalinizantes; que las sulfatadas hipertónicas estimulen el peristaltismo intestinal y faciliten el drenaje de vías biliares; que las sulfuradas sean antitóxicas y desensibilizantes; que las ferruginosas estimulen la eritropoyesis; que las cálcicas y también las radiactivas se comporten como sedantes y reequilibradoras del sistema nervioso vegetativo; que las aguas de débil mineralización, administradas con ritmo y en cantidad adecuada, sean diuréticas y puedan facilitar la eliminación de catabolitos y sedimentos por la orina, etc.

Todos estos efectos se registran cuando las aguas minerales se administran por vía oral, pero en las aplicaciones tópicas se hace más problemático el efecto de la mineralización, si bien las investigaciones de *Nohara* (22), *Dincoulesco* y colabs. (8), *Drexel* y *Dirnagl* (9), *Dubarry* y colabs. (11), etc., con elementos marcados, han evidenciado su paso a través de la piel y mucosas. No obstante, en las aplicaciones en forma de baños y duchas, lo predominante son los efectos físicos, determinados en virtud del principio de flotación, presión hidrostática, cohesión y viscosidad, etc., de enorme trascendencia en hidrocinesiterapia, puesto que son los condicionantes de la más fácil movilidad del aparato locomotor, según acredita la práctica habitual hidroterápica y las publicaciones de *Sultana* (32), *Lecrenier* (19), *Herbert* (15), *Pauwels* (23), *Leroy* (20), *Witzleb* (37), etcétera. Además, entre las acciones físicas de las aguas, son de considerar los efectos dinámicos determinados por la proyección a presión regulable, sobre la superficie de revestimiento del organismo,

que se comporta como estimulante de la piel o mucosas y de los tejidos subyacentes, así como los efectos derivados de la temperatura del agua, ya que las aplicaciones frías son estimulantes y vasoconstrictoras, en tanto que las calientes son sedantes, analgésicas y vasodilatadoras, pudiendo determinar en ambos casos acciones generales y la puesta en marcha de los sistemas termorreguladores (*Armijo*) (2). Estas acciones físicas permiten utilizar la triada fisioterápica: calor, masaje y movilización, básica en el tratamiento de muchas afecciones de sistema locomotor.

Todos estos efectos dependientes, directa o indirectamente, de la composición y propiedades físicas de las aguas mineromedicinales y las técnicas hidroterápicas utilizadas, son de la mayor importancia en la cura hidrotermal; pero también es importante considerar las acciones menos específicas de estas curas, capaces de influir significativamente en la evolución de los procesos en tratamiento y en el «sentir» del enfermo. Esto es, el paciente en tratamiento en el medio balneario, se somete a la acción de las aguas mineromedicinales y a las técnicas hidroterápicas que se prescriban, pero también es influido por otras muchas circunstancias dependientes del ambiente, ordenación de actividades, relaciones sociales, etc.

Por lo que respecta a las aguas y técnicas de aplicación, además de sus acciones genuinas es de considerar su acción estimulante inespecífica, capaz de poner en marcha una respuesta de adaptación del tipo de las descritas por *Reilly* y colabs. (25) y *Selye* (30), determinantes de un estado de resistencia o mayor tolerancia a la agresión y, naturalmente, a la enfermedad.

Desde este punto de vista, las curas hidrotermales pueden ser consideradas agentes de agresión con capacidad para activar las células neurosecretoras diencefálicas, agrupadas preferentemente en los núcleos supraópticos y paraventriculares. La secreción liberada por estas células camina hacia su lugar de almacenamiento mediante transporte cilindroaxil o, como defiende el profesor *Carrato* (7), dendrítico, concentrándose en retrohipófisis como evidencian los métodos de tinción selectiva [*Bargmann* (3) y otros muchos investigadores]. Parece indudable que la neurosecreción se transporta por la vía hipotálamo-hipofisaria, cuyas fibras entran en contacto con las paredes de los capilares sanguíneos, pasando a la sangre con la ayuda de un *transmitter*; pero todo el sistema no se destina exclusivamente a la producción hormonal retrohipofisaria sino que también condicio-

na la secreción de la adenohipófisis, ya que la neurosecreción puede seguir el sistema porta de *Popa y Fielding*, los espacios perivasculares de *Vichow-Robin* y los ramos finales del tracto supraóptico-hipofisario. Lo importante es que, por unos mecanismos u otros, los estímulos más diversos de los receptores periféricos pueden liberar mediadores que provocan la respuesta hipotálamo-hipofisaria y la consecuente puesta en circulación de factores hormonales retro y pre-hipofisarios.

La liberación de ACTH se acusa en la corteza suprarrenal por la desaparición parcial de sustancia birrefringente, como puede comprobarse experimentalmente, sometiendo a los animales de laboratorio a distintas agresiones: mecánicas, térmicas, eléctricas, etc., y, según nuestra propia experimentación, también hidroterápicas. Podemos, pues, concluir que las aplicaciones hidroterápicas producen una agresión que, a pesar de su escasa intensidad, es suficiente para provocar una respuesta orgánica que sitúa al sujeto en un estado de mayor resistencia (*Selye*) (30) que *Benczur* (5), ya en 1939, había denominado de «bienestar».

Además de estos efectos inespecíficos, las aplicaciones hidroterápicas, sean frías o calientes, determinan respuestas corticomotoras de estímulo o de sedación según su temperatura, que *Euler* (12) atribuye a la intervención de la sustancia reticular y a los centros hipotálamo-reguladores. También es destacable el posible «efecto placebo» de las curas hidrotermales, basado en el principio *Carpenter*, esto es: toda representación lleva en sí la tendencia a su realización, lo que justifica el ritual mágico de las antiguas prácticas terapéuticas y quizá, en parte, el de las actuales técnicas hidroterápicas: tanto más cuanto que la acción sugestiva es parte importante en toda terapéutica bien establecida, admitiendo *Beecher* (4) que es responsable hasta de un 30 por 100 del favorable efecto de cualquier remedio. No obstante, el hecho de que la acción beneficiosa de la cura termal pueda manifestarse tardíamente, resta significación al efecto sugestivo (*Hentschel*) (14).

Además de la acción de las aguas mineromedicinales y sus técnicas de aplicación, en las curas balnearias es imprescindible considerar los posibles efectos de otros muchos factores coadyuvantes, entre los que figuran los integrantes del ambiente, al que forzosamente debe someterse el paciente. A título de ejemplo podemos señalar la influencia de los cambios de presión atmosférica sobre sistema circu-

latorio y respiratorio; de la temperatura y el grado de humedad, sobre el sistema vascular e irrigación y trofismo tisular; de los vientos y paso de frentes, sobre el sistema neurovegetativo; de las radiaciones sobre la actividad metabólica; del predominio de cargas eléctricas de uno u otro signo, sobre el comportamiento de los sujetos sensibles y así, los trabajos de *Krueger* (17), *Kornblueh* (16), *Sulman* (31), etcétera, acreditan que el de cargas positivas produce depresión, inestabilidad, mayor sensibilidad al dolor, etc., en tanto que el de cargas negativas determina sedación, relajación, mejoría del trofismo tisular, etc. También las características telúricas influyen en el clima de un determinado lugar y no solamente la longitud, latitud, altitud, etcétera, sino los factores locales tales como zonas forestales, relieve del suelo, acúmulos acuosos, etc.

Todos estos diversos factores actúan conjuntamente sobre el sujeto en cura, en particular sobre los lábiles o meteorosensibles, si bien su evaluación requiere el trabajo conjunto de meteorólogos, biólogos, fisiólogos, patólogos, etc., que estudien conjuntamente los posibles efectos. Las estaciones balnearias ofrecen grandes facilidades para la recogida de datos, ya que se puede comprobar la acción sobre los enfermos en cura y establecer relación entre las circunstancias climáticas y la evolución de los procesos en tratamiento. Aún así, la predicción de posibles acciones climáticas es siempre arriesgado puesto que interviene en elevada proporción la peculiar receptividad de cada paciente, si bien se pueda admitir que las condiciones de un determinado «microclima» pueden influir, favorable o desfavorablemente, en la evolución de determinados padecimientos.

La adecuada ordenación *dietética* puede contribuir eficazmente al mejor resultado de la cura balnearia, en particular cuando se tratan trastornos digestivos, metabólicos, vasculares, etc. Este control no siempre es fácil, pero dada la natural agrupación por enfermedades, condicionada por la especialización de los balnearios, se puede disponer de las llamadas «casas de régimen» o, incluso, en todos los hoteles y lugares residenciales, de «mesas de régimen» en las que se vigilen especialmente y se sigan con rigidez las normas dietéticas convenientes a cada paciente.

La prudente distribución de las *actividades diarias* y concretamente de los tiempos dedicados al ejercicio físico y al reposo, es una medida de higiene general siempre conveniente cuando se ajusta a la edad, sexo, constitución, capacidad, padecimiento, etc., del pacien-

te. La práctica de un ejercicio adecuado es siempre favorable puesto que confiere mayor vigor y fortaleza, entretenimiento, bienestar y hasta verdadera satisfacción si se ajusta a capacidades y preferencias individuales.

Un ejercicio bien programado fortalece el cuerpo, libera la mente de preocupaciones y estimula las capacidades defensivas del organismo. Este ejercicio puede realizarse de múltiples maneras, desde el simple paseo o marcha controlada, hasta la práctica de deportes más o menos activos; pero en todos los casos, se debe tender a que mejore el equilibrio somático funcional y las capacidades psicológicas básicas. Un ejercicio adecuado y bien programado, facilita la adquisición de ideogramas motores capacitantes que, en esencia, constituyen actos de conocimiento. En todos los casos se debe equilibrar el ejercicio y el reposo, teniendo siempre en cuenta que, pese a su aparente oposición, terapéuticamente son partes de un conjunto o, quizá mejor, fases de un mismo tratamiento y que el reposo no implica inmovilidad que, muchas veces, es más fatigante que el ejercicio. La adecuada programación evita que el ejercicio lleve a la fatiga y al agotamiento y, también, que el excesivo reposo facilite la instauración de hipotrofias, trastornos metabólicos, circulatorios, etc.

Hasta ahora hemos hecho referencia a los factores integrantes de la cura balnearia, pero no hemos atendido las características del ser humano que se somete a tales tratamientos. En líneas generales, el sujeto en cura es, como denomina *Rof Carballo* (27), una persona doliente y, consiguientemente, con una peculiar capacidad de respuesta a cuanto le rodea o circunda, condicionada por la propia enfermedad que padece o cree sentir. Las enfermedades y más las de evolución crónica, que son las más frecuentes entre los asistentes a los establecimientos balnearios, son determinantes de padecimientos sostenidos, tanto más acusados cuanto mayor sea la sensibilidad y labilidad del paciente, lo que hace imprescindible la comprensión psicológica si se pretende que el tratamiento alcance valores destacables. Como destaca el profesor *Alonso-Fernández* (1), se debe intentar, dentro de lo posible, conocer la reacción psicológica del enfermo a su enfermedad y, en especial, en los casos de evolución crónica.

El enfermo, frente a la enfermedad, puede reaccionar adecuada y convenientemente para lograr superar o, al menos, tolerar sus padecimientos; pero también puede hacerlo de manera inadecuada o incon-

veniente, cayendo en la regresión, la evasión, la inculpación, etcétera. Lo deseable es que el enfermo sepa aceptar su situación de enfermo, pero que intente superarla, evitando situaciones de ánimo que le lleven al pesar, al desaliento, a la ansiedad, etc., que suponen un grave lastre para poder recuperar el estado de salud.

El médico debe adoptar una actitud comprensiva y dialogante, estando dispuesto a prestar la mayor ayuda posible al enfermo en un intento de evitar o prevenir reacciones inconvenientes, tratando de infundirle fe y confianza en el tratamiento que se le propone; pero sin llegar a hacer concebir esperanza de curación definitiva en procesos que sean irreversibles. El médico debe poner en juego toda su prudencia y comedimiento, discreción y responsabilidad en cuanto diga, haga o recomiende hacer.

Todo esto, de extraordinaria sencillez, se hace difícil para muchos médicos generales y especializados que, dispersados y al mismo tiempo ocupados por sus múltiples quehaceres, se encuentran inmersos en una marcha incontenible que les impide detenerse a atender pausadamente a sus pacientes. Aquí, precisamente, alcanza su mayor ventaja el médico de un establecimiento balneario, ya que, de ordinario, dispone de más tiempo para atender, escuchar e intentar comprender a sus pacientes, considerándolos en su afectación somática y psíquica y sea la que fuere la actitud que hayan tomado frente a su enfermedad y a los procedimientos terapéuticos que se le hayan podido imponer o aconsejar. Esta actitud es trascendente en el médico de un establecimiento balneario, puesto que un porcentaje elevado de los enfermos de su consulta presentan trastornos psicósomáticos y hasta neuróticos, siendo difícil, como destaca *Vallejo-Nájera* (34), establecer fronteras entre ambas situaciones; pero aún sin intentar penetrar en el siempre difícil campo de la personalidad neurótica y sus diversas manifestaciones y grados de estructuración, se puede admitir que un elevado número de pacientes sometidos a curas balnearias muestran un cierto grado de inestabilidad tímica, depresiones, astenia, trastornos del sueño, etc. Según las estadísticas de los sanatorios de Sochi-Matsesta, de los más concurridos de la URSS, el número de pacientes con manifestaciones psiconeuróticas y disturbios neurovegetativos eran, en 1950, un 35 por 100, habiéndose elevado hasta el 47,6 por 100 en 1973; figurando entre las perturbaciones más frecuentes, los trastornos vegetativos cardiovasculares, respira-

torios, digestivos, etc., y también excitabilidad, ansiedad, inquietud, etcétera, según reflejan las publicaciones de *Oliánova* (33).

En Francia, *Vidart* (35) ha comprobado que en 76 establecimientos termales, controlados por él mismo y sus colaboradores *Bernier* y *Laurenceau*, cerca de un 70 por 100 de los enfermos tratados presentaban manifestaciones psiconeuróticas, con mayor frecuencia insomnio o alteraciones del sueño. Precisamente atendiendo a la evolución de este padecimiento se pudieron registrar mejorías en el 71 por 100 de los pacientes en cura, siendo también beneficiadas otras alteraciones o resonancias psíquicas tales como inseguridad, angustia, ansiedad, etc. Según *Vidart* (35), la cura balnearia en centros institucionalizados es particularmente eficaz en el tratamiento de enfermos con trastornos somáticos o funcionales y repercusiones psíquicas. En estos enfermos, la permanencia en Centros que dispongan de un equipo sanitario suficientemente preparado para poder articular adecuadamente las técnicas cranoterápicas, fisioterápicas, psicoterápicas, etc., produce efectos óptimos según atestiguan *Dubois* (10), *Schultz* (29), etc. La simple estancia durante tres o cuatro semanas en un medio sereno, apacible, grato, sin problemas familiares o profesionales, puede ser suficiente para combatir estados tensionales; pero si, además, el Centro dispone de una organización adecuada para que el paciente sea debidamente atendido y comprendido, el resultado puede ser extraordinario. Tal es el caso de las estaciones termales de Nérís, Divonne-les-Bains, Saujon, Bagnères-de-Bigorre, Kreuznach, Nauheim, Brambach, Sochi-Matsesta, etc.

Claro está que para tales fines el establecimiento balneario, con su peculiar ambiente y organización, juega un papel trascendente; pero es el propio médico con su equipo sanitario, el que confiere un rango peculiar a la cura balnearia, ya que mediante el adecuado empleo de las técnicas crenoterápicas y psicoterápicas, ofrece al enfermo un tratamiento a su padecimiento somático y una atención a su circunstancia psicológica; esto es, que proporciona una terapéutica global somatopsíquica que permite al enfermo «justificar» su padecer y emprender con esperanza y fe el camino de su recuperación.

Todos estos hechos ponen en evidencia la trascendencia de lo que *Jean Claude Dubois* (10) y otros clínicos franceses denominan «identidad biopsicológica» y que consideran integrada por el «terreno», el «temperamento» y la «personalidad», términos que para *Pequignot* (24), *Robert* (26), y otros muchos, suponen conceptos demasiado

abstractos y, hasta cierto punto, más propios de la Psicología que de la Medicina.

En relación con estas interpretaciones nos parece conveniente destacar que si es cierto que el concepto «terreno» es siempre discutible, actualmente se ha fortalecido considerablemente con los estudios genéticos y bioquímicos, habiendo adquirido un sentido más preciso y acreditado su relación con la resistencia del organismo y su capacidad de respuesta a los factores agresores más diversos. Por otra parte, el «temperamento» considerado como factor biopsicológico, es la estructura vital de la personalidad, puesto que comprende la emotividad, la expresividad, la impulsión y los sentimientos vitales aunque, a diferencia del «carácter», no integra cualidades que marquen directrices a la conducta autocontrolada, tales como los sentimientos psíquicos, las actitudes, las voliciones, etc. Ambos, «temperamento» y «carácter», se integran en la «personalidad», pero en tanto aquél es fundamentalmente hereditario y biológico, éste es preferentemente psicosociológico y condicionados por factores adquiridos vivenciales. Si la «persona» es el ser humano, la «personalidad» es la persona considerada en sus funciones psíquicas superiores (inteligencia y voluntad) e inferiores (afectividad y memoria) y, también, vegetativas (fisiológicas propias de todo ser vivo). Es, sin duda, el término psicológico de mayor amplitud y más cambiante, ya que el hombre, aunque siempre sea el mismo, no se mantiene lo mismo, puesto que es influido por múltiples factores exteriores ambientales, sociales, etc.

Todo este abigarrado conjunto integrante de la «identidad biopsicológica» del ser humano facilita la acción beneficiosa de las curas balnearias, cuyos múltiples componentes pueden actuar, directa o indirectamente, sobre el paciente como ser total, tanto más cuanto que, como destaca *López Ibor* (21), «las enfermedades del hombre son peculiarmente humanas» y, podemos añadir, precisan un tratamiento que atienda los trastornos corporales y su cortejo psicológico, puesto que muchos procesos patológicos no pasan de ser la exteriorización de un sentimiento a través del cuerpo y los padecimientos corporales más si son crónicos, tienen siempre resonancias en el psiquismo. Un tratamiento eficaz debe ser global, del hombre entero, si bien, como destaca *Lain Entralgo* (18), sea empresa difícil puesto que el hombre como tal es por esencia inmensurable.

Desgraciadamente, en la Medicina actual predomina el tecnicis-

mo sobre el contacto o la relación personal y tal situación no es la más favorable para alcanzar los mejores resultados. En las curas balnearias la situación puede ser más ventajosa, toda vez que el enfermo suele tener la mejor disposición y no pone resistencia en practicar cuanto se le aconseje o prescriba, puesto que él mismo ha elegido este medio de cura y dispone de todo su tiempo en servicio de su salud; por otra parte, el médico, además de sus conocimientos técnicos generales y especializados, puede disponer del tiempo preciso para estudiar cuidadosamente a los enfermos en sus padecimientos somáticos y psíquicos, escucharlos, atenderlos, interpretar su situación emocional y hasta practicar una elemental y prudente psicoterapia, esencialmente comprensiva y dialogante.

El conjunto de procedimientos terapéuticos utilizables en la cura balnearia debe adecuarse a la situación peculiar de cada enfermo, en lo que realmente padece y en lo que cree padecer. La relación médico-enfermo se inicia en la primera entrevista y, como destaca *Alonso-Fernández* (1), lo que ocurre en ese momento inicial es de enorme importancia y ejerce muchas veces una acción irreversible sobre la personalidad del enfermo. Si se logra una relación amistosa, abierta y afable, se habrá dado un gran paso en el éxito final de la cura. El escuchar atentamente, cordialmente, facilita que el enfermo muestre su personalidad y su forma de entender su propia enfermedad y hasta su futuro.

El diálogo prudente y razonadamente dirigido junto con los antecedentes clínicos del enfermo y su enfermedad, permitirán al médico de un establecimiento balneario establecer la cura termal más conveniente y la correspondiente prescripción; pero, en muchos casos, es del mayor interés que determinadas técnicas sean aplicadas por el propio médico que dirige el tratamiento, para de esta manera reforzar su relación con el enfermo. En este sentido la aplicación de duchas y chorros facilita considerablemente la comunicación y la apreciación de la capacidad de respuesta del sujeto en cura, favoreciéndose la transferencia hasta el extremo de que *Vidart* (35) ha denominado a este proceder *transfert hydrotherapique*. Esta intervención directa del médico la suele considerar el enfermo como prueba definitiva de la importancia de su padecimiento y de la eficacia del remedio que aplica el propio médico, aumentando considerablemente su confianza en el resultado que va a obtener y en el médico que

le trata, abriéndose a la intervención psicoterápica, base de toda práctica médica efectiva.

El médico con este proceder adopta una actitud psicológica importante, ya que si con su prescripción y consejo cumple con su cometido profesional estricto, cuando pone en juego su prestación personal e intenta la más directa comprensión del enfermo, juega un papel trascendente en el resultado de la cura. Finalmente, debemos destacar que este proceder más directo, este acercamiento al enfermo, no supone identificación ni situación confidencial que, en muchos casos, dan resultados desfavorables. Un cierto distanciamiento refuerza la posición del médico y acrecienta la confianza del enfermo.

En todos los casos, durante las curas balnearias, la psicoterapia a practicar no debe pasar de comprensiva y de identificación, debiendo encaminarse a captar los rasgos más trascendentes de la personalidad del paciente condicionantes de su situación anímica actual y así poder apoyar el tratamiento, esencialmente crenoterápico pero también global, en bases más firmes. Esto no es más que llevar la pretendida «psicologización de la medicina» a las curas balnearias; pero alcanzar tal objetivo no siempre es fácil, puesto que requiere un buen nivel de comunicación médico-enfermo que sólo se obtiene con esfuerzo y dedicación por parte del médico y confianza y entrega por parte del enfermo.

Los múltiples factores actuantes en la cura balnearia y la variación en la respuesta de la entidad biopsicológica de cada paciente, hace conveniente el vigilar estrechamente la reacción del sujeto en cura al tratamiento establecido y mantener un control permanente, aunque sea con la suficiente laxitud para no producir impresión de pérdida de libertad. El paciente en cura debe considerar que sus únicas vinculaciones son las establecidas por su propia confianza en el médico que le dirige y en los medios de cura utilizados. Las normas establecidas no deben producir trastorno o quebranto de ningún tipo, siendo recomendable conceder márgenes de variación para que se pueda atender la tolerancia individual y la capacidad de respuesta peculiar de cada sujeto. Precisamente esta circunstancia de especial libertad requiere la más abierta y decidida colaboración de los pacientes en cura, del personal sanitario colaborador y de cuantas personas puedan intervenir en el tratamiento de cada enfermo.

Con todo, y respetando esa cierta libertad individual, el paciente en cura debe conocer su programa de tratamiento, en el que se pre-



senten cuidadosamente ordenadas todas sus actividades, en particular las prácticas crenoterápicas, regímenes dietéticos, distribución de tiempos de ejercicio y reposo, etc., siendo 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.

En este sentido de recuperación sintonizante desde el punto de vista psíquico y social, es muy importante la integración del sujeto en grupos autoseleccionados. En realidad, estos grupos convivenciales se pueden considerar comunidades terapéuticas, reuniones circunstanciales y hasta psicogrupos, puesto que están formados por personas, de ordinario cinco a veinte, unidas entre sí por vínculos de simpatía, padecimiento, tratamiento y, además, considerarse dependientes de un mismo médico o personal sanitario. En estos grupos aparecen siempre «líderes» que dan unidad y coherencia al conjunto, amparados en su veteranía, conocimiento, poder adquisitivo, etc., y, de ordinario, son excelentes propagandistas de la eficacia de la cura y de las ventajas de este tipo de tratamientos. Lo importante es que los individuos integrantes del grupo se consideran más obligados y son más obedientes que si operan libremente y hasta es frecuente que surja una emulación constructiva, muy favorable para la mejor realización de la cura global.

De ordinario, en estos Centros de cura se constituyen grupos diferentes, puesto que también suelen serlo las aficiones, vinculaciones, profesiones, etc., de los distintos curistas; pero en todos ellos se encuentran matices unificantes y es característica la ayuda mutua y el compañerismo, si bien puede darse el llamado «grupocentrismo» o «egoísmo grupal» que suele ser perjudicial para el conjunto de la colonia balnearia.

Todo cuanto precede pone en evidencia que la cura balnearia es un medio de tratamiento complejo en el que figuran, además de las aguas mineromedicinales y sus técnicas de aplicación, factores tan diversos como pueden ser los atmosféricos, telúricos, dietéticos, ordenación del ejercicio y del reposo, prácticas psicoterápicas, etc., que adecuadamente programados pueden reportar efectos locales y generales importantes. La acción beneficiosa de una cura balnearia puede hacerse ostensible sobre determinadas funciones orgánicas y la

evolución de múltiples procesos patológicos; pero también influir sobre la circunstancia biopsicosocial del sujeto en cura.

La cura balnearia considerada en toda su extensión puede ejercer, además de lo que se consideran efectos específicos de sus componentes, acciones de estímulo general, aumento de la defensa biológica a los factores agresores y actuar favorablemente sobre la entidad biopsicológica del sujeto en cura. Quizá se pueda objetar que las curas balnearias se practican durante un tiempo demasiado corto para que puedan corregir trastornos crónicos o de larga evolución. Tres o cuatro semanas de cura y, muchas veces, menos, es muy poco para lograr mejorías en procesos degenerativos, involutivos, etcétera; pero, en cambio, puede ser suficiente para mejorar la evolución, modificar las tendencias y hasta poder influir en la educación sanitaria-social de los pacientes. Lo indiscutible es que aún reconociendo que los resultados de las curas balnearias no sean sorprendentes, pueden proporcionar alivio a muchos pacientes y hacerles su vivir más tolerable.

## INTERVENCIONES

**Prof. José Pérez Llorca**

Mi sincera felicitación al profesor *Armijo*. Ha sido una minuciosa y muy sincera exposición sobre lo que con acierto denomina cura balneario, porque, como él ha dicho, son muchas las causas que inciden en la mejoría que los agüistas experimentan tras la referida cura, con independencia de las propiedades específicas de las aguas, sin negar que la composición de las mismas juegan su papel. Yo he escuchado más de una vez a un médico de baños, hombre muy inteligente, buen observador y de muy buena formación científica, que los beneficios de la cura balnearia son innegables, aunque no milagrosos. Decía también que en lo que erraban los que se ocupaban, de cualquier forma, de buscar una explicación, una causa única y específica del efecto benéfico. Y así, en cada época se hablaba de la composición química, de la radioactividad, etc. Y es que, como muy bien ha dicho el profesor *Armijo*, es que las causas son muchas, aunque, repito, sin negar en modo alguno el papel de la composición química, temperatura, etc., de las aguas. Es ésta en realidad la posición de

*Armijo*. Lo cierto es que un procedimiento curativo que resiste, con altibajos, siglos y siglos, es que algo de verdad hay en él.

Seguramente por parecerle fuera de lugar, apartado de su jurisdicción no ha aludido *Armijo* a la talasoterapia, que no es una cura balnearia sino marítimo playera. Yo creo que los baños de mar deberían ser sanitariamente contemplados con un mayor interés, pues merecen que sea así. En el baño de mar existen muchas de las causas que con tanto acierto ha enumerado el profesor *Armijo*. Tienen, sólo las curas balnearias, sus contraindicaciones. La única preocupación que la autoridad—no la satinatria—tiene en las playas es la de evitar que haya víctimas de la imprudencia: izar una bandera prohibitiva cuando la inmensa «bañera», la mar, está agitada y puede producirse alguna víctima por sumersión.

Son millones los que acuden a las playas. La mayor parte de ellos no son enfermos, o no se saben enfermos. Buscan el placer de la playa, del baño y del sol: otros son enfermos, sabiéndolo o sin saberlo, para los que los baños no siempre están indicados, o por lo menos deben limitarse o prohibirse. A diferencia del baño en un balneario, en los baños de mar existen dos formas de practicarlo: el pasivo, que se limita simplemente a sumergirse aunque en todo caso recibe el amasamiento de la ola, y el activo: el de ejercitar la natación, en ocasiones sin medir sus fuerzas. Es en esta natación o baño activo en donde se producen los accidentes. Muchos se alejan más de lo que pueden y el regreso les resulta dificultoso, fatigante, cuando no imposible sin auxilio ajeno. Todos las concausas presentes en la cura balnearia están presentes en el baño de mar: la relativa ingravidez, el flotar horizontalmente sin esfuerzo alguno, recibiendo el masaje suave, acariciante de la ondulación de la mar, es enormemente sedante y puede prolongarse, evitando la excesiva exposición al sol de la parte no sumergida del cuerpo. Es esta forma pasiva—«hacerse el muerto»—muy útil cuando se confía plenamente en la flotabilidad de nuestro cuerpo; requiere, naturalmente, una mar tranquila y una temperatura adecuada; lo que se puede practicar durante mucho tiempo en el Mar Menor o en playas levantinas o del sur, no puede hacerse todos los días en playas norteñas abiertas. No quisiera extenderme más; sólo he querido llamar la atención sobre la necesidad de considerar más atentamente la utilización de la mar y que deberíamos prestarle tanto o más atención preventiva que las curas en balnearios. Creo que los médicos hidrólogos tienen un papel que jugar, yo creo

que importante, en este aspecto de la utilización de la mar como medio placentero y terapéutico.

#### **Prof. Francisco Alonso Fernández**

Después de felicitar al conferenciante, profesor *Armijo*, por su brillante conferencia, se muestra coincidente con él en que el grupo del balneario constituye realmente una comunidad terapéutica intermitente, y que por ello la exposición que acabamos de escuchar con tanto agrado constituye, en la segunda parte, una lección de medicina psicosomática comunitaria o grupal.

En los balnearios no sólo hay fuentes, duchas y chorros de aguas, sino de experiencias psicológicas que mejoran la personalidad del médico y l a vuelven más capacitada en las facultades psicológicas para comprender a los enfermos. En este sentido, pregunta al profesor *Armijo* su opinión sobre si los médicos de balnearios suelen ser efectivamente médicos mejor formados en esta vertiente de la Medicina.

También ruega al profesor *Armijo* que especifique el origen y el comienzo de esta actitud psicoterapéutica que él ha adoptado con tanto acierto.

Firmemente propone que para romper la resistencia de la Seguridad Social a apoyar las curas de balnearios podría realizarse una promoción entre los médicos prácticos, con objeto de que se interesasen por ellos también como campos de experiencias propias, para la formación de la propia personalidad del terapeuta, y cabe en este sentido incluso la posibilidad de gestionar la inclusión de los balnearios entre los sectores clínicos propios para la formación de los médicos, con lo cual quedarían estos médicos terapeutas incluidos en los programas de formación y especialización en algunos sectores de la Medicina.

¿No sería conveniente celebrar algún día una Sesión de esta Real Academia en un balneario?

#### **Prof. Poch Viñals**

Felicitar al profesor *Armijo* por su magnífica comunicación, y lo documentado de la misma. En ella hace énfasis el autor sobre los buenos resultados que la balneoterapia ofrece en la patología otorri-

nolaringológica. Y en la economía de gastos de asistencia que en países centroeuropeos y en Francia representa para la Seguridad Social.

Consideramos que en nuestro país las curas Balnearias adolecen de una falta de información científica a nivel especializado, me refiero a publicaciones en revistas especializadas y sobre síndromes concretos.

Ello hace que a la hora de prescribir un tratamiento balneario a un determinado paciente, afecto de una rinopatía vasomotora, por ejemplo, el práctico no sepa ciertamente adónde dirigirlo, pues no conoce ni la casuística científica de los balnearios españoles para el proceso concreto de la especialidad, ni las instalaciones asistenciales modernas que estos balnearios manejarán para cada proceso determinado.

Creo que la magnífica conferencia del profesor *Armijo* podría tener el colofón de estimular a los médicos hidrólogos a que publicaran sus experiencias clínicas en las revistas especializadas, con lo que la cura balnearia tendría para el práctico especializado, en mi caso el otorrinolaringólogo, una prescripción mucho más fácil.

De nuevo mi cordial enhorabuena con mi gratitud.

#### PALABRAS FINALES DEL PRESIDENTE

**Prof. Lorenzo Velázquez**

El profesor *Armijo* acaba de presentar una comunicación totalmente actual en la cura balnearia. A través de su trabajo se aprecia el atraso que en España lleva la balneoterapia. Otros países (Francia, Italia, Alemania, Rusia misma) van a la cabeza, en instalaciones balnearias, incluso inclusión de esta terapéutica en la Seguridad Social, etc. La cura del lugar (*Der Kur Ort*) de los alemanes se completa con otra serie de factores terapéuticos, sin olvidar los biopsicoterápicos.

Desde las oposiciones a médicos directores de balnearios de 1905, en que obtuvo plaza don *Teófilo Hernando*, no volvió otra convocatoria hasta 1945, en la que *Jiménez Díaz* y yo luchamos porque ingresasen los mejores.

Esperamos y deseamos que la terapéutica balnearia se vaya poniendo en nuestro país al nivel de la de otros países que son ejem-

plares a este respecto. En una buena cura balnearia se reduce a la mitad el consumo de medicinas y con una buena relación médico-enfermo la cura biopsicológica se hace más patente.

#### BIBLIOGRAFIA

1. ALONSO-FERNÁNDEZ, F. (1977): *Psicología médica y social*. Ed. Paz Montalvo, Madrid.
2. ARMIJO, M. (1968): *Compendio de hidrología médica*. Ed. Científico-Médica. Barcelona.
3. BARGMAN, W. (1966): «Nuevos resultados de la investigación de la neurosecreción», *Médico*, 66: 1-1. Boehringer Mannheim.
4. BEECHER, H. K. (1955): «The powerful placebo», *J. Amer. Med. Ass.*, 1602.
5. BENZUR, G. (1939): *Der Balneologe*, VI, 511.
6. BRAUN, J., y RHODEN, F. (1869): «Systematisches Lehrb. d. Balneotherapie», *Z. Aufl. Hirschwald*. Berlín.
7. CARRATO, A. (1959): «Aportaciones a la citología del sistema hipotálamo-hipofisario», *Inst. Cajal Inv. Biol.*, XLIV, 1952.
8. DINCOULESCO, T.; CHENTY, E., y colabs.: (1966): *Recherches concernant l'absorption cutanée du sodium radio-actif incorporé dans l'eau de mer*, página 215. C. R. Cong. Thalassothérapie. Westerland.
9. DREXEL, H.; DIRNAGL, K., y PRATZEL, H. (1970): «Experimentelle Befunde zum chemischen Wirkungsmechanismus der Sole- und Seebäder», *Z. f. Phys. Med.*, 5: 201.
10. DUBOIS, J. Cl. (1974): «Le rapport médecin-malade en station hydroclimatique psychiatrique», *Presse Therm. Clim.*, 111: 56.
11. DUBARRY, J. J., y TAMARELLE, C. (1972): «Pénétration percutanée en balnéothérapie thermique», *Presse Therm. Clim.*, 109: 196.
12. EULER, C. VON (1961): «Physiology and pharmacology of temperature regulation», *Pharmacol. Rev.*, 13: 361.
13. HELFFT, H., y THILENIUS, G. (1874): *Handb. d. Balneotherapie*, vol. VIII. Aufl. Hirschwald. Berlín.
14. HENTSCHEL, H. D. (1961): «Sind CO<sub>2</sub>-Badekuren bei essentieller Hypertonie heute noch berechtigt?», *Münch. Med. Wschr.*, 552.
15. HERBERT, J. J. (1962): «Sur la rééducation en piscine thermique», *Presse Therm. Clim.*, 99: 114.
16. KORNBLUEH, I. H., y GRIFFIN, J. E. (1955): «Artificial air ionization in physical medicine», *Am. J. Phys. Med.*, 34: 618.
17. KRUEGER, A. P. (1972): «Are air ions biologically significant?», *Int. J. Biometeorology*, 16: 313.
18. LAÍN-ENTRALGO, P. (1968): *El estado de enfermedad*. Ed. Labor. Barcelona.
19. LECRENIER, A. (1968): «Aspect physique de la balnéothérapie marine», *Actualités Médicales* (De Tréboule), núm. 2.
20. LEROY, D. (1971): «La rééducation en piscine», *Readaptation*, 183: 7.
21. LÓPEZ-IBOR, J. J. (1957-1964): *Lecciones de psicología médica*. Ed. Paz Montalvo. Madrid.

22. NOHARA, H. (1963): «Penetration of mineral water constituents», en *Medical hydrology*, cap. V. S. Licht. Connecticut.
23. PAUWELS, F. (1980): *Biomechanics of the locomotor apparatus*. Springer Verlag. Berlín, Heidelberg y Nueva York. 117: 125.
24. PÉQUIGNOT, H. (1980): «Le terrain. Factor acquis», *Presse Therm. Clim.*,
25. REILLY, J.; RIVALIER, C., y colabs. (1936): «Le rôle du système neuro-vegetatif dans les reactions d'hypersensibilité», *Ann. Médecine*, 39: 165.
26. ROBERT, J. M. (1980): «Terrain, tempérament et personnalité», *Presse Therm. Clim.*, 117: 135.
27. ROF-CARBALLO, J. (1951): *Patología psicósomática*. Ed. Paz Montalvo. Madrid.
28. SCHMIDT-KESSEN, W. (1962): «Allgemeine Balneotherapie», en *Handbuch der Bäder- und Klimaheilkunde*, cap. XII, de W. Amelung y A. Evers. Schatauer-Verlag. Stuttgart.
29. SCHULTZ, J. H. (1962): «Psychotherapie», en *Handbuch der Bäder- und Klimaheilkunde*, cap. XV-1, de W. Amelung y A. Evers. Schatauer-Verlag. Stuttgart.
30. SELYE, H. (1950): *The physiology and pathology of exposure to stress*. Montreal.
31. SULMAN, F. G. (1976): *Heath, weather and climate*. Karger. Basel.
32. SULTANA, R. (1977): «Hydrostatique, hydrodynamique et optique utile en kinébalnéothérapie», *Ann. Kinésithér.*, 4: 403.
33. ULIÁNOVA, L. A. (1975): «Terapia sanatorial de las formas persistentes de neurastenia con trastornos vegetativoviscerales», *C. M. Sovietskaya Meditsina*, 41.
34. VALLEJO-NÁJERA, J. A. (1969): *Introducción a la psiquiatría*. Ed. Científico-Médica. Barcelona.
35. VIDART, L. (1972): «Thermalisme psychiatrique et mouvement institutionnel», *Presse Therm. Clim.*, 110: 64.
36. WANNENWETSCH, E. (1977): *El papel de la balneoterapia en la salud pública desde el punto de vista económico*. Rapport Asamblea Delegados Feder. Intern. Termalismo. París.
37. WITZLEB, E. (1962): «Physikalische Wirkung der Badekur», en *Handbuch der Bäder- und Klimaheilkunde*, cap. XI-2. W. Amelung y A. Evers. Schatauer-Verlag. Stuttgart.