
LA TERAPIA DE RELAJACIÓN EN LA CONSULTA PSIQUIÁTRICA INTERDEPARTAMENTAL

Dr. González de Rivera Revuelta

Resumen

La psicoterapia autógena es una modalidad de psicoterapia de relajación, capaz de inducir eficazmente un estado peculiar de conciencia, con características fisiológicas y psicológicas propias. Sus efectos psicoterapéuticos son explicados teóricamente con arreglo a una hipótesis general sobre el modo de acción de las psicoterapias, señalándose las indicaciones más importantes en el campo de la consulta psiquiátrica interdepartamental en el hospital general.

Abstract

Autogenic psychotherapy is a relaxation method, inducing a specific state of consciousness. The psychotherapeutic action of autogenic therapy is explained according to a general hypothesis on the mode of action of the psychotherapies. The applications of autogenic therapy in liaison psychiatry are indicated.

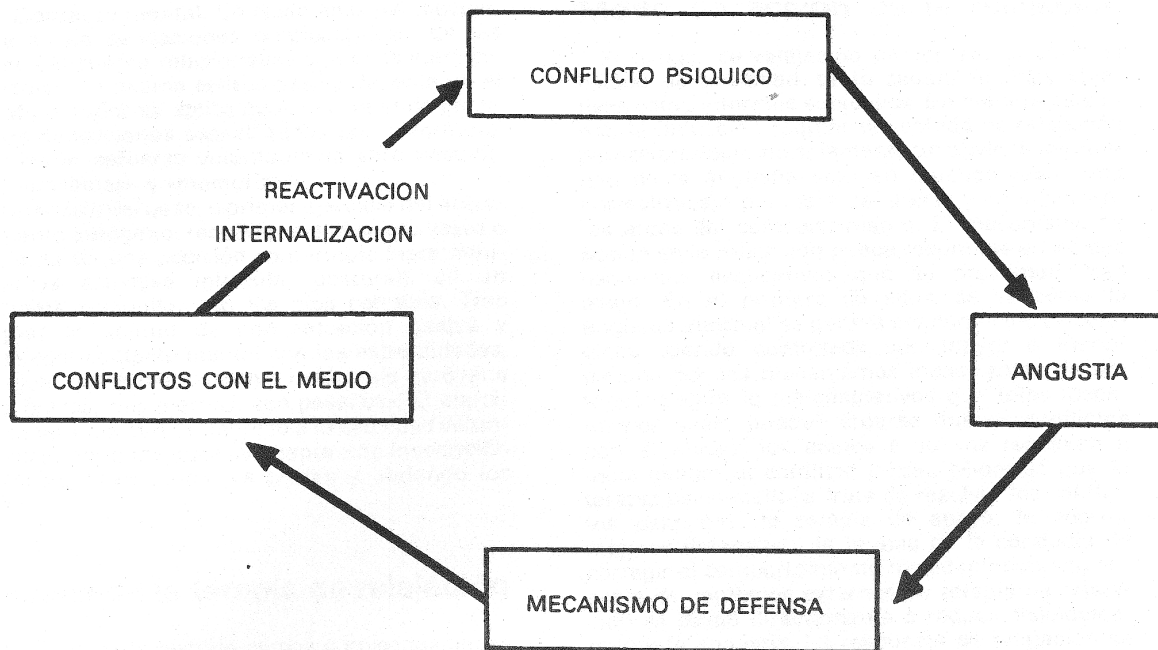
La terapia por relajación profunda requiere la inducción a intervalos regulares de un estado hipometabólico con características fisiológicas y psicológicas peculiares. Este estado ha sido denominado «estado autógeno» por Luthe (1) y «respuesta de relajación» por Benson (2), y puede ser obtenido a través de diversas técnicas de concentración mental. No está aún totalmente definido el mecanismo por el cual estas técnicas inducen el estado de relajación, pero las variaciones fisiológicas registradas en él son similares a las producidas por Hess al estimular una zona del hipotálamo anterior en el gato (3). Hess denominó a esta región la «zona trofotrópica» y postuló que se halla en relación íntima con mecanismos de protección del organismo y con procesos de preservación y recuperación de energía. La estimulación de esta zona hipotalámica induce reacciones fisiológicas opuestas a la respuesta de «lucha o huida» de Cannon (4), y es, por lo tanto, concomitante con una disminución generalizada de la actividad del sistema nervioso simpático.

Características fisiológicas del estado de relajación

Aunque los estados obtenidos con técnicas diferentes son, a *grosso modo*, similares, existen diferencias fisiológicas menores entre ellos. Un ejemplo de las mismas lo constituyen las diferencias en las pautas de bloqueo del ritmo alfa en el electroencefalograma, existentes entre los estados de relajación obtenidos por técnicas Zen y los obtenidos por técnicas yoga (5). Estas peculiaridades exigen investigación detallada de los estados obtenidos con cada técnica particular. Sin embargo, para el propósito que nos ocupa basta con considerar las características metabólicas generales del estado de relajación. Estas características, que han sido estudiadas muy particularmente con las técnicas de entrenamiento autógeno (6) y meditación trascendental (7) son:

1. Disminución del consumo de oxígeno.
 2. Disminución del ritmo cardiaco.
 3. Disminución y regularización del ritmo respiratorio.
-

Figura 1



4. Disminución del tono muscular.
5. Mayor gradiente de recuperación de la concentración sanguínea de ácido láctico elevado por el ejercicio.
6. Aumento de la resistencia epitelial-galvánica.
7. Mayor producción de ondas alfa lentas en la corteza cerebral.

Características subjetivas del estado de relajación

Descripciones subjetivas de pacientes y sujetos normales en el estado autógeno incluyen:

- Sensación de satisfacción y bienestar.
- Sensación de «feliz indiferencia».
- Sensación de relajación física y mental».
- Sensación de mayor disponibilidad de energía al volver al estado vigil habitual.
- Presentación espontánea de memorias olvidadas.
- Ocasionalmente, manifestaciones desagradables durante el estado de relajación que, de acuerdo con Luthe (8) no son necesariamente contraindicaciones a la práctica del entrenamiento autógeno y pueden ser inclu-

so expresión de su eficacia terapéutica.

Inducción del estado de relajación

Existen varios métodos para inducir el estado de relajación. Todos ellos requieren la concentración pasiva en un estímulo mental repetitivo, en una situación de reposo muscular y con poca estimulación exterior.

El entrenamiento autógeno es una técnica que ha gozado de amplia experimentación y estudio médico. El entrenamiento autógeno básico consiste en una serie de seis ejercicios que inducen estados de relajación ligeramente diferentes. La ventaja de este método reside en las amplias posibilidades terapéuticas que ofrece, ya algunos pacientes que no parecen responder al método básico, pueden encontrar alivio con los métodos autógenos más avanzados (9).

El estado autógeno es un estado de relajación terapéutica mente efectivo, y puede obtenerse ya con el primer ejercicio de la serie básica. En la mayoría de los casos en que está indicada la terapia de relajación, mejorías importantes pueden lograrse con el empleo exclusivo de este ejercicio.

Antes de describir el primer ejercicio, o ejercicio del peso, es necesario explicar dos conceptos fundamentales:

a) **Concentración pasiva.** Este tipo de concentración es radicalmente diferente de la usual, o concentración activa. Mientras que en ésta lo importante es el deseo voluntarístico de que algo ocurra (o no ocurra), en aquella lo importante es la concentración en sí, independientemente de sus resultados. En los ejercicios autógenos básicos, la concentración pasiva se aplica simultáneamente sobre una frase («fórmula autógena») y sobre las sensaciones propioceptivas que la acompañan, entendiendo el significado de lo que se hace, pero sin interferir en ello con ningún deseo, esfuerzo o acto volitivo. Todas las ideas y sensaciones que puedan interferir en el proceso, son recibidas con una actitud de aceptación, desinteresada y acrítica, continuando con la repetición mental de la fórmula autógena, sin esfuerzo ni lucha por «dejar la mente en blanco».

b) **Contacto mental.** Consiste en la percepción, a través de sensaciones propioceptivas, de las partes del cuerpo relacionadas con cada ejercicio particular. La misma actitud pasiva descrita en el párrafo anterior se aplica aquí, permitiendo percibir las sensaciones especificadas por la fórmula, sin ningún esfuerzo voluntarístico para «visualizar», «imaginar» o «memorizar».

El ejercicio del peso, o primer ejercicio del entrenamiento autógeno, requiere que el sujeto yazca o se siente en una posición confortable (para minimizar la actividad muscular postural), en un ambiente tranquilo, con los ojos cerrados. Tras adoptar la actitud de concentración pasiva y establecer contacto mental con las extremidades, el sujeto repite mentalmente la fórmula autógena «mis brazos, mis piernas, son pesados». El ejercicio se termina con un regreso a la actividad voluntarística, tomando sucesivamente una inspiración profunda, flexionando los brazos y abriendo los ojos.

Práctica de la terapia de relajación

Después de la historia clínica e investigaciones complementarias pertinentes, si la tera-

pia de relajación parece indicada se empieza por explicar al paciente la naturaleza de su trastorno y la acción terapéutica de la relajación. Es importante barajar otras posibilidades terapéuticas afines, y deshacer todo posible equívoco o prejuicio sobre estas técnicas, con el objeto de asegurar la cooperación del paciente.

Una vez que el paciente aprende a inducir el estado de relajación, generalmente en una sola sesión de 50 minutos, se le requiere que efectúe el ejercicio por su cuenta, en solitario, al menos dos veces diarias durante 10 y 15 minutos cada vez. Ciertas idiosincrasias en la reactividad del paciente pueden exigir la modificación de esta pauta, bien reduciendo la extensión de la fórmula, bien reduciendo el tiempo durante el cual se aplica.

Al iniciar el tratamiento, las visitas han de ser relativamente frecuentes, al menos una a la semana, con objeto de instruir al paciente y tratar con él de las dificultades o resistencias que pueda experimentar en la práctica del tratamiento. El enfoque psicoterapéutico general es de apoyo, manteniendo las interpretaciones y confrontaciones a un nivel muy superficial, y concentrando gran parte del interés en los aspectos técnicos de la realización del ejercicio y la respuesta del paciente al mismo. Es importante insistir en la necesidad para la práctica regular del ejercicio, sin la cual no pueden obtenerse mejorías ni importantes, ni duraderas. La naturaleza autógena (esto es, producida por uno mismo), del método ha de ser explicitada muy claramente, permitiendo así que el paciente desarrolle sentimientos de seguridad e independencia del terapeuta. Este procedimiento básico ha sido asociado con biofeedback (9), terapia de la conducta (10) e hipnosis (11), con el objeto de facilitar el dominio de los ejercicios, o por propósitos terapéuticos especiales.

Modo de acción de la relajación

El estado de relajación parece ser opuesto al estado de ansiedad, tanto según medidas objetivas como informes subjetivos. De manera adicional, la inducción regular del estado de

relajación parece producir, no solamente un alivio momentáneo de la angustia sino en muchos casos una normalización duradera del afecto y de importantes áreas del comportamiento. El mecanismo de acción de la relajación puede resumirse en los dos esquemas explicativos que se presentan más abajo. En el primero de ellos, se ve como la angustia anormal se genera por conflictos psicológicos, siendo controlada con mayor o menor fortuna por los mecanismos inconscientes de defensa. Según lo maladaptativos que tales mecanismos sean, pueden crearse nuevos conflictos con el medio, los cuales a su vez reactivan o incrementan el conflicto inicial. Mientras que la terapia psicoanalítica trata de resolver los conflictos psíquicos, la terapia de apoyo de aportar mejores defensas y la terapia de la conducta de corregir el comportamiento maladaptativo responsable de conflictos externos, la terapia de relajación se dirige directamente a reducir fisiológicamente la angustia. La respuesta de relajación se convierte así en un nuevo mecanismo de adaptación, y produce una mejoría clínica interrumpiendo el círculo vicioso mostrado en el segundo esquema. La angustia originada por los estímulos simbólicos da lugar a manifestaciones fisiológicas, (la respuesta de lucha o huida), cuya percepción causa alarma y sensación de peligro, lo cual incrementa la angustia. La respuesta de relajación, reemplazando las manifestaciones fisiológicas de la angustia, interrumpen el brazo positivo de retroalimentación, haciendo posible la recuperación espontánea o, por lo menos, el desarrollo de mejores defensas y mecanismos de adaptación.

Indicaciones de la terapia de relajación

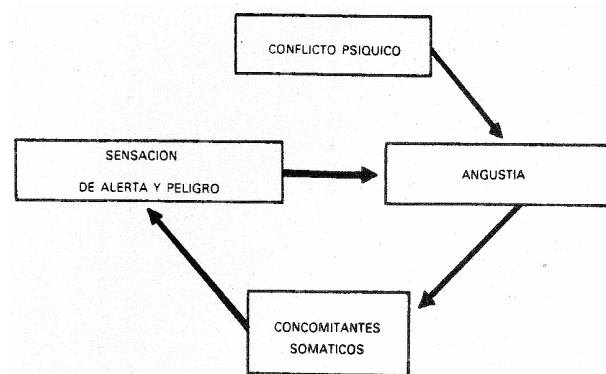
A causa de sus efectos directos sobre la angustia, la terapia de relajación ha sido recomendada principalmente para el tratamiento de síndromes en los que este afecto resulta prominente (12). Después de varios años de experiencia con el método en los servicios de consulta psiquiátrica interdepartamental; lo hemos encontrado muy apropiado para el tratamiento de una gran variedad de trastornos, incluyendo aquellos en los que la angustia se halla enmas-

carada por sintomatología médica de carácter funcional.

Entre los pacientes que pueden encontrarse en una actividad de consulta psiquiátrica, los siguientes experimentan los mayores beneficios por la terapia de relajación:

1. Reacciones psicofisiológicas de la ansiedad. Este apartado incluye pacientes con síndrome de hiperventilación, palpitaciones, vértigos de origen funcional, etc. Habitualmente, se logra un rápido alivio, con marcada atenuación de los síntomas en dos-cinco sesiones,

Figura 2



particularmente en aquellos casos en los que la angustia está relacionada con la adaptación a factores ambientales (como por ejemplo, exámenes, nuevos puestos de trabajo, etc.).

2. El «paciente que no se cura», que sufre de patología médica o quirúrgica fehaciente, pero que está más preocupado por sus problemas psicológicos que por los físicos, aunque sus quejas sean de naturaleza predominantemente somática. La pasividad, falta de motivación para colaboración psicoterapéutica, y pobre mentalidad psicológica de estos pacientes hacen que los resultados obtenidos con psicoterapias tradicionales sean dudosos. Las medicaciones psicoactivas suelen complicar el cuadro, a causa de sus efectos secundarios, típicamente abundantes y exagerados en estos pacientes, y por reacciones cruzadas con otros fármacos, de los que habitualmente el paciente realiza un alto consumo. Cuando el paciente acaba por aceptar la terapia de relajación, generalmente después de dos o tres entrevistas explicativas, empieza pronto una mejoría len-

ta, pero gradual, consistente en disminución de la sintomatología funcional, que permite la progresiva reducción de fármacos psicoactivos.

3. El paciente psicossomático, que somatiza su angustia y expresa sus conflictos psicológicos a través de dolores difusos y síntomas somáticos. Este tipo de enfermos suelen tener poca capacidad para comprender y expresar verbalmente la conflictiva psíquica y no son buenos candidatos para las psicoterapias clásicas. Las mejorías obtenidas en los métodos básicos de relajación pueden ser dramáticas, pero en la mayoría de los casos es necesario aplicar las técnicas más sofisticadas de neutralización autógena, tales como las descritas por Luthe (7).

4. El enfermo crónico, con alteraciones físicas serias que tiene que hacer frente a su minusvalía y a las alteraciones psico-sociales que ésta pueda implicar. El hecho de estar enfermo puede ser una fuente de angustia, y el desarrollo de mecanismos defensivos maladaptativos puede empeorar su enfermedad crónica. Así, por ejemplo, la negación de la realidad de la enfermedad y su tratamiento, puede llevar al rechazo de las medidas terapéuticas, infracciones en el régimen, pautas erráticas de medicación, etc. la práctica repetitiva del estado autógeno, en un contexto psicoterapéutico comprensivo, permite a estos pacientes un alto grado de independencia emocional, además de colaborar positivamente con los procesos regenerativos del organismo.

5. El paciente médico-quirúrgico, que vive una situación de trastorno emocional transitorio, bien directamente provocado por su estado físico, o por descompensación de un conflicto psicológico preexistente. Debe diferenciarse bien del enfermo delirante, cuyo cuadro de agitación y angustia responde mejor a neurolepticos como el haloperidol que a cualquier otra medida. Solamente en casos en que la reacción ansiosa sea puramente psicógena puede la terapia de relajación ser de alguna utilidad, y ello solamente después de que el terapeuta haya tranquilizado y ganado la cooperación del enfermo con su presencia y conversación.

BIBLIOGRAFÍA

1. LUTHE, W., JUS. A. and GEISSMAN, P.: Autogenic state and autogenic shift. Psychophysiological and neurophysiologic aspects. Acta Psychother. Psychosom. 11: 1-13, 1963.
2. BENSON, H., BERRY, J.F, CAROL, M.P.: The relaxation response. Psychiatry, 37.: 37-46, 1974.
3. HESS, W .R.: The functional organization of the diencephalon. Grune and Stratton, New York, 1957.
4. DE RIVERA, J.L.G.: Autogenic abreaction and psychoanalysis. In.: Therapy in Psychosomatic Medicine. Vol. 4, W. Luthe and F. Antonelli, Eds., L. Pozzi, Roma, 1977, pp. 158-163.
5. EMERSON, VF: Can belief systems influence neurophysiology? Some implications of research on meditation. The R.M. Bucke Memorial Society Newsletter-Review. 5.: 2032, 1972.
6. DE RIVERA, J.L.G.: States of consciousness and creativity. I World Congress of Medical Academies, Sevilla, Spain, 1977. Rev. Psicología- General y Aplicada, 33: 416-426, 1978.
7. LUTHE, W.: Autogenic Therapy, Vol.: Methods of Autogenic Neutralization. Grune and Stratton, New York, 1974.
8. SARGENT. J.D., GREEN, E.E., WALTERS, E.D.: The use of autogenic feedback training in a pilot study of migraine and tension headaches. headache, 12: 120-125, 1972.
9. HAWARD, L.R.C.: Reduction in stress reactivity by autogenic training. In: Correlations Psychosomaticae. W. Luthe, Ed., Grune and Stratton, New York, 1965, pp. 96-103.
10. SNAITH, R.P.: A method of psychotherapy based on relaxation techniques. Brit. J. Psychiat. 124: 473-481, 1974.
11. BLUMBERGER, S., DE RIVERA, J. L. G.: Homosexual dynamics studied with autogenic abreaction and psychotherapy of analytic orientation. In: Autogenic Me-

- thods, Application and Perspectives. W. Lu-the and f. Antonelli; Eds., L. Pozzi; Roma. 1977. pp. 134-140.
12. LANGER, D.: Relaxation therapy of anxiety syndromes. In: Studies of Anxiety. Brit. J. Psychiat. Special Publication n° 3 (Ed M.H. Laderl, 1969, pp. 143-146.
13. DE RIVERA, J.L.G.: Psicoterapia Aut6gena. In: Manual de Psiquiatría. J. L. G. de Rivera, A. Vela and J Arana, Eds., Karpos, Madrid, 1980.
14. DE RIVERA, J.L.G.: The psychiatric consultation service in a General Hospital. Rev. Esp. Psicoter. Anal. 7: 35-44, 1975.