



PSICOTERAPIA AUTÓGENA Y PSICOTERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL

Manuel R. Abuín

Instituto de Psicoterapia e Investigación Psicosomática de Madrid. Profesor Asociado, Depto. Psicología Clínica, UCM

mra@psicoter.es

RESUMEN:

La Psicoterapia Autógena y la Psicoterapia cognitivo-conductual son dos enfoques que intervienen en los procesos cognitivos, en el comportamiento manifiesto y en las emociones (Rivera y Abuín, 1998). Derivaciones del modelo cognitivo-conductual como la Terapia de Aceptación y Compromiso y la Terapia Dialéctico-Conductual han introducido elementos próximos a la psicoterapia autógena, aunque persisten fundamentales diferencias conceptuales y de operatividad terapéutica. La psicoterapia autógena es un método psicoterapéutico de orientación psicofisiológica, centrado en el proceso y no en la meta, que facilita el almacenamiento, integración y modificación de las percepciones sobre uno mismo y el entorno. Se origina en la investigación psicofisiológica y persigue el desarrollo de mecanismos potenciadores de la homeostasis y la autorregulación del funcionamiento humano. Presta particular atención a procesos no verbales de cognición, tales como las representaciones kinestésicas y los procesos de memoria somática y eidética. La Psicoterapia Cognitivo-conductual se origina a partir de la Psicología del Aprendizaje, en combinación con técnicas desarrolladas a partir de la Psicología Cognitiva (Labrador, 2008). Las intervenciones cognitivo-conductuales se dirigen activamente a la adquisición, modificación o supresión de conductas o cogniciones específicas. La intervención no está regida por los principios de homeostasis y autorregulación, sino por el determinismo situacional y por la cognición consciente.

Casi todos los métodos psicoterapéuticos presumen en mayor o menor medida de características integradoras, y por ello tiende también a buscarse los puntos en común de las diversas psicoterapias. La integración de las psicoterapias, a pesar de ser razonable, tiene algunos inconvenientes:

a.- Algunas técnicas terapéuticas, ideadas para determinado tipo de pacientes, no son bien aceptadas por otros. Es decir, la efectividad de una determinada psicoterapia y de sus técnicas derivadas depende, por un lado, de las características y de las situaciones vividas por los pacientes a los que ha de aplicarse, y, por otro, del grado de flexibilidad y plasticidad integradora del propio procedimiento.

b- La integración en muchos casos es exclusivamente mecánica en cuanto a la utilización de técnicas, pero no conceptual, cayéndose en un eclecticismo atóxico regulado por la práctica.

La Psicoterapia Cognitivo- Conductual y la Psicoterapia Autógena constituyen dos modelos que buscan la integración psicoterapéutica, aunque de distinta manera. Ambos enfoques intercambian técnicas y utilizan técnicas de otros enfoques, pero las integran de manera diferente tanto a nivel conceptual como práctico

1.- Fundamentos conceptuales

La Psicoterapia Cognitivo-Conductual deriva de las teorías del aprendizaje y del enfoque cognitivo que surge a mediados del siglo XX. Los terapeutas cognitivo- conductuales abordan la psicopatología con las técnicas procedentes de la terapia de conducta junto con técnicas de intervención cognitiva. En las técnicas de terapia de conducta el objetivo es modificar la conducta a través del estudio de los antecedentes y consecuentes de las conductas problema. Las cogniciones se relacionan con el comportamiento desajustado, tanto si son manifestaciones del problema como si son antecedentes o consecuentes del mismo. Este enfoque es mecanicista y más molecular que holístico, buscando la especificidad causal del comportamiento, considerando a las personas como un producto de la historia de reforzamientos. Lo que uno hace, piensa o siente depende de lo que lo ha desencadenado y de lo que lo refuerza.

La Psicoterapia Cognitivo-Conductual persigue además la intervención en los procesos cognitivos *mediacionales* que ocurren en el individuo para promover cambios comportamentales. Las actitudes, creencias, expectativas, atribuciones, constructos y esquemas cognitivos son tratados como formas de conducta sujetas a las leyes del aprendizaje. En algunos casos, estas cogniciones son consideradas como respuestas a reforzar, mientras que en otros se consideran determinantes causales de reacciones fisiológicas y comportamentales. Los principios esenciales del modelo

cognitivo-conductual pueden resumirse en los siguientes puntos:

a Las cogniciones son productos principalmente verbales, y la sistematización del cambio cognitivo-conductual requiere la reformulación o reestructuración semántica de los constructos cognitivos.

b. Las experiencias de interés para este modelo, tanto comportamientos manifiestos como cogniciones *mediacionales*, se encuentran principalmente en el plano de la realidad consciente, esto es, se conciben en función de solo un estado de conciencia. La hipnosis como inducción de un estado alterado de conciencia se concibe como una herramienta para la modificación de comportamientos específicos en el estado vigil. La hipnosis no es valorada por la inducción del estado de conciencia en sí mismo, sino por la capacidad de sugestión directiva en este estado.

c. La conducta, incluidas las cogniciones, se rige por un sistema de reglas que pueden ser explicitadas mediante el análisis de los antecedentes y consecuencias de un determinado comportamiento. Se enfatiza en la focalización activa de la atención en las verbalizaciones de estados internos. Desde el punto de vista práctico, este principio conlleva un aumento de la autoatención del paciente en sus propias creencias y metacogniciones, tal como proponen la Reestructuración cognitiva o la Terapia Racional-Emotiva.

La Psicoterapia Autógena tiene su origen en los estudios de los neurofisiólogos alemanes Vogt y Hess a principios de siglo XX, aplicados poco después por el médico por Schultz en el entrenamiento autógeno. Wolfgang Luthe, discípulo de Schultz, perfecciona en Canadá el método y lo amplía e integra junto con otras técnicas, creando la Terapia Autógena a partir del descubrimiento en 1961 de las nuevas técnicas de neutralización autógena. González de Rivera, a su vez discípulo de Luthe, ha venido desarrollando desde 1974 la integración del entrenamiento autógeno básico y los métodos avanzados de Luthe con enfoques psicodinámicos y neurocognitivos, manteniendo el objetivo original de facilitar los procesos de autorregulación, autoconocimiento y desarrollo personal. Esta integración ha dado lugar al análisis autógeno (ver gráfico 1), técnica que permite la integración psicofisiológica, psicodinámica y neurocognitiva de dinámicas desestructurantes no integradas por el cerebro. Con esta técnica dichas dinámicas son reestablecidas de forma integrada en un nuevo soporte psicofisiológico y verbal .

La Psicoterapia Autógena comparte con la Cognitivo-Conductual la búsqueda de una mejor integración de los procesos cognitivos en el curso del cambio terapéutico, pero concibe de forma diferente la cognición, la experiencia objeto de intervención y el medio de acceso para facilitar la coherencia y equilibrio interno. Comparte el interés de la psicología cognitiva que estudia los procesos inconscientes y con los intentos de incluir las funciones cognitivas en la estructura de la

personalidad. La psicoterapia autógena acepta como cognición procesos no verbales, tales como las representaciones corporales, las vivencias kinestésicas, los procesos de memoria eidética y somática, y sus derivados. En consecuencia a esta forma de entender la cognición, la experiencia objeto de la intervención se considera en varios modos o estados de conciencia, a diferencia de la Terapia Cognitivo-Conductual, que se interesa primordialmente por el estado vigil habitual. La psicoterapia autógena define la conciencia como "un proceso activo y permanente, cuya función principal es almacenar, integrar y modificar las percepciones sobre sí mismo y el entorno" (Rivera, JLG, 1978). Los inevitables fallos o interrupciones en la continuidad de este proceso a lo largo del desarrollo ocasionan una división de la conciencia en diferentes estados. La plena capacidad de acceso a todos estos estados, o "unificación de la conciencia" es la meta de todas las disciplinas orientales de meditación, y, de manera limitada y con fines terapéuticos, de la psicoterapia autógena desde sus intervenciones más básicas. El sujeto medio normal mantiene su conciencia en una pequeña franja de todos sus estados posibles, que corresponde a la parte superior del mapa de estados de conciencia de González de Rivera (ver G. De Rivera, 1978). Los ejercicios básicos de entrenamiento autógeno constituyen una técnica sencilla y eficaz para ampliar su percepción de estados más profundos (Figura. 1).

2.- Operatividad terapéutica

La Psicoterapia Cognitivo-Conductual y la Psicoterapia Autógena coinciden en la búsqueda de algún tipo de cambio en el comportamiento humano, pero difieren en cómo hacerlo: el medio de acceso a la intervención, el foco terapéutico y la acción terapéutica son distintos.

En cuanto al medio de acceso a la experiencia objeto de intervención, la Psicoterapia Cognitivo-Conductual deliberadamente focaliza en los contenidos de la consciencia habitual, para lo que instruye al paciente en el ejercicio de procesos de concentración activa. El enfoque se centra más en el resultado que en el proceso. Se consideran como foco u objeto de intervención las conductas, motoras, cognitivas, o fisiológicas, de acuerdo con el modelo de los tres sistemas de respuesta. El nivel de intervención es molecular, específico y generalmente periférico. Una técnica se valora en función de indicadores específicas de respuesta, que, en el caso de la cognición, consiste en experiencias ideoverbales conscientes, tales como autoafirmaciones, creencias, autoinstrucciones o valoraciones.

La Psicoterapia Autógena, en cambio, se centra en el proceso más que en el resultado u objetivo conductual. Más que en los contenidos específicos del procesamiento, se centra en los procesos mentales en sí mismos, enfatizando la continuidad y coherencia de las formas de procesamiento de la información que surgen en los distintos estados de conciencia. Centrarse en los procesos permite un abordaje inespecífico de la psicopatología, según el principio de que la

intervención más eficiente no es ni sobre el síntoma en sí ni sobre sus factores causales, sino sobre los mecanismos que inhiben o entorpecen la capacidad natural de recuperación del organismo (principio de homeostasis). En consecuencia, la intervención comienza con el entrenamiento en un procedimiento específico de concentración pasiva, cuya función no es la identificación de contenidos específicos, sino favorecer la receptividad general y la aceptación del proceso de autoconocimiento. La educación de los procesos atencionales constituye una parte preparatoria importante de los métodos autógenos, a diferencia de las terapias cognitivo-conductuales, que utilizan los mecanismos habituales de atención consciente para el logro de objetivos concretos de análisis y modificación de la conducta..

La acción terapéutica en la Psicoterapia Cognitivo-Conductual **está guiada por** los hallazgos experimentales de la Psicología del Aprendizaje, sobre todo en lo que hace referencia a los condicionamientos clásico y operante, en combinación con técnicas desarrolladas a partir de la Psicología Cognitiva. La acción terapéutica no consiste sólo en manipulaciones o controles ambientales, y se utilizan intervenciones conductuales destinadas a instaurar conductas (por ejemplo, a través de modelado, "role playing", entrenamiento en habilidades sociales, etc..) modificarlas (técnicas cognitivas, técnicas de relajación...) o a suprimirlas (con las técnicas más de autocontrol y de castigo, por ejemplo). El terapeuta toma una actitud directiva, presentándose a sí mismo como modelo explícito si es necesario, e intenta corregir activamente excesos, déficits o inadecuaciones de comportamientos manifiestos, incluyendo los procesos cognitivos conscientes. Para ello, el terapeuta potencia los procesos de autoatención, instando al paciente a modificar activamente ideas irracionales mediante estrategias de afrontamiento, reestructuración y control cognitivo.

La acción terapéutica en Psicoterapia Autógena, en coherencia con sus orígenes en la investigación psicofisiológica, parte de la consideración de la homeostasis y la autorregulación como principios esenciales del funcionamiento humano. Plantea sus intervenciones en función de la facilitación y potenciación de estos procesos psicosomáticos naturales. Sus dos principios básicos de acción terapéutica son: 1) La reestructuración y mantenimiento del equilibrio neurovegetativo, a través del entrenamiento en autoestimulación trofotrópica, y 2) la neutralización de microtraumas vivenciales y de contradicciones e incoherencias de información, mediante la facilitación de la comunicación interhemisférica. De la misma manera que la concentración activa intensa induce un estado de alerta, con estimulación de las regiones ergotrópicas (hipotálamo dorsal, sistema límbico, sistema neurovegetativo simpático), las técnicas de concentración pasiva estimulan la zona trofotrópica cerebral (núcleos ventrales del hipotálamo, con sus proyecciones limbocorticales y sistema neurovegetativo parasimpático) induciendo un estado especial de conciencia, el estado autógeno, que se caracteriza por procesos psicofisiológicos de recuperación neutralizadores e integradores de las experiencias de ansiedad. En el curso del tratamiento básico, es frecuente que

se inicie de manera espontánea un proceso progresivo de apercepción y reorganización de vivencias traumáticas, denominado neutralización autógena. Las técnicas avanzadas facilitan y potencian el desarrollo de este fenómeno, en el curso del cual se produce una deatexis o desensibilización de la experiencia con desbloqueo de fijaciones en experiencias particulares.

Estos principios de acción terapéutica conllevan unas formas características diferenciales de intervención del terapeuta, tanto en el grado de directividad, como el tipo de encuadre o el grado de interferencia en los procesos homeostáticos de autorregulación. En la Psicoterapia Cognitivo-Conductual el terapeuta es directivo, marcando las pautas de acción a seguir por el paciente; el encuadre es de una consistencia media, amoldándose a las demandas situacionales o a las derivadas de las necesidades y problemas del paciente, planteando tareas diferentes según la fase del tratamiento. El grado de interferencia es alto, siendo necesario renunciar a la espontaneidad de la experiencia en orden a concentrar la atención sobre sus componentes conductuales y cognitivos. Se fomenta el cambio psicológico a través de una modificación directiva no prohomeostática de los comportamientos, con un plan de tratamiento prefijado y bastante rígido. La espontaneidad o incidentalidad se minimiza o se inhibe en las intervenciones terapéuticas. La Psicoterapia Autógena es paradójica en cuanto a la forma de actuar del terapeuta. Mientras que su función directiva es estricta en algunos aspectos, con un protocolo extremadamente consistente de instrucción técnica, la permisividad es total en cuanto a los contenidos y modo de expresión de la experiencia en la sesión terapéutica, lo que se conoce como el principio de no interferencia. La función del terapeuta es doble: 1) educación específica en técnicas de acceso y control a estados de conciencia, entrenando y supervisando al paciente en la adquisición de la metodología precisa para percibirse sin engaños ni resistencias (principio de autogenicidad), permitiendo la confrontación con el self y su desarrollo y 2) mantenimiento de un contexto psicoterapéutico general de remotivación, contención de la angustia y actualización de las potencialidades, que fomenta de manera incidental e inespecífica la capacidad del paciente para reconstruir de manera creativa su relación consigo mismo y con su entorno.

3. Niveles de intervención

Si aceptamos un gradiente de modos perceptivos que va desde la disolución más objetiva en el mundo externo hasta el ensimismamiento más profundo en el mundo interno, podemos categorizar los estados de conciencia en función del modo perceptivo prevalente, o, lo que es lo mismo, según el foco de atención preferente. El concepto de estado de conciencia como "el conjunto de constructos mentales operativos en un momento dado" (Rivera, JLG, 1978) debe ampliarse para incluir el concepto de gradiente o espectro, que sitúa los estados de conciencia en un continuum en el que elementos del mundo interno y del externo participan en proporción inversamente variable.

Las psicoterapias, en cuanto intervenciones sobre las funciones mentales que son, operan preferentemente en una determinada franja del espectro de los estados de conciencia, según el modo perceptivo preconizado y el conjunto de constructos mentales operativos sobre el que basan su intervención. De esta forma, podemos ordenar las psicoterapias según el grado de acceso al mundo interno que su nivel de intervención promueva. La terapia de la conducta, basada en intervención directa sobre la actividad objetiva externa, activa la zona más periférica del espectro, mientras que la psicoterapia cognitiva, con su atención en la verbalización de estados internos simples, actúa en la franja interna inmediata. La psicoterapia autógena no opera en un determinado estado de conciencia interno como consecuencia de un foco atencional activo en determinados contenidos, sino a través de la inducción de un proceso de concentración y aceptación pasiva que facilita el acceso espontáneo a la conciencia de los contenidos profundos del mundo interno (26). Esta receptividad determina diferencias en la flexibilidad para la intercomunicación de estados, muy favorecida por la psicoterapia autógena y claramente inhibida por las terapias cognitivo-conductuales. La percepción y aceptación del mundo interno en el estado autógeno permite una acción de "dentro afuera", regulando los procesos psicofisiológicos y psicodinámicos necesarios para el "insight" y para conocer e integrar las motivaciones y automatismos inconscientes de las conductas manifiestas. Esta regulación posibilita el autoconocimiento y el emprendimiento de comportamientos libres y adaptativos.

Bibliografía recomendada

Luthe, W. Autogenic Therapy: Applications in Psychotherapy. Grune & Stratton, New York, 1969

Luthe, W. Blumberger S. R: Autogenic Therapy. In E. D. Wittkover and H. R. Warnes (Eds), Psychosomatic Medicine. New York, Harper & Row, 1977; pp. 146-165.

Rivera, JLG. Creatividad y estados de Conciencia. Revista de Psicología General y Aplicada, 1978; 33:415-426

Rivera, J.LG. E1 tratamiento multidimensional. En: A. Vela (Ed.) Trastornos psiquiátricos resistentes al tratamiento. Organon Española, Barcelona, 1990; pp. 13-32

Rivera, J. L.G. Autogenic Psychotherapy and Psychoanalysis. In J. Guimon, (Ed), The Body in Psychotherapy, Basel: Kaver, 1994; pp. 176-181.

Rivera, JLG. Autogenic analysis: The tool Freud was looking for. International Journal of Psychotherapy, 2001; 1, 67-76.

Schultz, J. H.: E1 entrenamiento autógeno. Barcelona, Editorial Científico Médica, 1969.

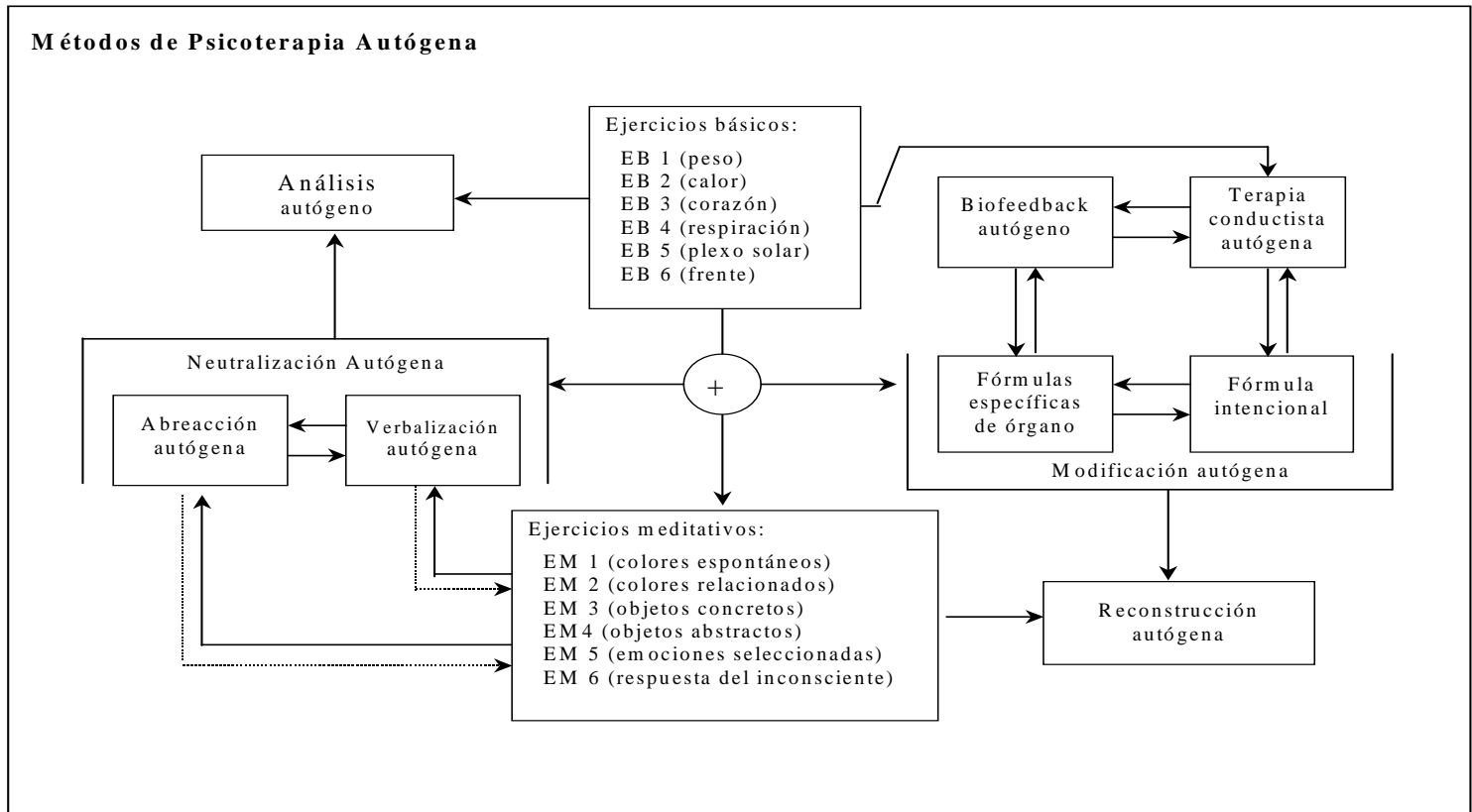


FIG 1.- Gráfico tomado de: G. De Rivera (1998). Psicoterapia Autógena.
Disponible en www.psicoter.es