

Psicoterapia autógena y psicoterapia cognitivo-conductual

J. L. González de Rivera, M. Rodríguez-Abuin

Psiquis, 1998; 19 (7): 259-264

Resumen

La psicoterapia autógena y la psicoterapia cognitivo-conductual tienen en común el estudio de los procesos cognitivos en interacción con la conducta, así como una disposición integradora que asegura su desarrollo por aposición sucesiva de principios conceptuales y hallazgos técnicos. Difieren en sus marcos teóricos, en la forma de desarrollar la acción terapéutica y en los niveles de intervención sobre la conciencia. La psicoterapia autógena, con una orientación psicofisiológica y psicosomática, persigue la potenciación y desbloqueo de los procesos naturales de homeostasis y autorregulación, considera la experiencia humana en varios estados de conciencia, y atribuye potencial pato genético a contradicciones, incoherencias y sobrecargas de información. La terapia cognitivo-conductual arranca de la teoría del aprendizaje ampliada por los desarrollos cognitivistas, opera en el estado vigil habitual y persigue la modificación de los componentes verbales de cogniciones inapropiadas o desadaptativas.

Palabras clave: Psicoterapia autógena. Cognitivo-conductual. Estados de Conciencia.

Abstract

Autogenic psychotherapy and cognitive-behavioural psychotherapy

Autogenic Psychotherapy and Cognitive-behavioural therapy share a common approach to the interaction of cognitive processes and behavior, and an integrative disposition which assures their development by progressive apposition of conceptual principles and technical innovations. They differ in theoretical framework, in the application of therapeutic action, and in the degree of intervention on consciousness. Autogenic psychotherapy, coming from a psychophysiological orientation, intends the promotion and unblocking of natural processes of homeostasis and self regulation, considers human experience in several states of consciousness, and attributes pathogenetic potential to contradictions, incoherences and overstimulation of information. Behavioral-cognitive therapy proceeds from learning theory and cognitive psychology, is only interested in the usual state of awareness, and works upon the verbal components of non-adaptative or inappropriate cognitions.

Key words: Autogenic Psychotherapy. Cognitive-Behavioural. States of Consciousness.

Instituto de Psicoterapia e Investigación Psicosomática
Avenida de Filipinas, 52.
28003 Madrid.

Cada día son más numerosos los intentos por unificar la diversidad de psicoterapias, basados en la repetida observación de la existencia de elementos comunes en todas ellas, y en la heurísticamente razonable tendencia a combinar técnicas efectivas de distintas procedencias (1). Sin embargo, las formas de desarrollar esta integración son diferentes y deben compaginarse con el principio de que 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 (2).

Dos escuelas contemporáneas, la *Terapia Cognitivo-Conductual* y la *Psicoterapia Autógena*, tienen en común la integración sistemática en el curso de su desarrollo de aportaciones procedentes de otros enfoques, aunque difieren marcadamente en el modo de hacerlo.

La *Psicoterapia Cognitivo-Conductual* procede del desarrollo de las teorías del aprendizaje durante la Revolución Cognitiva en la Psicología científica de mediados de siglo. Los terapeutas cognitivo-con-

ductuales postulan el abordaje de la psicopatología a través de la Terapia de Conducta complementada con técnicas de intervención cognitiva, siendo su principal objetivo las cogniciones relacionadas con el comportamiento desajustado, tanto si son causales como consecuentes (3).

La *Psicoterapia Autógena* se inicia con los estudios psicofisiológicos de los neurofisiólogos alemanes Vogt y Hess a principios de siglo, aplicados poco después por Schultz en la creación de su 'entrenamiento autógeno' (4). Luthe perfecciona en Canadá el método, al que denomina *Terapia Autógena* a partir del descubrimiento en 1961 de las nuevas técnicas de neutralización (5). Sobre esta base, González de Rivera ha venido desarrollando desde 1974 un método práctico de Psicoterapia, que integra el entrenamiento autógeno básico y los métodos autógenos avanzados de Luthe con enfoques psicodinámicos y neurocognitivos, manteniendo el objetivo original de facilitar los procesos de autorregulación, autoconocimiento y desarrollo personal (6, 7, 8).

En orden a analizar las similitudes y diferencias entre estas dos escuelas, consideraremos de manera comparativa *sus marcos teóricos, la forma de desarrollar la acción terapéutica y los niveles de intervención.*

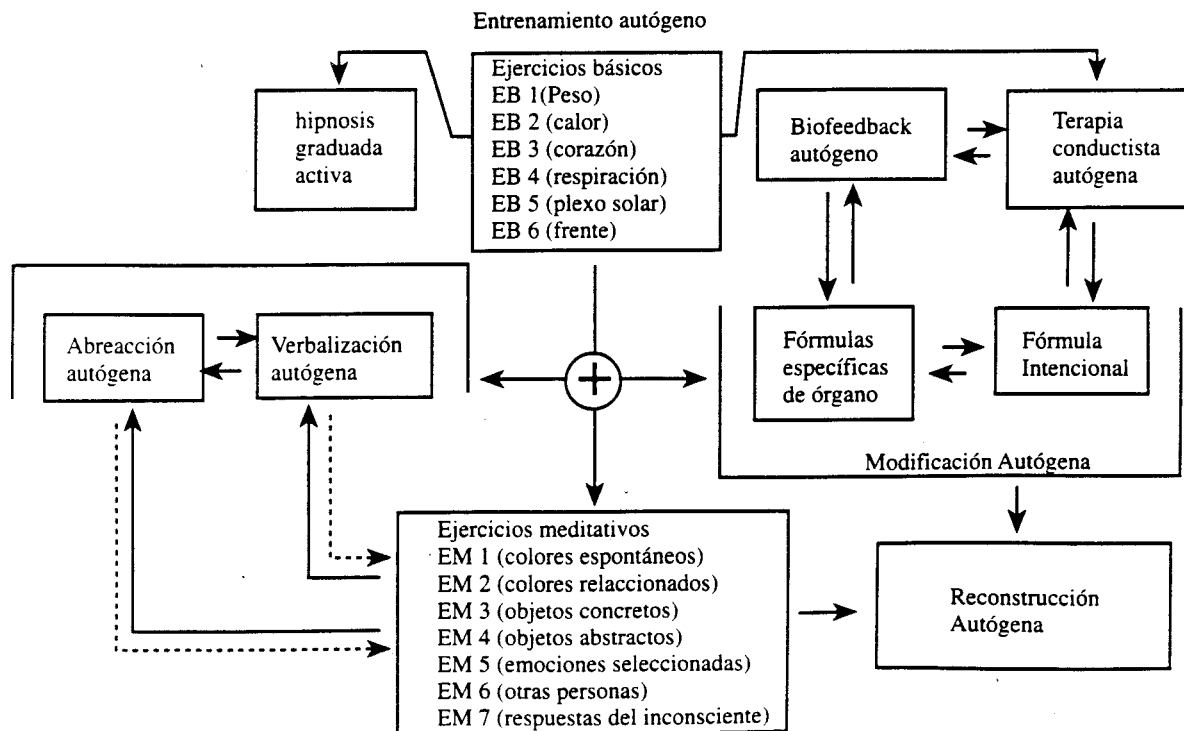


Fig. 1. Métodos de psicoterapia autógena.

1. Marcos teóricos

La Psicoterapia Cognitivo-Conductual persigue la comprensión de los procesos cognitivos mediacionales que ocurren en el individuo dentro del curso del cambio conductual. 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 autonómicas y comportamentales. Los principios esenciales del modelo cognitivo-conductual pueden resumirse en los siguientes:

a. Las cogniciones son productos de carácter básicamente verbal, 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 en el plano de la realidad consciente, esto es, se conciben en función de sólo un estado de conciencia.

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. Para ello, se requiere la focalización activa de la atención en las verbalizaciones de estados internos (9). Desde el punto de vista práctico, este principio conlleva un aumento de la autoatención focal del paciente en sus propias creencias y metacogniciones, tal como proponen la reestructuración cognitiva (10) o la Terapia Racional-Emotiva (11).

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 interna.

En coincidencia con el renovado interés de la psicología cognitiva por los procesos inconscientes (12) y con los intentos de incluir las funciones cognitivas en la estructura de la personalidad (13), 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,



Fig. 2. Mapa de los estados de conciencia.

(E = estimulación ergotrópica; T = estimulación trofotrópica).

que se interesa tan sólo 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" (14). 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 (15). Los ejercicios básicos de entrenamiento autógeno constituyen una técnica sencilla y eficaz para ampliar su percepción de estados más profundos (Fig. 2).

En cuanto al medio de acceso a la experiencia objeto de intervención, la Psicoterapia Cognitivo-Conductual deliberadamente focaliza en los contenidos de la conciencia habitual, para lo que instruye al paciente en el ejercicio de procesos de concentración activa (16). La Psicoterapia Autógena, en cambio, empieza su intervención 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 aten-

cionales 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 (17).

2. Acción terapéutica

Los modelos teóricos que sustentan la Psicoterapia Cognitivo-Conductual y la Psicoterapia Autógena se traducen en claras diferencias en cuanto a sus correspondientes enfoques de acción terapéutica. Ciertamente que ambos coinciden en la persecución de algún tipo de cambio en el comportamiento humano, pero difieren en cuanto a *sus principios de actuación, a su forma de acción terapéutica y a su foco terapéutico*.

En la Psicoterapia Cognitivo-Conductual *los principios de actuación terapéutica* se derivan de 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 va más allá de manipulaciones ambientales, y utiliza intervenciones conductuales destinadas a instaurar, modificar o suprimir conductas (por ejemplo, a través de modelado, "roleplaying", entrenamiento en habilidades, etc.). 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 ideas irracionales mediante estrategias de afrontamiento, reestructuración y control cognitivo (5, 18).

La 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, planteando en consecuencia 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 (19).

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 simpático) induciendo un estado especial de conciencia, el estado autógeno, que se caracteriza por procesos psicofisiológicos incompatibles con la experiencia 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 decaetaxis de la experiencia con desbloqueo de fijaciones en experiencias particulares (20). En terminología conductual, se podría definir la neutralización como una desensibilización sistemática espontánea, de carácter inespecífico e incidental en el estado autógeno.

La forma de acción terapéutica hace referencia al modo de intervención del terapeuta, que puede diferir en el grado de directividad, el tipo de encuadre y 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. 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 antihomeostática de los comportamientos, ya que no existe un principio de incidentalidad 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 (21). 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) y 2) mantenimiento de un contexto psicoterapéutico general de remotivación, conten-

ción 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.

El *foco terapéutico* se refiere al objeto preferente de intervención, aspecto importante pues determina el tipo de cambio psicológico que se pretende producir. En la Psicoterapia Cognitivo-Conductual se considera como foco u objeto de intervención las conductas, motoras, cognitivas, o fisiológicas, de acuerdo con el modelo de los tres sistemas de respuesta (22). El nivel de intervención es molecular, específico y generalmente periférico. Una técnica se valora en función de indicadores específicos de respuesta, que, en el caso de la cognición, consiste en experiencias ideoverbales conscientes, tales como autoafirmaciones, creencias, autoinstrucciones o valoraciones.

La Psicoterapia Autógena enfoca su intervención en los procesos mentales y no en sus contenidos específicos, dando particular importancia a la continuidad y coherencia de las formas de procesamiento de información que surgen en la inducción de 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) (23). Las intervenciones de la psicoterapia autógena facilitan la promoción de procesos inespecíficos de recuperación psicológica, favoreciendo la asimilación e integración de los registros mnémicos traumáticos, conflictivos o incoherentes, lo cual origina un cambio en la reorganización interna de las experiencias y motivaciones (17, 24).

3. Niveles de intervención

Si aceptamos un gradiente de modos preceptuales 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 perceptual 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" (14) 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 intervencio-

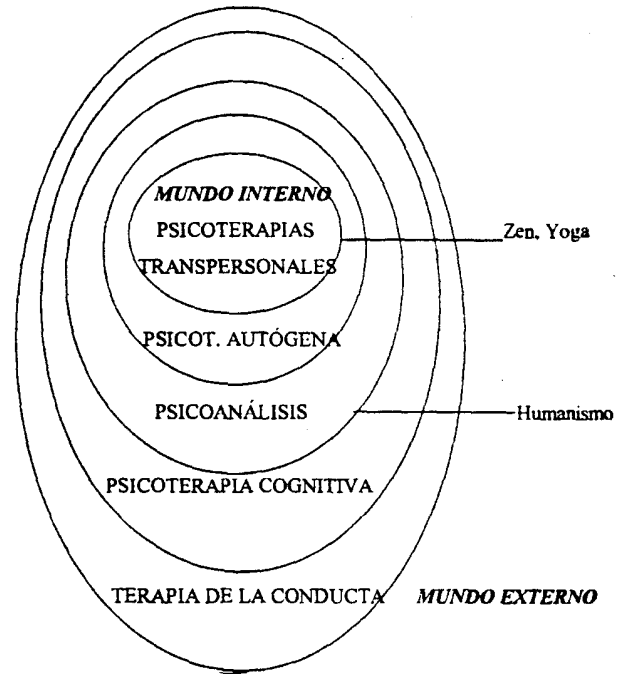


Fig. 3. Las psicoterapias y los estados de conciencia.

nes sobre las funciones mentales que son, operan preferentemente en una determinada franja del espectro de los estados de conciencia, según el modo perceptual preconizado y el conjunto de "constructos mentales operativos" sobre el que basen su intervención. De esta forma, podemos ordenar las psicoterapias según el grado de acceso al mundo interno que su nivel de intervención promueva (25), tal como se representa gráficamente en la Fig. 3. 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 superficial a la verbalización de estados internos simples, actúa en la franja interna inmediata, seguida de las psicoterapias psicodinámicas, que pretenden acceder a constructos habitualmente inaccesibles "inconscientes" para la mente focalizada en el mundo externo. La psicoterapia autógena ocupa una franja inmediatamente interior, no por designio expreso de intervención directa, sino como consecuencia incidental de la técnica específica de inducción del estado autógeno. Es decir, a diferencia de las demás psicoterapias, la psicoterapia autógena no opera en un determinado estado de conciencia 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, relativamente indiferente para las terapias psicodinámicas, y claramente inhibida por las terapias cognitivo-conductuales. El factor de flexibilidad permite que la acción terapéutica, que comienza en el estado autógeno con la percepción y aceptación del mundo interno, avance desde "dentro hacia fuera" a través del espectro de la conciencia. La aceptación de la experiencia interna favorece la regulación de los procesos psicodinámicos, incluyendo el "insight" y la comprensión de las motivaciones inconscientes de las conductas manifiestas, lo cual facilita la reestructuración cognitiva en la franja del subjetivismo donde actúa la Psicoterapia Cognitiva, y posibilita finalmente la adopción y mantenimiento de conductas libres y adaptativas.

Bibliografía

1. Frank, J. D.: *Therapeutic components shared by all psychotherapies*. In M. J. Mahoney y A. Freeman (Eds.), *Cognition and Psychotherapy*. New York: Plenum Press, 1985; pp. 49-81.
2. González de Rivera, J. L.: *El tratamiento multidimensional*. En: A. Vela (Ed.) *Trastornos psiquiátricos resistentes al tratamiento*. Organon Española, Barcelona, 1990; pp. 13-32
3. Kendall, P. C.; Hollon, S. D.: *Cognitive-behavioral interventions: theory, research and procedures*. New York: Academic Press, 1979.
4. Schultz, J. H.: *El entrenamiento autógeno*. Barcelona, Editorial Científico Médica, 1969.
5. Luthé, W.: *The clinical significance of various forms of autogenic abreaction*. *Proceedings Third World Congress of Psychiatry*. Montreal University of Toronto Press & McGill University Press, 1961. vol. III, pp. 485-488.
6. González de Rivera, J. L.: *Autogenic abreaction and psychoanalysis*. En: *Autogenic Therapy*. W. Luthé and F. Antonelli (Eds.) L. Pozzi, Roma, 1975. pp. 158-163.
7. González de Rivera, J. L.: *Psicoterapia Autógena*. En J. L. González de Rivera y A. Vela y J. Arana (Eds.), *Manual de Psiquiatría*. Madrid: Karpos, 1980, pp. 1036-1047.
8. González de Rivera, J. L.: *Del entrenamiento autógeno de Schultz a la psicoterapia autógena de Luthé*. *Psiquis*, 1982; 3:16-22.
9. Zettle, R. D.; Hayes, S. C.: *Rule-governed behavior: a potential theoretical framework for cognitive-behavioral therapy*. En P. C. Kendall (Ed.), *Advances in cognitive-behavioral research and therapy (Vol 1)*. New York: Academic Press, 1982; pp. 76-118.
10. Meichenbaum, D.: *Cognitive-behavior modification: an integrative approach*. New York: Plenum Press, 1977.
11. Ellis, A.: *Reason and emotion in Psychotherapy*. New York: Lyle Stuart, 1962.
12. Shevrin, H.; Dickman, S.: *The Psychological Unconscious. A necessary assumption for all Psychological theory?*. *American Psychologist*, 1980; 35:421-434.
13. Santostefano, S.: *Integrative psychotherapy for children and adolescents with ADHD*. New Jersey: Aronson, 1995.
14. González de Rivera, J. L.: *Especialización hemisférica y estados de conciencia*. *Psiquis*, 1997, 18:45-51.
15. González de Rivera, J. L.: *Creatividad y Estados de Conciencia*. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 1978; 33: 415426.
16. Beck, A. T.: *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. International Universities Press, New York, 1976.
17. Luthé, W.; Blumberger S. R.: *Autogenic Therapy*. In E. D. Wittkower and H. R. Warnes, *Psychosomatic Medicine*. New York, Harper & Row, 1977; pp. 146-165.
18. Santostefano, S.: *A biodevelopmental approach to clinical child psychology: Cognitive controls and cognitive control therapy*. New York: Wiley, 1978.
19. González de Rivera, J. L.: *Psicosomática*. En J. L. González de Rivera y A. Vela y J. Arana (Eds.), *Manual de Psiquiatría*. Madrid: Karpos, 1980, pp. 765-874.
20. González de Rivera, J. L.: *Autogenic Psychotherapy and Psychoanalysis*. In J. Guimón (Ed), *The Body in Psychotherapy*, Basel: Karger, 1994; pp. 176-181.
21. Luthé, W.: *Autogenic Therapy: Applications in Psychotherapy*. Grune & Stratton, New York, 1969.
22. Lang, P. J.: *The application of psychophysiological methods to the study of psychotherapy and behavior modification*. In A. E. Bergin and S. L. Garfird (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley, 1971.
23. González de Rivera, J. L.: *Psicoterapia multidimensional*. *Psiquis*, 1990; 11:246255.
24. Wallnöfer, H.: *Auf der Suche nach dem Ich*. Verlag Stephanie Naglscmid, Stuttgart, 1992.
25. Wilber, K.: *El espectro de la conciencia*. Barcelona: Kairós, 1990.
26. Luthé, W.: *Dynamics of Autogenic Neutralization*. New York, Grune & Stratton, 1970.