

## **HIDROTERAPIA EN LAS CERVICALGIAS PSICOGENAS**

**Dra. J. San Martín Bacaicoa y Dr. A. Roldán Álvarez**

PUBLICADO EN  
**REHABILITACION**

VOL. 14 - FASC. 3.º  
JULIO 1980

CENTRO NACIONAL DE REHABILITACION (MADRID)  
SERVICIO DE REHABILITACION

## HIDROTERAPIA EN LAS CERVICALGIAS PSICOGENAS

**Dra. J. San Martín Bacaicoa y Dr. A. Roldán Álvarez**

Las algias cervicales son muy frecuentes y bien sean difusas o más o menos localizadas y evolucionen o no con tirantez, dificultad de la movilidad, rigidez variable, etc., es siempre necesario conocer la causa determinante, aunque muchas veces resulte difícil. Ante un caso de dolor cervical sean las que fueren sus manifestaciones, se debe intentar determinar su etiología y patogenia o, por lo menos, las posibles causas mayores tales como mal de Pott, procesos tumorales, fracturas, etc., así como la poliartritis reumatoidea y la espondilartritis anquilosante.

El examen clínico puede ayudar en considerable proporción a diagnosticar el proceso, puesto que las irradiaciones dolorosas occipitales o braquiales, la limitación de determinados movimientos del cuello y tantas otras manifestaciones, son muy significativas al respecto. Además el estudio radiográfico puede evidenciar lesiones de discartrosis, cervicoartrosis y otras alteraciones determinantes de manifestaciones álgicas.

La clínica de las algias vertebrales cervicales atestigua que, no pocas veces el más detenido examen y la exploración más meticulosa no dan orientación alguna y, además, no es raro que la negatividad a la exploración coincida con una exagerada sintomatología subjetiva. Con frecuencia, sujetos que manifiestan tener intensos dolores, con sensación de quemadura, arrancamiento, etc., gran dificultad funcional, tirantez y rigidez que impide todo sosiego, no evidencian alteración alguna a la exploración más detenida y completa. Por otra parte, estos mismos sujetos acusan trastornos neurovegetativos diversos y,

muy especialmente, alteraciones psicógenas en forma de neurosis ansiosa, obsesiva, histérica o paranoica, hasta el extremo de hacer difícil determinar si tiene más importancia las algias que le traen a la consulta o la situación neurótica que se le descubre.

En este tipo de enfermos son líneas comunes las siguientes:

- Dolor exagerado en relación a sus manifestaciones objetivas.
- Marcada influencia determinante y desencadenante de las situaciones de tensión psíquica.
- Estructura psicopática evidenciable.
- Escasa o nula acción de los agentes antidolorosos habituales.

En nuestra consulta del Centro Nacional de Rehabilitación hemos podido recoger últimamente 30 casos que, por sus manifestaciones y el resultado de los exámenes clínicos y radiológicos, hemos considerado como cervicalgias psicógenas. De este conjunto, 22 eran mujeres (73,3 por 100) de edades comprendidas entre los veintiocho y cincuenta y cuatro años, con una media de 42,4 años. Los ocho restantes eran hombres (26,6 por 100), de treinta y siete a cincuenta años de edad, con una media de 41,3 años. Todos ellos fueron estudiados de manera semejante y con máxima meticulosidad, para evitar que pudiéramos considerar psicógenos procesos reumáticos auténticos o de cualquier otra naturaleza, que asentaran sobre personas con trastornos psíquicos o, simplemente, hipersensibles al dolor. Realizados los exámenes

(\*) Comunicación presentada en las VIII Jornadas Nacionales de la S.E.R. Madrid, 1979.



correspondientes habituales y haciendo hincapié en el diálogo paciente y suficientemente prolongado, para alcanzar la sinceración del enfermo y determinar con precisión sus molestias principales y, en particular, el dolor (localización, ritmo, difusión o irradiación, causas desencadenantes, etc.), contracturas musculares, movilidad cervical y del hombro, signos neurológicos sensitivo-motores, control radiológico completo y pruebas complementarias de laboratorio, consideramos que padecían cervicalgias esencialmente psicógenas, aquellos enfermos que presentaban una clara divergencia entre sus manifestaciones subjetivas y objetivas, buen estado general, resistencia a los tratamientos sintomáticos habituales y un peculiar comportamiento psico-neurótico

En estos enfermos es siempre conveniente actuar simultáneamente sobre soma y psiquis (Rotes—Querol, Bustamante y Velasco, etc.), por lo que la hidroterapia que opera sobre la expresión prevalente funcional y facilita la relación médico-enfermo, puede ser de gran eficacia (Vidart, Dubois, etc). Amparados en tal idea, nuestro proceder fue el siguiente: Cura inicial de relajación simple, durante veinte o treinta minutos, en decúbito o simplemente sentado en lugar adecuado para evitar estímulos externos; seguidamente, balneación en piscina durante quince treinta minutos, a temperatura entre 34 a 36° C. Durante este tiempo el paciente realiza hidrocinesiterapia activa libre y ejercicios resistidos de la musculatura extensora, flexora y rotadora de cabeza y cuello, aprovechando al máximo los minutos para mantener una conversación dirigida a facilitar la transferencia. A continuación aplicación de chorros suaves locales a baja presión durante tres a cinco minutos a temperatura entre 37 a 39° C, que son extraordinariamente favorables, terminando en todos los casos, con un reposo en posición y lugar confortable, durante veinte a treinta minutos. El tiempo promedio de esta cura fue de tres semanas.

En el cuadro adjunto se recoge el número de historia, edad, sexo, principales manifestaciones subjetivas y objetivas y el resultado obtenido con el tratamiento antes referido.

De la consideración de estos datos podemos deducir que las cervicalgias psicógenas son más frecuentes en las mujeres y que su mayor incidencia se encuentra entre los cuarenta y cuarenta y dos años. Estos datos son coincidentes con los admitidos por la mayoría de los autores que se han ocupado de estos procesos (Rotes-Querol, Borrachero, Beck, Kepetzis, etc.), pudiéndose atribuir a que en la mujer es aún más difícil la integración. En cuanto a la edad, es evidente que precisamente alrededor de la cuarta década se intensifican las agresiones de tipo psicológico.

La anamnesis de estos enfermos nos ha permitido comprobar la influencia en la eclosión del padecimiento de los choques emocionales (conflictos familiares, dificultades económicas, desgracias personales, etc.) y aunque el síntoma aparentemente más llamativo fuera el dolor cervical, el componente distónico y psicopático era siempre relevante. En algunos casos se acusaba dolor a la movilidad provocada, pero generalmente era indolora y sin limitaciones anormales. Más frecuente era la sensación dolorosa al presionar o al percutir las apófisis espinosas y transversas y los músculos del cuello. Los estudios radiográficos no mostraron alteraciones en un 60 por 100 de los casos; en un 20 por 100 se encontraron lesiones incipientes artrósicas y en el 20 por 100 restante osteofitos angulares vertebrales; pero, en todos los casos, de muy escasa significación patológica. Los exámenes de laboratorio no mostraron anormalidades que pudieran justificar la dolencia.

En todos los casos nos fue dado apreciar la personalidad psicopática de los pacientes por el simple método fenomenológico, así como la enorme influencia de los traumas psíquicos o emocionales, en la evolución del proceso doloroso.

En la evolución de los resultados obtenidos en la exploración de los enfermos hemos aplicado la notación 0, 1, 2 y 3, correspondientes a nulo, ligero, moderado e intenso. En cuanto al resultado final del tratamiento establecemos cuatro grupos: muy bueno, bueno, ligero o mediocre y nulo, que para el cálculo estadístico transformamos, igualmente, en 3, 2, 1 y 0. Las

## CENTRO NACIONAL DE REHABILITACION (MADRID)

Nº H.	Sexo	Edad	Dolor espont.	Movil. volunt.	Otros	Psyche	Dolor palp.	Limit. movil.	Contract	Radiog.	Resultado
25390	F	45	3/1	2/1	Parest.	Insomm.	2/0	1/0	2/0	2	Bueno
10436	F	47	2/2	2/1	Parest.	Hiperexc.	2/1	2/0	1/0	2	Ligero
28460	F	33	3/0	1/0	Cefal.	Astenia	1/0	0/0	0/0	0	M. Bueno
27834	F	44	2/1	2/0	Acúf.	Depres.	2/0	0/0	1/1	1	Ligero
26966	F	46	3/1	2/1	Parest.	Ansiedad	2/0	0/0	1/1	1	Ligero
31849	F	40	3/1	1/0	Parest.	Insomm.	0/0	2/1	0/0	0	Bueno
32803	M	36	2/1	2/1	Vértigo	Depres.	1/1	1/0	0/0	0	Ligero
24087	F	43	2/0	3/0	Parest.	Insomm.	2/0	1/0	1/0	2	M. Bueno
31924	F	43	3/2	2/1	Vértigo	Depres.	3/1	2/0	0/0	0	Ligero
32438	F	43	2/0	2/1	Sin. B-L.	Depres.	3/0	0/0	1/0	0	Bueno
32834	M	37	2/1	2/1	Cefal.	Depres.	1/1	2/0	2/1	0	Ligero
31818	F	28	3/2	2/1	Vértigo	Ansiedad	1/0	0/0	1/1	0	Ligero
31657	M	46	3/1	2/1	Vértigo	Obses.	2/1	2/0	2/1	0	Ligero
31674	M	38	2/2	0/0	Inestabil.	Obses.	1/1	0/0	1/0	0	Nulo
32557	F	31	3/0	0/0	Inestabil.	Astenia	0/0	0/0	1/0	0	Bueno
31579	M	46	3/2	2/1	Parest.	Ansiedad	3/0	1/0	1/0	1	Bueno
31926	F	44	3/2	2/0	Palpit.	Labilidad	3/1	0/0	1/1	1	Ligero
31632	F	43	2/2	3/3	Vértigo	Angustia	2/1	1/1	2/2	0	Nulo
32689	M	31	2/1	1/0	Vértigo	Tristeza	2/0	0/0	0/0	0	Bueno
30116	F	40	3/2	2/1	Sin. B-L	Agresiv.	3/1	1/0	1/0	2	Ligero
32645	F	46	3/0	1/0	Parest.	Insomm.	2/0	0/0	0/0	0	M. Bueno
33116	F	41	3/1	2/0	Cefal.	Insomm.	2/0	0/0	0/0	0	Bueno
32397	F	42	2/1	2/1	Parest.	Ansiedad	0/0	0/0	0/0	0	Bueno
32799	M	50	3/2	2/1	Cefal.	Insomm.	2/1	1/1	1/0	1	Ligero
32884	M	47	3/1	3/2	Cefal.	Labilidad	3/1	2/0	1/0	2	Ligero
32874	F	49	2/0	2/0	Sin. B-L.	Hiperexc.	1/0	1/0	0/0	2	M. Bueno
33070	F	54	3/2	2/2	Vértigo	Labilidad	2/1	1/1	1/1	1	Nulo
33082	F	52	3/1	2/1	Parest.	Insomm.	2/1	2/0	1/0	0	Ligero
33088	F	42	3/1	0/0	Cefal.	Angustia	0/0	0/0	0/0	0	Bueno
33138	F	37	3/1	1/0	Vértigo	Hiperexc.	1/0	0/0	1/0	0	Bueno



medias obtenidas nos permiten clasificar los pacientes en grupos de 0 a 3, según sean sus trastornos; pero en las tablas sólo se hace referencia a los valores iniciales y finales.

En el cuadro anterior se recogen los datos globales de cada enfermo, reflejados por la notación a que hemos hecho referencia.

La consideración porcentual de los resultados obtenidos clasificados en muy buenos, cuando desaparecen prácticamente todas las manifestaciones de la enfermedad; buenos, cuando la mejoría es acusada, pero no total; ligeros o mediocres, si hay cierta mejoría, pero persisten los trastornos, y nulo, cuando el tratamiento es ineficaz, nos permiten llegar a los siguientes valores: 13,3 por 100, 33,3 por 100, 43,3 por 100 y 10 por 100, respectivamente. El estudio estadístico de estas tablas nos ha permitido comparar las respuestas al tratamiento y entre los diferentes enfermos, recurriendo a un análisis

de varianza de doble entrada: la primera, síntomas, y la segunda, enfermos. En los síntomas distinguimos tres variables: subjetivos, objetivos y resultados.

El valor síntoma subjetivo lo obtenemos sumando las diferencias de las columnas "dolor espontáneo" y "movilidad voluntaria" y dividiendo por dos, el resultado de cada enfermo. El valor síntoma objetivo se obtiene del mismo modo pero operando con "dolor a la palpación", "limitación a la movilidad", "contractura" y "radiología" y dividiendo por cuatro. El valor resultado lo obtenemos valorando entre 0 y 3. Para la diferencia entre enfermos nos surgen treinta variables, una por enfermo, y su valor lo obtenemos de la suma de los datos recogidos en síntomas subjetivos, objetivos y resultados.

De la aplicación de cuanto precede se llega a la siguiente tabla:

#### VALORACION PORCENTUAL DE RESULTADOS

Muy Buenos (3)	Buenos (2)	Ligeros (1)	Nulos (0)
13,3	33,3	43,3	10

#### VALORACION ESTADISTICA

	Suma de cuadrados	g.l.	Cuadrado medio	F	P <
Entre síntomas .....	9,2666	2	4,6333	15,980	0,001
Entre enfermos .....	21,7916	29	0,7514	2,592	0,001
Error residual .....	16,8166	58	0,2899		
TOTAL .....	47,8750	89			

De tal estudio se deduce que la diferencia entre síntomas es altamente significativa y también las respuestas entre enfermos. El test de Dunnett da unos valores de 1.6782 para la comparación entre resultados y síntomas subjetivos; de 5.5143 para la comparación entre resultados y síntomas objetivos y de 3.8360 para la comparación entre ambos tipos de síntomas. Por tanto,

las dos últimas comparaciones nos dan una significación mayor del 99 por 100, mientras que la primera no alcanza el valor de significación mínimo del 95 por 100. Todo ello parece indicar claramente que los datos objetivos no guardan relación ni con los subjetivos ni con los resultados. Lo que nos pone en la línea de admitir que resultados y datos subjetivos siguen cursos

paralelos en su evolución con este tratamiento, independientemente de las manifestaciones objetivas.

#### CONSIDERACIONES GENERALES

Los pacientes seleccionados sufrían cervalgias, a nuestro parecer esencialmente psicóticas, ya que el dolor se presentaba de forma variable y dentro de un contexto clínico particular, sin signos objetivos valorables, siendo en todos ellos evidentes los síntomas psicósomáticos y alteraciones emocionales diversas, tales como insomnio, tensión neuropática, fatiga, astenia, inestabilidad, etc.

Estas algias psicósomáticas pueden ser tratadas en la mayoría de los casos, por medio de una acción directa regional en la zona dolorosa acompañada de una psicoterapia eficaz. La relación médico-enfermo está sensiblemente reforzada cuando se atiende directa y personalmente al enfermo durante el tratamiento. En este sentido las aplicaciones hidroterápicas son de un gran valor ya que, además de ejercer efectos favorables por sus acciones térmicas y mecánicas, facilitan en gran manera la transferencia, y favorece la relación médico-enfermo que es la clave de la acción terapéutica de estos tratamientos. Además, debe contar con la confianza del paciente en la posibilidad de curación de sus sufrimientos.

La duración del tratamiento ha sido de tres semanas, tiempo que se puede considerar insuficiente en algunos casos pero que puede bastar para conocer la respuesta del paciente, sin riesgo de provocar reacción de dependencia (Dulbois).

Los resultados obtenidos al final del tratamiento nos permite considerar su favorable acción sobre las manifestaciones dolorosas y signos subjetivos, siendo menos relevante la mejoría de los signos objetivos, pudiendo, con el estudio estadístico de los datos recogidos, concluir que resultados y datos subjetivos siguen una evolución paralela e independiente de las manifestaciones objetivas.

Queremos señalar una vez más la gran importancia de la relación médico-enfermo, debiendo para favorecerla aumentar nuestra capacidad de escuchar. La silla era para el doctor Marañón el más eficaz invento para la Medicina, toda vez que "Medicus, non medicina, sanat".

#### RESUMEN

Se estudia la acción de la hidroterapia en 30 enfermos que presentaban trastornos subjetivos en región cervical y extremidad superior, sin manifestaciones objetivables en la exploración clínica y radiológica, que no respondían a la administración de los fármacos antirreumáticos, mostraban síntomas psicósomáticos y alteraciones emocionales diversas. Muchas veces la eclosión del padecimiento la atribuían a acontecimientos psicológicos de alta significación afectiva. La exploración clínica de estos enfermos estuvo basada en la aplicación de las técnicas habituales de rehabilitación, tests psicológicos y método fenomenológico.

El tratamiento que duró tres semanas se basó fundamentalmente en la aplicación del "training autógeno" conversación libre y dirigida durante la exploración y aplicación de las técnicas hidroterápicas que fueron seguidas de un tiempo de relajación con reposo.

El estudio estadístico de los datos recogidos nos permite concluir que resultados y datos subjetivos siguen una evolución paralela e independiente de las manifestaciones objetivas.

#### SUMMARY

In the above article a study is made of the effects of the hydrotherapeutic action on 30 patient suffering from subjective disorder in the cervical region and upper extremities, with objective manifestations in the clinical and radiological examination, and who did not respond to antirheumatic medications, showing psychosomatic symptoms and diverse emotional alterations. Very often the causes of eclosion were contributed to highly affective significant psychological events. The clinical examination of these patients was based



on the application of normal rehabilitatory techniques, psychological tests and the phenomenological method.

The treatment which lasted three weeks was fundamentally based on the application of "autogenetic training" free and directed conversation during the examination and application of the hydrotherapeutic techniques that were followed by periods relaxation and rest.

The statistical study of the datum gathered allows us to conclude that the subjective results and datum follows an independant and parallel evolution subject to the objective manifestations.

## BIBLIOGRAFIA

ALONSO-FERNANDEZ, F.: «Psicología médica y social». Edit. Paz Montalvo. Madrid, 1977.

ARAMBURO, J. M.; MANZANO, J. L., y BORRACHERO, J.: «Inhibición de las manifestaciones psíquicas en las reumopatías». VIII Congreso Español de Reumatología, 1970.

ARMIJO, M.: «Compendio de hidrología médica». Ed. Científico-Médica, 1968.

ARMIJO, M., y BORRACHERO, J.: «Criterios para valorar la efectividad de la cura termal en reumatología». *Acta Reumatológica*, 1, 123, 1975.

BECK, D.: «Aspectos psicossomáticos del reumatismo articular crónico». Edit. Roche. Madrid, 1972.

BORRACHERO, J.: «Reumatología clínica». Edit. Oteo. Madrid, 1972.

BUSTAMANTE, C., y VELASCO, E.: «Los reumatismos extraarticulares y los reumatismos psicógenos». *Rheumatologie*, IV, 19, 1974.

DUBOIS, J. C.: «Le thermoclimatisme et l'orientation actuelle de la thérapeutique psychiatrique». *Presse Therm. et Clim.*, 105-165, 1968.

DUBOIS, J. C.: «Psychiatrie» et «La place du thermoclimatisme dans le traitement corporal des neuroses». *Presse Therm. et Clim.*, 115-61 y 77, 1978.

DUCROS, J., et FORESTIER, F.: «Les cervicalgies et la médecine psycho-somatique». *Presse Therm. et Clim.*, 104-215, 1967.

KEPETZIS, N.: «Psychogenic» and «Psychosomatic reumatism». *Scandinavian J. Reumatology*, Supp. 8 (VIII European Rhumatology Congress). Helsinki, 1975.

LEMAIRE, J. G., et SACCO, F.: «La Relaxation». *Presse Therm., et Clim.*, 105-73, 1968.

MAUGEIS DE BOURGUESDON, J.: «Que peut offrir le thermalisme aux cervicalgiques?». *Presse Therm. et Clim.*, 104-220, 1967.

ROTES-QUEROL, J.: «Reumatismo psicógeno» en «Tratamiento actual de los reumatismos». Edit. Jims. Barcelona, 1960.

ROTES-QUEROL, J., y BERNAT CRESPI, P.: «Estudios sobre los síndromes del aparato locomotor de posible origen psicógeno». *Medicina Clínica*, 33, 1, 1959.

VIDART, L.: «Thermalisme psychiatrique et mouvement institutionnel». *Presse Therm. et Clim.*, 110, No. 2, 64, 1972