

Capítulo 39

PSICOTERAPIA AUTÓGENA

José Luis González de Rivera

Fue en el año 1970 cuando Wolfgang Luthe me inició en su escuela de Montreal al empleo de los métodos autógenos en psicoterapia. Discípulo directo del fallecido J. Schultz, Luthe ha desarrollado los descubrimientos de su maestro hasta convertir hoy en día la psicoterapia autógena en uno de los métodos más eficientes para el tratamiento de alteraciones psicósomáticas y de neurosis, sobre todo aquéllas que tienen importante base traumática.

Los orígenes de la psicoterapia autógena han de buscarse en los estudios que sobre el sueño y la hipnosis realizaron a comienzos de este siglo los neurofisiólogos alemanes Oscar Vogt y K. Brodmann. Vogt observó que ciertos pacientes pueden alcanzar un estado hipnoide, mediante auto-sugestión de sensaciones de peso y calor en los miembros. La práctica regular de ejercicios mentales de este tipo tenía un notable efecto reductor de la sensación de fatiga y tensión nerviosa, por lo que se denominó a la técnica «Reposo autohipnótico profiláctico». J. H. Schultz, basándose en estos trabajos, trató de desarrollar un método de hipnoterapia que eliminara la pasividad del paciente y su dependencia en el terapeuta.

La concentración sobre sensaciones de peso y de calor en las extremidades llegaba a inducir en sus pacientes un estado de relajación profunda, que parecía diferente del estado de hipnosis. Según Schultz, la práctica repetida de los ejercicios aumenta la habilidad del paciente para inducir por sí mismo este estado peculiar, alcanzando niveles cada vez más profundos de relajación y acumulando beneficios terapéuticos. A causa de estos factores, Schultz decidió llamar a su método «Entrenamiento autógeno», haciendo así hincapié en la naturaleza autoinducida del fenómeno (esto es, indepen-

diente del terapeuta) y en la necesidad de una práctica regular de los ejercicios para obtener resultados terapéuticos palpables. El estado inducido mediante la práctica del entrenamiento autógeno se denominó «Estado autógeno», y en la figura 1 se presentan sus relaciones con otros estados de conciencia. Otro concepto importante introducido por Schultz es el de «concentración pasiva», actitud mental imprescindible para la práctica del entrenamiento autógeno, que la mayoría de los sujetos pueden desarrollar de manera casi intuitiva, si son debidamente guiados para ello. Este tipo de concentración es diferente de la concentración voluntarística o activa empleada a diario para la resolución de problemas, y sin embargo no tiene nada que ver con el abandono de la imaginación ni con la distractibilidad fácil de las mentes perezosas. Las características y el concepto de la concentración pasiva serán tratados más adelante. Schultz introdujo también varios refinamientos técnicos, tales como las diversas posturas de entrenamiento, y, sobre todo, las fórmulas autógenas.

El siguiente paso importante en el desarrollo de la psicoterapia autógena fue la descripción por W. Luthe en 1966 del fenómeno de «descarga autógena», consistente en manifestaciones de tipo motor, sensorial o psíquico durante el estado autógeno. Luthe consideró éstos fenómenos en relación con la historia traumática del individuo, y favorecedores de una eventual eliminación de tensión psíquica acumulada. Con objeto de aprovechar al máximo estos efectos terapéuticos, Luthe desarrolló los métodos de neutralización y abreacción autógena. Por otra parte, basándose en los fundamentos generales de los ejercicios básicos, ha sido posible crear ejercicios específicos de ór-



Figura 1.-Mapa de los estados de consciencia. (González de Rivera. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 33: 415-426, 1978.

E = estimulación ergotrópica.

T = estimulación trofotrópica.

gano y fórmulas de orientación fisiológica o psicológica, específicas para un paciente determinado.

En la figura 2 se presentan los diversos métodos que se emplean en la psicoterapia autógena, teniendo todos ellos en común el empleo del entrenamiento autógeno de Schultz, o «ejercicios autógenos básicos».

El concepto de que la naturaleza ha dotado al hombre con mecanismos homeostáticos, capaces de regular no sólo el equilibrio Hidroeléctrolítico, la presión sanguínea, el ritmo cardiaco, etc., sino también de reajustar trastornos funcionales complejos de naturaleza mental, constituye la base fundamental de la psicoterapia autógena. El término «Mecanismos cerebrales homeostáticos autorreguladores» que se encuentra con frecuencia en la literatura sobre este método, merece aclaración especial:

Cuando un individuo sufre excesiva estimulación de tipo físico o emocional, el cerebro posee y emplea ciertos mecanismos naturales capaces de reducir los efectos nocivos de la sobreestimulación. (Luthe, 1977). En psicoterapia autógena se considera siempre la mente y el cuerpo como una unidad indivisible, enfocando las funciones mentales y somáticas de manera simultánea. La variedad de métodos autógenos permite adaptar el programa terapéutico a las necesidades individuales, obteniéndose resultados satisfactorios, en la mayoría de los casos, con los ejercicios básicos. Aproximadamente 20% de los pacientes requieren, sin embargo, el empleo de los métodos más elaborados de neutralización autógena. Los ejercicios meditativos, la modificación autógena, y la hipnosis graduada activa son empleados con menor frecuencia, y se reservan

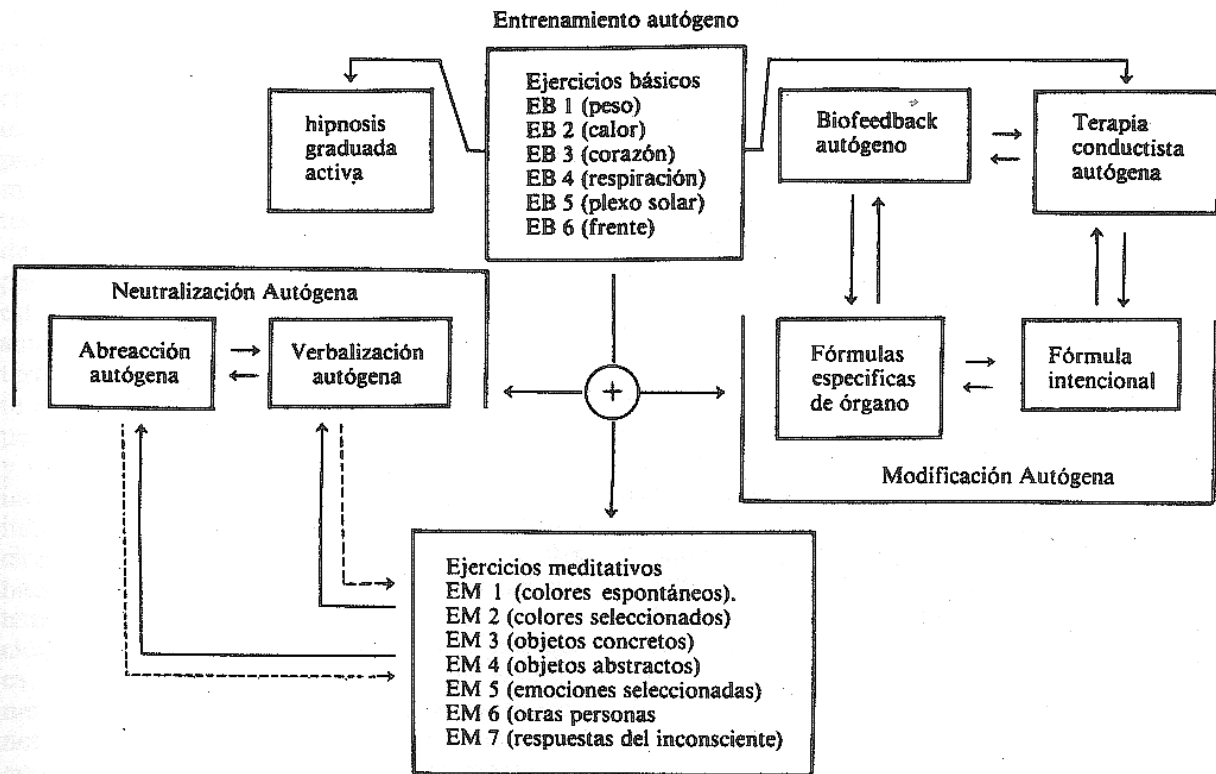


Figura 2. – *Meditación Autógena.*
Métodos de Psicoterapia Autógena (Según Luthe, 1977).

para situaciones muy especiales. La asociación con técnicas de retroalimentación biológica (bio-feedback) y métodos conductistas son resultados de interacción interdisciplinaria, de desarrollo relativamente reciente, y de gran potencialidad terapéutica.

En la actualidad, la aplicación de los métodos autógenos se ha extendido del campo de la clínica a la enseñanza, los deportes y la industria.

Recientemente, ha sido incluido en los programas de entrenamiento de astronautas rusos y americanos, y en España ha sido ya aplicado con buenos resultados para el desarrollo de la creatividad en las escuelas primarias.

BASES NEUROFISIOLOGICAS

Setenta años después de que Claude Bernard estableciera sus famosos postulados sobre el «milieu interieur», Cannon demostró las interrelaciones funcionales multidimensionales de este principio regulador, que el denominó homeostasis (Cannon, 1932, 1935). Los estudios experimentales de Hess, años más tarde,

correlacionaron los mecanismos homeostáticos generales con la organización funcional del sistema nervioso autónomo y el diencefalo (Hess, 1954). Según estos estudios, existen en el diencefalo dos zonas anatómicas y funcionales, que regulan diferentes y complementarios aspectos de la homeostasis del medio interno, y de cuyo equilibrio depende el buen funcionamiento del organismo y su adaptación frente al estrés.

La zona ergotrópica o dinámogena comprende la parte posterior del hipotálamo y núcleos de materia gris en el mesencéfalo y rombocéfalo anterior, y está relacionada con la excitación en general, y con aquellos mecanismos que acompañan fisiológicamente a la actividad motora del organismo y al trabajo físico, correspondiendo en gran medida con las actividades del sistema nervioso simpático.

La zona trofotrópica o endofiláctica comprende principalmente la porción rostral del hipotálamo, el área preóptica y supraóptica, parte del septum, y está en íntima relación con mecanismos protectores, de recuperación y de

eliminación (defecación, vómito). Hess considera el sueño como un medio de preservar y restaurar las energías nerviosas, y como una expresión típica de la actividad trofotrópica.

Los cambios fisiológicos observados en humanos durante el estado autógeno son similares a los observados por Hess en sus animales de experimentación después de estimular la región trofotrópica del hipotálamo (Luthe, 1963).

Fenómenos fisiológicos similares parecen obtenerse mediante la práctica de otros métodos de concentración pasiva, y Benson propone denominar al fenómeno «respuesta de relajación», considerándolo como una respuesta de integración hipotálmica, de signo opuesto a la respuesta de alerta o «fight and flight response» de Cannon (Benson, 1974).

Las señales propioceptivas enviadas por la musculatura estriada tienen un efecto estimulador de la porción posterior del hipotálamo, a través de la estimulación de la formación reticular ascendente, y por tanto, una acción dinámogena o ergotrópica (Gellhorn, 1974).

La acción trofotrópica del entrenamiento autógeno, y de otras formas de relajación y concentración pasiva, puede ejercerse mediante una reducción de estímulos aferentes, propioceptivos sobre todo, ya que la relajación muscular es un fenómeno habitualmente presente en el estado autógeno. La reducción de estímulos aferentes disminuye automáticamente la actividad reticulocortical, y por tanto la excitación del área ergotrópica. (Luthe, 1970.)

Es hasta ahora desconocido si otros factores independientes de la relajación muscular juegan un papel en la inducción del estado autógeno. Los mecanismos de acción de la concentración pasiva pueden ser independientes de las modificaciones en los impulsos propioceptivos musculares, que no son de hecho más que uno de los muchos fenómenos presentes durante el estado autógeno. Una hipótesis de acción relaciona el estado de concentración pasiva con el estado de «libre aceptación», esto es, con la renuncia a la discriminación axiológica de los diversos estímulos, tanto internos como procedentes del exterior. Mediante esta

suspensión del juicio crítico, todas las percepciones parecen tener el mismo significado, y nada es considerado como peligroso para la integridad de la supervivencia. Así, hay una inhibición de la reacción de estrés, con reducción generalizada de los impulsos corticales hacia el hipotálamo posterior, a través del sistema límbico, y con la consiguiente desactivación relativa de la zona diencefálica ergotrópica. para mayor información sobre las relaciones ergotrópicas, puede consultarse las secciones de «mecanismos psicopatogenéticos» y «estrés», ambas en el capítulo de psicósomática.

ELECTROENCEFALOGRAMA DEL ESTADO AUTOGENO

Varios autores han descrito modificaciones características de la actividad eléctrica cerebral durante el estado autógeno (Rohmer, 1957; Geissman, 1962, 1963 y 1965; Luthe, 1970, Arcan, 1971).

El primer fenómeno observable durante el comienzo del estado autógeno es un aumento de la cantidad de frecuencias alfa, y una tendencia a una cierta constancia del ritmo dentro de la frecuencia alfa.

Otros sujetos presentan, por el contrario, una progresiva desaparición del ritmo alfa, previa paulatina disminución de su amplitud, y una tendencia a la preponderancia de ondas theta. El análisis computerizado de las frecuencias en ese último grupo muestra que la desaparición del ritmo alfa es más aparente que real, debido a la disminución de su amplitud, a las oscilaciones de la línea de base y a la superimposición de ondas lentas (Geissmann, 1965; Arcan, 1971).

Es preciso hacer notar, de acuerdo con Geissmann, que a diferencia del trazado característico del sueño, las ondas theta durante el estado autógeno no son generalizadas, y que, a pesar de las frecuencias lentas superimpuestas, durante el estado autógeno se produce un aumento efectivo de la abundancia de ondas alfa, contrariamente a lo que ocurre en el sueño.

Ambos grupos de sujetos presentan ocasionales interrupciones de ritmo beta, más o

menos generalizadas. Ambos tipos de trazado pueden coexistir en el mismo sujeto, por lo que es posible que dependan no de características propias del sujeto, sino de la existencia de diferentes fases o estadios en el estado autógeno.

De especial interés son las observaciones de Rohmer e Israel, quienes describen tres tipos de fenómenos paroxísticos presentados por algunos de sus sujetos normales durante la práctica del entrenamiento autógeno:

Tipo I: Puntas aisladas, con frecuencia generalizadas.

Tipo II: Mezclas complejas de ondas lentas y puntas, o puntas y alfa o theta.

Tipo III: Cortos trenes de ritmo lento, theta o delta, con frecuencia generalizadas.

El interés de estos fenómenos paroxísticos radica en la posibilidad de que representen el sustrato neurofisiológico de las descargas autógenas, frecuentemente descritas como experiencia subjetiva, pero cuyas manifestaciones objetivas son raramente observadas.

El fenómeno de descarga autógena será tratado con más detalle en la sección dedicada a las características subjetivas del estado autógeno.

CORRELACIONES FISIOLÓGICAS DEL ESTADO AUTOGENO

Además de las características electroencefalográficas descritas, otros cambios fisiológicos importantes tienen lugar durante el estado autógeno. En este campo, existen diferencias entre los sujetos que practican el entrenamiento autógeno básico de manera regular durante menos de 6 meses (entrenamiento a corto plazo) y aquellos cuya práctica del método es superior a los 6 meses (entrenamiento a largo plazo). Luthe (1970) considera que modificaciones estables de la reactividad neurovegetativa solo tienen lugar después de un entrenamiento a largo plazo. En general, es a partir de los 6 meses de entrenamiento regular cuando se eleva consistentemente el dintel de sintonía neurovegetativa, asegurando un buen equilibrio ergotrópico-trofotrópico, aún en situaciones de estrés. (La exposición detallada de los

conceptos de «sintonía neurovegetativa» y equilibrio ergotrópico-trofotrópico puede encontrarse en la sección dedicada a los mecanismos intermedios neurofisiológicos, en el capítulo de psicósomática de este mismo volumen.) Hecha esta salvedad, podemos considerar las siguientes características fisiológicas como típicas del estado autógeno (Luthe, 1977):

1. *Tono muscular.* Desde el comienzo de su aplicación clínica, se ha considerado el estado autógeno asociado con relajación muscular. Esta disminución del tono muscular no se limita a los miembros objetos de la fórmula autógena, sino que se extiende al resto de la musculatura. Sin embargo, en ocasiones pueden observarse reacciones paradójicas de aumento de tensión en algunos sujetos. Este fenómeno puede deberse a errores técnicos en la práctica del ejercicio, o presentarse en coincidencia con descargas autógenas, de las que se tratará más adelante. La relajación de la musculatura voluntaria no guarda relación con el contenido de las fórmulas autógenas, sino que parece depender de la concentración pasiva. En sujetos bien entrenados, la relajación del tono muscular puede comenzar de manera refleja, nada más adoptar el individuo la postura de entrenamiento, antes de que comience la repetición mental de la fórmula.

2. *Función cardíaca.* En el estado autógeno se reduce de manera significativa la frecuencia cardíaca, en un valor medio de 5-10% la frecuencia de reposo. Durante la aplicación del tercer ejercicio básico puede llegarse a una reducción aun mayor, pudiendo llegar hasta un 25% Binswanger, 1960). Schultz (1969) desaconseja, sin embargo, el empleo de fórmulas específicamente destinadas a reducir el ritmo cardíaco. La fórmula apropiada para el tercer ejercicio básico («el corazón late tranquilo y regular») debe comunicar la idea de equilibrio y regularidad, y no la de lentitud. En las alteraciones del ritmo cardíaco, se observa también una marcada normalización del mismo durante este ejercicio (Luthe, 1977).

3. *Función respiratoria.* Según Luthe (1970) la frecuencia respiratoria disminuye, en

un término medio de 15% sobre la frecuencia de reposo, con aumento de duración de la inspiración y de la expiración, y aumento de la proporción entre tiempo de inspiración y tiempo de expiración. Los requerimientos metabólicos de oxígeno también disminuyen durante el estado autógeno.

4. *Circulación periférica y temperatura de la piel.* Ya en sus primeras observaciones, Schultz (1931) observó que la sensación subjetiva de calor que acompaña a la práctica del segundo ejercicio básico tiene como base un aumento de la circulación periférica en las extremidades, con elevación real de la temperatura. Esta elevación térmica; situada entre 1-3°C, parece estar asociada con el contenido de la segunda fórmula autógena, y se presenta inconsistentemente con las demás fórmulas.

5. *Resistencia epitelial galvánica.* Durante el estado autógeno se observa un aumento progresivo de la resistencia eléctrica de la piel, que llega a un nivel estacionario a los 5-10 minutos del comienzo del ejercicio, y regresa lentamente a los valores habituales en un plazo de 10-30 minutos después de su terminación. Luthe (1970) observa que algunos sujetos presentan disminuciones variables e inconsistentes de la resistencia galvánica durante el estado autógeno, y lo atribuye a la intromisión de pensamientos ansiógenos o de descargas autógenas somáticas.

6. *Presión sanguínea arterial.* En general, las variaciones de la presión arterial no son consistentes durante las 3-4 primeras semanas de entrenamiento. La mayoría de los sujetos experimentan un ligera reducción de la presión sistólica después de este período inicial; esta reducción es aún más importante en los hipertensos, modificándose en ellos también con frecuencia la presión diastólica. Como observación importante, debemos destacar que aproximadamente un 3 % de la población general experimenta elevaciones paradójicas de la tensión arterial durante el estado autógeno; cuando este fenómeno se prolonga durante más de dos semanas, puede constituir contraindicación absoluta para la práctica del método. Las medidas periódicas de la presión arterial antes,

durante e inmediatamente después del estado autógeno resultan, por lo tanto, una precaución necesaria durante las primeras semanas de entrenamiento.

Muchas otras funciones fisiológicas experimentan modificaciones durante el estado autógeno, generalmente en el sentido de una mayor regularización y resistencia a los efectos desequilibradores del estrés. Un compendio de los resultados obtenidos con la aplicación de métodos autógenos a diversas alteraciones funcionales puede encontrarse en las excelentes revisiones de Luthe (1970, 1977).

FENOMENOS SUBJETIVOS EN EL ESTADO AUTOGENO

Las experiencias subjetivas en el estado autógeno pueden clasificarse en tres grandes apartados:

a) *Tono afectivo básico.* Habitualmente, los sujetos bien entrenados experimentan durante el estado autógeno una sensación de bienestar y satisfacción, difícil de describir. Esta *vivencia de relajación* parece ser el opuesto psicológico de la angustia. Mientras que en esta última se experimenta un temor, vago y difuso, de algo impreciso y sin definir, la vivencia de relajación consiste en la sensación, igualmente vaga y difusa, de seguridad y protección, de que todo está bien y en orden. A pesar de su importancia, el tono afectivo básico ha sido poco estudiado, y son raras las descripciones, incluso anecdóticas, en la literatura. En un estudio estadístico sobre las descripciones de la vivencia de relajación en grupos de sujetos normales y pacientes con trastornos neuróticos o psicósomáticos menores, no hemos encontrado correlación entre la intensidad y diversas facetas del todo afectivo básico, por un lado y el tipo o gravedad de psicopatología por otro. Existe una correlación entre grado de educación y riqueza de matices del tono afectivo básico, que probablemente es un simple artefacto debido a las mayores habilidades expresivas de los sujetos con alto nivel educativo. El 95% de los sujetos clasificaron la experiencia de bienestar durante el estado autógeno como «diferente» de la sensación de bienestar experimen-

tada en el estado vigil habitual. Sin embargo, 72% de los sujetos afirmaron haber experimentado similar sensación con anterioridad. Muchos de ellos no pudieron precisar con detalle las circunstancias de tal ocasión, pero las respuestas predominantes la relacionaban con experiencias de contacto con la naturaleza. Un 52% de los sujetos manifestaron la experiencia de sensaciones de abandono, desinterés y libertad interior, no sintiéndose dominados o influenciados por los determinantes habituales de su conducta. Probablemente en relación con este último aspecto del tono afectivo básico, es la sensación descrita por el 40% de los sujetos de que sus preocupaciones y temores habituales no tenían razón de ser. La sensación de estar en contacto con algo más grande que uno mismo, de participar de alguna manera en una dimensión desconocida de la existencia, de trascender la propia individualidad, etc., fue descrito por 28% de los sujetos, en su mayoría pertenecientes al grupo de mayor sofisticación intelectual. (G. de Rivera, 1977).

b) *Mayor capacidad perceptiva de estados internos.* Durante el estado autógeno parece desarrollarse una mayor sensibilidad propioceptiva, cognitiva y emocional. En las fases iniciales del entrenamiento existe también mayor capacidad perceptiva de estímulos exteriores, resultando molestos los ruidos, murmullos, etc., que normalmente pasan desapercibidos: La hiperreactividad a los estímulos externos decrece con la práctica, mientras que la perceptibilidad interna aumenta. Algunos pacientes experimentan ocasionales accesos de ansiedad paradójica en los primeros minutos del ejercicio, que pueden explicarse por este mecanismo. En ciertas neurosis existe un continuo estado latente de ansiedad, habitualmente reprimido fuera de la consciencia del sujeto, y el incremento de la capacidad perceptiva lo hace bien aparente, antes de que el tono afectivo básico haya tenido tiempo de desarrollarse. La continuación, manteniendo la técnica correcta, del ejercicio termina generalmente con estas manifestaciones paradójicas. Sin embargo, si el paciente no comprende bien la naturaleza de este fenómeno, y el terapeuta no insiste debi-

damente en los aspectos técnicos de inducción del estado autógeno, existen serias posibilidades de que un tratamiento potencialmente beneficioso sea abandonado.

La contrapartida cognitiva del incremento perceptivo se manifiesta por ideas de actividades o circunstancias próximas al momento del ejercicio, y no es infrecuente que se recuerden súbitamente elementos de información olvidados, tales como donde dejó uno las llaves, o la llamada telefónica pendiente. Como aspectos propioceptivos de este apartado, cabe destacar la percepción de hambre, sueño, y otras necesidades biológicas insatisfechas que el sujeto es capaz de ignorar en su estado vigil. Los dolores que aparecen en el estado autógeno deben ser investigados, sobre todo si son repetitivos y corresponden a posibles síntomas patológicos. Luthe refiere el caso de una de sus pacientes que sufría intensos pinchazos en el seno izquierdo durante el ejercicio, y en la que un examen cuidadoso reveló un pequeño nódulo tumoral, totalmente silencioso en circunstancias normales.

c) *Descargas autógenas.* La observación de ciertos fenómenos paroxísticos durante el estado autógeno, generalmente de carácter desagradable, es ya muy antigua. Denominados por Schultz «síntomas de entrenamiento», estos fenómenos transitorios no recibían mayor atención, aunque en ocasiones podían obligar a suspender el tratamiento. Convencido de que la acción terapéutica del entrenamiento autógeno radica en la activación de las capacidades autorreguladoras del organismo, Luthe investigó el significado de los síntomas de entrenamiento, descubriendo una relación entre ellos y la historia traumática del individuo. Las descargas autógenas, como se denominan desde entonces, pueden ser consideradas como expresión del reajuste homeostático que permite la eliminación de excitación neuronal asociada con engramas de traumas tanto físicos como psicológicos. Las descargas autógenas pueden manifestarse como fenómenos motores, sensoriales o psíquicos, y con objeto de utilizar al máximo su potencial terapéutico, Luthe desarrolló los métodos especiales de verbalización

y abreacción autógenas, cuya descripción rebosa los límites de este capítulo.

INDUCCION DEL ESTADO AUTOGENO

El estado autógeno se define como un estado especial de conciencia, con predominio relativo de las funciones trofotrópicas, auto-inducido mediante concentración pasiva en fórmulas con cierto contenido fisiológico, y contacto mental con las regiones afectadas por el contenido de la fórmula. De la definición anterior se deducen los elementos esenciales de la técnica de inducción del estado autógeno, a los que hemos de añadir la reducción de estímulos aferentes exteroceptivos e interoceptivos.

a) *Concentración pasiva*. Se trata de un proceso mental consistente en una actitud casual durante la realización de una tarea, con completa indiferencia hacia el resultado de la misma. Cualquier esfuerzo en persecución de una finalidad concreta, interés activo, o aprensión constituye una manifestación de concentración activa; y debe ser evitado durante el ejercicio. La concentración pasiva requiere una actitud no directiva de la voluntad, con focalización de la atención más en el proceso de concentración en sí que en la finalidad perseguida. En la concentración pasiva, que es la habitualmente utilizada durante nuestra actividad vigil, la atención se focaliza en una meta, ocupando el proceso de concentración un lugar marginal (Vallieres 1972). Mientras que la concentración activa reduce el campo de la conciencia, haciendo en él predominante el objeto sobre el que se dirige la atención, la concentración pasiva lo amplía, otorgando idéntico valor a todos los contenidos que puedan presentarse en la conciencia. Es decir, durante la concentración pasiva se desarrolla una *actitud de aceptación pasiva* a todas las manifestaciones y fenómenos que puedan ser percibidos, sin rechazar ni perseguir ninguno en concreto.

b) *Repetición mental de las fórmulas autógenas*. Las seis fórmulas o frases autógenas desarrolladas por Schultz son las siguientes:

Primer ejercicio: Compuesto por una secuencia de fórmulas de introducción progresi-

va. «Mi brazo derecho es pesado», «mi brazo izquierdo es pesado», «mis brazos son pesados», «mi pierna derecha es pesada», «mi pierna izquierda es pesada», «mis piernas son pesadas», «mis brazos y piernas son pesados».

Ejercicio 2: «Mi brazo derecho es caliente». Idéntica progresión que en el ejercicio anterior.

Ejercicio 3: « Mi corazón late tranquilo y regular».

Ejercicio 4: «Esto respira solo» (concentración en el acto de respirar en sí, sin contacto mental físico -propiamente dicho).

Ejercicio 5: «Mi plexo solar es caliente».

Ejercicio 6: « Mi frente es fría».

La repetición mental de la fórmula correspondiente requiere mantener un flujo continuo de representaciones verbales, acústicas o visuales del contenido de la misma. Inicialmente, la concentración pasiva en cada fórmula no debe durar más de uno o dos minutos, aumentando progresivamente el tiempo, que al cabo de pocas sesiones puede ser de 10-15 minutos.

c) *Contacto mental*. Consiste en la percepción propioceptiva de la región anatómica a la que se refiere la fórmula autógena. Esta percepción no requiere ningún esfuerzo voluntario, sino que se produce de forma automática durante la repetición de la fórmula autógena, si se mantiene la apropiada actitud de concentración pasiva.

d) *Reducción de la estimulación*. Las condiciones ambientales son relativamente importantes, especialmente para los sujetos poco experimentados. Es recomendable utilizar una habitación tranquila, con temperatura agradable y en penumbra, con objeto de disminuir la intensidad de factores externos de estimulación. En individuos bien entrenados, estas condiciones revisten menor importancia, ya que pueden llegar a inducir el estado autógeno en situaciones de gran estimulación exterior. Más importante resulta reducir el influjo de estímulos procedentes del propio cuerpo para lo que se recomienda eliminar o aflojar toda prenda de ropa molesta, relajar de manera general el cuerpo y cerrar los ojos antes de comenzar el ejercicio. Schultz recomienda la adopción de

una de las tres posturas de entrenamiento por él descritas, que son la reclinada en un sillón, la horizontal y la denominada «posición de cochero». Cada postura confiere características especiales al curso del ejercicio, y es posible encontrar individuos incapaces de realizarlo en una de las posiciones, y si en las demás.

RELACION CON EL PACIENTE

Aunque la práctica de los métodos autógenos básicos parece bastante simple, pueden presentarse dificultades importantes si el tratamiento es aplicado de manera mecánica, sin tener en cuenta las necesidades y reactividades específicas del paciente. A diferencia de otros métodos de psicoterapia, el paciente asume un papel activo y responsable en su tratamiento, desde el primer momento. La práctica de los ejercicios básicos, al menos tres veces diarias, requiere un considerable compromiso, que sólo puede mantenerse mediante la supervisión cuidadosa del terapeuta. Este asume un papel de técnico o experto, que transmite sus conocimientos sobre la práctica del método al paciente, resolviendo sus dudas e indicándole la mejor manera de resolver los problemas relacionados con las descargas autógenas y las resistencias que aparecen a lo largo del tratamiento. Luthe considera esta actitud terapéutica de gran importancia, recomendando que las intervenciones sean directivas, haciendo uso de todos los posibles enfoques que brinda la psicoterapia de apoyo, pero restringiéndolas a mantener al paciente en la práctica de sus ejercicios. La labor educativa del terapeuta no ha de englobar aspectos generales, sino limitarse en lo posible a facilitar el desarrollo de los procesos de neutralización que tienen lugar durante el estado autógeno. En la práctica, esto requiere una profunda comprensión de la personalidad del paciente, de su problemática y de la de su entorno. Los conceptos elementales sobre los que se apoyan los métodos autógenos deben ser comprendidos y aceptados por el paciente antes de iniciar el tratamiento, pues sin ello resulta difícil ganar su cooperación y participación activa. El significado de las descargas autógenas debe ser bien entendido, aunque

el terapeuta debe cuidarse de formulaciones que puedan influir en pacientes sugestionables. Particular detalle debe prestarse a las explicaciones de porqué, desde un punto de vista homeostático, deben evitarse las situaciones que inducen acumulación de estímulos estresantes. Por ejemplo, personas con sobrecarga de ansiedad y agresión, en las que ya se supone una deficiencia de los mecanismos neutralizadores de estas emociones, pueden beneficiarse de recomendaciones negativas respecto a la práctica de deportes violentos, asistencia a películas con contenido agresivo, etc., así como de la oportunidad de verbalizar abiertamente sus reacciones en situaciones de este tipo.

Con frecuencia, la aparición de descargas de tipo emocional o ideativo, relacionadas con la conflictiva personal del paciente, constituyen la razón más importante de la resistencia que invariablemente se presenta tras un período de práctica feliz del entrenamiento autógeno. Muchos pacientes no logran explicarse por qué, después de haber ganado considerable alivio de sus síntomas después de algunas semanas de tratamiento, los ejercicios resultan cada vez más difíciles de practicar, la concentración se vuelve ineficaz, etc., etc. Si la clarificación simple de este proceso no resuelve la situación, puede estar indicado el paso a los métodos de verbalización o abreacción, pero no resulta adecuado aceptar, como pretenden algunos pacientes, «que los ejercicios ya no sirven», precisamente en el momento en que su eficacia se pone de manifiesto por la movilización de material largo tiempo reprimido. Aunque Luthe recomienda evitar las interpretaciones de tipo psicoanalítico, personalmente encuentro muy útil este tipo de intervención cuando la situación transferencial parece ser responsable de la inhibición o dificultad en la práctica de los ejercicios. Sin embargo, la interpretación sistemática de procesos mentales desarrollados durante el estado autógeno complica innecesariamente la situación, y el terapeuta con formación psicoanalítica debe decidir pronto en el tratamiento que enfoque ha de emplear, refrenándose de las fáciles interpretaciones que brinda el material aportado por al-

gunos pacientes durante el estado autógeno.

TECNICA BASICA

Paso 1. Ejercicios básicos.

«*Fórmulas*»: «mi brazo derecho es pesado»; id. izquierdo; id. ambos; pierna derecha, pierna izquierda; «mis piernas son pesadas»; «mis brazos y piernas son pesadas».

Primera sesión. Explicación general del método y de la teoría. Dos aspectos importantes:

a) Concentración pasiva en las sensaciones propioceptivas y en la fórmula correspondiente.

b) Actitud de aceptación pasiva de todos los fenómenos que puedan tener lugar durante el ejercicio.

Si queda tiempo se puede introducir el primer ejercicio, aunque generalmente es mejor dejarlo para la segunda sesión.

La existencia de auténticas sensaciones propioceptivas de peso debe ser aclarada al paciente, para diferenciar el estado de concentración pasiva de la sugestión o de la autosugestión.

Introducción del ejercicio

Con el paciente cómodamente sentado, pies sólidamente apoyados en el suelo, manos reposando en el sillón o sobre el regazo, sin tocarse, se le invita a cerrar los ojos y «permitirse» sentir todas las sensaciones procedentes del brazo derecho. A continuación se le invita a repetir mentalmente la fórmula «Mi brazo derecho es pesado» que el terapeuta repite a su vez en voz alta.

Durante el ejercicio debe observarse al paciente para determinar el estado de relajación:

- (+) 1. Respiración lenta, profunda y regular.
- 2. Expresión facial «beatífica».
- 3. Relajación aparente de la cara y manos
- (-) 1. Sin cambios en la respiración.
- 2. Expresión crispada de cara y/o manos.
- 3. Fruncimiento de ceño, movimiento de labios, etc.
- 4. Cambios de posición en la silla.

Si la relajación es (+) continuar por aproximadamente 10 minutos. Si la relajación es (-) interrumpir el ejercicio.

En ninguno de los dos casos se comunica al paciente nuestra reacción, impresión de que se relaja bien o mal, etc. o los criterios de observación usados para definir el estado (+) o (-) de relajación.

Terminación del ejercicio

En tres etapas:

- 1.^a Tomando una profunda inspiración.
- 2.^a Una fuerte flexión de brazos.
- 3.^a Abriendo los ojos.

Tras la terminación, se requiere al paciente a explicar «qué ha pasado», sus sensaciones durante el ejercicio.

En caso del estado de relajación (-) se llega regularmente a una discusión sobre una cierta incomodidad resentida por el sujeto, dificultad de tener los ojos cerrados, de concentrarse, etc. relacionada con temores de pérdida de control y con temor más o menos paranoide del terapeuta. Aclarado este punto (con frecuencia la sola interpretación de la base paranoide de esta resistencia es suficiente) se repite el ejercicio, procediendo a repetir la fórmula hasta 10 minutos, tanto si la relajación es (+) o (-).

Los ejercicios deben hacerse tres veces al día, por una duración media de 10 minutos. Ocasionalmente, se producen reacciones desagradables (mareos, dolores ...) en cuyo caso la duración del ejercicio debe reducirse a 1-2 minutos.

La posibilidad de «descargas autógenas» debe ser advertida al paciente y pedirle que anote después de cada ejercicio todo fenómeno familiar producido durante el mismo (sonidos, imágenes, dolores, vértigo, etc.).

Una frecuencia apropiada de visitas es una semana, con introducción de un nuevo ejercicio por visita. Consideraciones técnicas pueden hacer este ritmo más rápido o más lento.

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

La psicoterapia autógena resulta de gran utilidad para trastornos neuróticos y psicósomáticos, especialmente cuando el paciente

muestra rasgos marcados de personalidad alejotimica. La indicación en las neurosis es particularmente recomendable cuando aparecen al menos dos de los siguientes rasgos:

- Marcada angustia libre, sin cristalización defensiva específica.
- Angustia «existencial», caracterizada por incertidumbre y sensación de ausencia de sentido en sí mismo y en los propios intereses y ocupaciones.
- Excesiva preocupación por la idea de la muerte.
- Somatizaciones frecuentes y variadas.
- Conflictos bien defendidos, generalmente por formación reactiva, de tipo oral-dependiente.
- Historia clínica de traumatismos importantes de tipo físico o emocional.

En cuanto a las *contraindicaciones*, el último consenso del comité internacional para la coordinación de la enseñanza y aplicación clínica de la psicoterapia autógena (ICAT), celebrado en 1977, ha permitido la elaboración de la siguiente lista de no indicaciones, contraindicaciones absolutas y contraindicaciones relativas:

I. *No indicaciones*. Se trata de aquellas condiciones en las que no es aconsejable iniciar un tratamiento de entrenamiento autógeno básico.

1. Individuos sin motivación para aplicar los ejercicios de una manera adecuada (por ejemplo psicópatas recalcitrantes).
2. Cuando no es posible un control crítico y cuidadoso de los síntomas de entrenamiento.
3. Cuando la evaluación diagnóstica diferencial entre los síntomas de entrenamiento no puede efectuarse debidamente.
4. Durante episodios agudos de psicosis esquizofrénica. Bazzi y Klumbies advierten, en este contexto, que debe ejercitarse sumo cuidado en la aplicación del método durante las fases no agudas de la esquizofrenia, e interrumpirlo en caso de que aparezcan elementos psicóticos durante la práctica del mismo.
5. Personas con deficiencia mental *severa*, esto es, con cociente intelectual por debajo de 50. Pacientes con grados menos severos de re-

traso mental pueden beneficiarse del método, como tratamiento de posibles alteraciones comportamentales o neuróticas asociadas.

6. Niños por debajo de los 5 años de edad. Los ejercicios básicos pueden ser aplicados a niños de 5 o más años, teniendo en cuenta las precauciones y adaptaciones necesarias.

II. *Contraindicaciones absolutas*. Se trata de cualquier condición o situación en la que el tratamiento resulta inapropiado o potencialmente peligroso. Generalmente, el entrenamiento básico produce en estos casos, o puede producir con gran probabilidad, modificaciones funcionales y secuelas perniciosas para la salud del paciente.

7. Pacientes en riesgo inminente de infarto de miocardio, a menos que estén monitorizados en una unidad de cuidados intensivos y supervisados por un médico cardiólogo con experiencia en psicoterapia autógena. El consenso no es total en este punto, pues mientras Plzien observa empeoramiento del electrocardiograma y aumento de la frecuencia cardíaca al practicar el primer ejercicio básico inmediatamente después de un infarto agudo, Savitsky insiste en la utilidad del entrenamiento autógeno durante el periodo agudo y las primeras horas de ingreso en la unidad coronaria. Luthe considera que en los pacientes con infarto agudo debe tenerse en cuenta la posible aparición de descargas autógenas relacionadas con impulsos agresivos reprimidos, que pueden empeorar la situación funcional cardíaca.

8. Sujetos que repetidamente muestran aumentos paradójicos de la presión arterial durante el ejercicio. Luthe y González de Rivera consideran que un periodo de prueba con verbalización autógena de la agresividad debe ser intentado antes de abandonar definitivamente el método. Con frecuencia, tales aumentos paradójicos de presión arterial están relacionados con descargas de tipo agresivo, mal neutralizadas por los pacientes. Luthe recomienda además que se investigue la posibilidad de feocromocitoma. A causa de esta contraindicación es necesario medir la tensión arterial de los pacientes antes de iniciar el ejercicio, durante el ejercicio y unos minutos después de terminar-

lo, y ello durante la primera semana de entrenamiento y periódicamente (por ejemplo, mensualmente) después.

9. Pacientes diabéticos en los que no se puede asegurar un control químico y bioquímico cuidadoso. El entrenamiento autógeno resulta útil en la diabetes, pero altera la respuesta del organismo a la insulina, generalmente reduciendo de forma drástica pero impredecible la necesidad de la misma. De ahí que no deba intentarse la aplicación del método en un diabético, a menos que la colaboración del paciente y del endocrinólogo que lo trata esté sobradamente asegurada.

10. Pacientes con tendencia marcada a la hipoglucemia que sufren mareos durante más de 3 sesiones consecutivas.

11. Pacientes con glaucoma en los que el control tonométrico de la presión intraocular aumenta durante la primera semana de tratamiento.

12. Pacientes con reacción psicótica involuntiva.

13. Sujetos que desarrollan reacciones paranoideas severas, con delirio persecutorio o grandioso. La aparición ocasional de ideación paranoide no ego-sintónica durante las primeras semanas de tratamiento no constituye contraindicación absoluta, a menos que progrese hacia un franco delirio.

14. Reacciones disociativas no psicóticas, como despersonalización, estados de amnesia, fuga o estupor histérico, sonambulismo, doble personalidad, etc.

III. *Contraindicaciones relativas.* Se trata de condiciones que requieren particular cuidado en la aplicación del entrenamiento autógeno básico. Tales precauciones pueden incluir modificaciones de procedimiento, como por ejemplo evitar ciertas fórmulas básicas, o abandonar el tratamiento cuando aparecen ciertas reacciones indeseables.

15. La fórmula «de apoyo» preconizada por J.H. Schultz («estoy tranquilo» o «me siento en paz») no debe ser empleada en pacientes con tendencia a reacciones de ansiedad, inquietud y descargas motoras durante los ejercicios. Particularmente, los pacientes con neu-

rosis de angustia, alcoholismo crónico, neurosis obsesivo-compulsiva y reacción de estrés, tienen grandes dificultades con esta fórmula, sobre todo si se aplica al principio del entrenamiento básico.

16. La asociación de imágenes placenteras o relajantes no debe imponerse a pacientes que experimentan dificultades en visualizar espontáneamente tales imágenes, o cuando las imágenes adquieren cualidades dinámicas, como si se tratara de una película o cuando las imágenes placenteras o relajantes seleccionadas cambian espontáneamente, incluyendo rasgos ansiógenos o desagradables. Cualquiera de estos fenómenos indica el desarrollo espontáneo de una abreacción autógena, procedimiento que no debe emprenderse a menos que el paciente y el terapeuta estén debidamente preparados para ello.

17. El primer ejercicio básico (fórmulas de peso) debe ser practicado con precaución cuando el sujeto experimenta ansiedad o inquietud durante o inmediatamente después de la práctica del ejercicio. Debe entonces efectuarlo bajo supervisión, y realizar ejercicios de muy corta duración (por ejemplo 1-2 minutos). Si la reacción no desaparece en el plazo de dos semanas, el tratamiento debe ser interrumpido.

18. Similares consideraciones deben aplicarse a los casos en que aparecen reacciones vasomotores y cardíacas exageradas y desagradables, tales como congestión facial, dolor torácico, taquicardia, etc. Tanto en este caso como en el anterior, pueden aminorarse las reacciones desagradables con el empleo de «fórmulas reducidas», en las que se disminuye el área anatómica por la fórmula (por ejemplo, «mi mano es pesada», etc.).

19. El segundo ejercicio básico (fórmula de calor) no debe practicarse cuando la temperatura ambiente es anormalmente alta.

20. También existe contraindicación para el segundo ejercicio básico cuando aparecen reacciones motoras exageradas, como por ejemplo sensación de pulsación, opresión, edema, mareos, sensación de vacío en la cabeza, síntomas iniciales de desmayo, etc. Como en el Caso de las reacciones exageradas al primer ejer-

cicio, pueden ensayarse las fórmulas reducidas, y practicar numerosos ejercicios durante muy cortos períodos de tiempo.

21. El tercer ejercicio básico (fórmula cardíaca) debe interrumpirse cuando aparecen excesivas y desagradables descargas autógenas relacionadas con el corazón, tales como dolor precordial, taquicardia, tensión, etc.

22. El tercer ejercicio básico debe introducirse con sumo cuidado, y acompañado de una relación psicoterapéutica positiva, en pacientes con alteraciones cardíacas funcionales (infarto-fobia, astenia neurocirculatoria, neurosis cardíaca, etc.).

23. En pacientes que han desarrollado excesivas reacciones vegetativas durante la práctica del primer y segundo ejercicio básicos, el tercer ejercicio debe ser pospuesto hasta un tiempo de aplicación más tardío que el que normalmente le correspondería.

24. La práctica del tercer ejercicio debe también ser interrumpida cuando aparecen caídas bruscas y marcadas de la presión arterial, en pacientes hipertensos, con sentimientos de incomodidad y angustia.

25. El tercer ejercicio debe ser omitido en pacientes que siguen tratamiento con hemodiálisis.

26. El tercer ejercicio debe ser omitido por pacientes que sufren de hipertiroidismo.

27. Se recomienda la no aplicación del tercer ejercicio básico en niños menores de los 10 años.

28. En niños mayores de 10 años, debe evaluarse detenidamente su madurez intelectual y su capacidad de adherirse a las instrucciones terapéuticas, antes de iniciar el tercer ejercicio básico. Esto es debido a que, con relativa frecuencia, niños y adolescentes tienden a experimentar con las fórmulas, intentando acelerar, disminuir, o de otra forma alterar el ritmo cardíaco idóneo, con posibles consecuencias desagradables.

29. El cuarto ejercicio básico (fórmula de la respiración) debe ser introducido con sumo cuidado, y después de haber desarrollado maestría en los otros ejercicios, en pacientes con procesos patológicos del sistema respira-

torio (por ejemplo, asma bronquial, tuberculosis pulmonar, etc.).

30. Sujetos que han practicado con anterioridad métodos que incluyen control consciente de las funciones respiratorias, encuentran particular dificultad en adoptar la actitud pasiva durante el cuarto ejercicio.

31. El quinto ejercicio básico (calor en el plexo solar) no debe ser aplicado en sujetos que no pueden localizar interoceptivamente su plexo solar. .

32. La práctica del quinto ejercicio básico debe ser interrumpida cuando el sujeto experimenta dolor en el área abdominal al iniciar el ejercicio. En estos casos, es aconsejable efectuar examen orgánico detenido para eliminar la posibilidad de enfermedad orgánica.

33. La concentración en el plexo solar no debe ser realizada por sujetos con lesiones del aparato digestivo (úlceras pépticas, carcinoma, condiciones hemorrágicas, gastritis hipertrófica, hipertensión portal, etc.).

34. El quinto ejercicio básico debe ser evitado en pacientes diabéticos que muestran disminución exagerada de la tolerancia a la insulina, y episodios frecuentes de hipoglucemia de comienzo brusco.

35. El quinto ejercicio básico no debe practicarse por pacientes que sufren de hiperinsulinismo o de otras formas de hipoglucemia.

36. La práctica del quinto ejercicio básico debe ser interrumpida en pacientes con angina pectoris que experimentan sensaciones desagradables en el área precordial durante las primeras sesiones con este ejercicio.

37. El quinto ejercicio básico no debe ser practicado durante el embarazo, particularmente durante los tres últimos meses del mismo.

38. El quinto ejercicio básico no debe ser utilizado en niños sin la suficiente madurez intelectual como para practicar la fórmula correctamente, manteniendo adecuado contacto mental y sin experimentaciones inapropiadas.

39. El sexto ejercicio básico (frescor en la frente) debe ser interrumpido en sujetos que consistentemente experimentan inicio o empeoramiento de cefaleas durante o después de

este ejercicio.

40. El sexto ejercicio básico debe ser introducido con precaución en pacientes con lesiones cerebrales. Aproximadamente la mitad de estos pacientes experimentan reacciones desagradables, que requieren la interrupción de esta fórmula.

41. El sexto ejercicio básico debe ser evitado en pacientes con epilepsia.

BIBLIOGRAFIA

BENSON. H., BEARY. J. F., CAROL, M. P.: The relaxation response. *Psychiatry*, 37: 37-46, 1974.

BLUMBERGER, S., DE RIVERA, J. L. G.: Homosexual dynamics studied with autogenic therapy and psychotherapy of analytic orientation. En: W. LUTHE y F. ANTONELLI (Eds.) *Therapy in Psychosomatic Medicine*, Vol. 4 (Autogenic Therapy). L. Pozzi, Roma, 1977.

FIE%, W. R.: The functional organization of the diencephalon. Grune and Stratton, New York, 1957.

DE RIVERA. J. L. G.: Autogenic Abreaction and Psychoanalysis. En: W. LUTHE Y F. ANTONELLI (Eds.). *Therapy in Psychosomatic Medicine*, Vol. 4. Pozzi, Roma, 1977.

DE RIVERA, J. L. G., MOIVTIGNY. C., REMILLARD, G.: Autogenic therapy of temporal lobe epilepsy. En: W. LUTHE, F. ANTONELLI, Eds. *Therapy in Psychosomatic Medicine*, vol. 4, Pozzi, Roma, 1977.

LUTHE, W.: *Autogenic Therapy: Research and Theory*. Grune & Stratton, New York, 1970.

LUTHE, W., Jus. A., GEISSMANN, P.: Autogenic State and Autogenic Shift. *Acta Psychother. Psychosom.* 11: 1-13, 1963.

LUTHE, W.: The clinical significance of various forms of autogenic discharges. *Proceedings, 3 World Congress of Psychiatry*, vol. 3, pags. 485-488, University of Toronto Press, 1964.

LUTHE W.: *Autogenic Therapy: Dynamics of autogenic neutralization*. Grune & Stratton, New York, 1970.

LUTHE. W.: *Autogenic Therapy: Treatment with autogenic neutralization*. Grune & Stratton, New York, 1973.

LUTHE, W., SHULTZ, J. h.: *Autogenic Therapy. Medical applications*. Grune & Stratton, New York, 1970.

LUTHE, W., SCHULTZ, J. H.: *Autogenic Therapy: Applications in Psychotherapy*. Grune & Stratton, New York, 1970.

LUTHE, W. (Ed.). *Autogenic Training. Correlationes Psychosomaticae*. Grune & Stratton, New York, 1965.

LUTHE, W., BLUMBERGER, S.: *Autogenic Therapy*. En: *Psychosomatic Medicine*. Wittkower, E. D. y WARNES, H. (Eds.): Haper & Row, New York, 1977.

SCHULTZ, J. H., LUTHE. W.: *Autogenic Therapy: Autogenic methods*. Grune & Stratton, New York, 1969.