

Servicio de Neurología del Hospital Municipal de Ntra. Sra. de la Esperanza, Barcelona
(Jefe: A. Subirana)

EL ENTRENAMIENTO AUTOGENO DE SCHULTZ EN MEDICINA PSICOSOMATICA

J. CODERCH

Nos ha movido a escribir la presente comunicación el deseo de dar a conocer, en sus fundamentos teóricos y prácticos, la más frecuente de las técnicas que en el Servicio de Neurología, así como en otros servicios hospitalarios, venimos empleando con los enfermos psicósomáticos. El entrenamiento del neurólogo alemán J. H. Schultz es una de las más eficaces armas de que dispone el psicoterapeuta para enfrentarse con aquellos enfermos que le remiten sus compañeros, los internistas de diversas especialidades, a causa de no haber sido hallada lesión orgánica que justifique sus perturbaciones, o de que, aún no existiendo aquélla, los trastornos subjetivos son muy superiores a lo que cabe esperar.

El denominador común de estos pacientes es la existencia de un estado de tensión psíquica, de ansiedad, de nerviosismo, mantenidos y enconados muchas veces por dificultades vitales, que se traducen en aumento de tono de los músculos lisos y estriados, alteraciones de la motilidad y secreción gástrica, trastornos metabólicos y sensación permanente de astenia y lasitud.

El entrenamiento autógeno de Schultz intenta luchar contra estas perturbaciones obteniendo, mediante aprendizaje, una relajación psíquica y física del paciente.

La tensión muscular se halla estrechamente unida con la emoción. Respecto al nexo de unión entre la emoción como hecho psíquico y sus manifestaciones corporales, recordemos que Bard y Ricoh, observando la falsa rabia en gatos decorticados llegan a la conclusión de que las manifestaciones emocionales sólo desaparecen cuando se extrae también el hipotálamo.

Respecto al significado de los cambios emocionales que acompañan a las emociones, Canon cree que se trata de preparativos para que el ser vivo pueda enfrentar la causa que provoca dichas emociones.

Hoy día se está de acuerdo en que las emociones se relacionan con centros hipotalámicos y corticales, pero también con localizaciones periféricas, incluyendo todos los tipos de músculos. También se reconoce la importancia del factor tensional periférico en las emociones que subyacen a todo trastorno psicósomático, y esto es lo importante para comprender el mecanismo terapéutico de la relajación.

Por otra parte, la tensión muscular se halla también en íntima relación con las actividades mentales. Ya Carpenter, en sus "Principios de psicología mental", se refirió a un principio ideomotor en el cual se verificaba una simultaneidad entre las ideas y cierta actividad muscular. Los trabajos de Jacobson, en los Estados Unidos, sobre mediciones mioeléctricas, revelaron inequívocamente la existencia constante del elemento motor en toda actividad mental. Pudo recoger, mediante electrodos en

forma de agujas muy finas insertadas directamente en los músculos, los micropotenciales que revelan esa simultaneidad psicomuscular. Este hecho es fundamental para nosotros. Si siempre coexisten lo psíquico y lo muscular, esa coexistencia tendrá determinados caracteres en lo normal, y otros distintos en lo patológico. Por otra parte, aceptando que la psiquis influye en el plano muscular, también enfocamos la posibilidad de que el músculo controle el plano psíquico.

De fundamental importancia es la tensión muscular en enfermedades psicósomáticas y en las neurosis. Es un hecho incontrovertible que todo neurótico es un distónico muscular. Si nos preguntamos la causa de esta distonía en la musculatura del neurótico, nos hallamos ante un sinnúmero de problemas acerca de la correlación entre lo psíquico y lo somático en las neurosis.

Jacobson mostró irrefutablemente, con sus mediciones mioeléctricas, que toda actividad psíquica se acompaña de un cambio en el potencial eléctrico muscular, lo que equivale a una actividad mecánica del músculo en mayor o menor grado. Una de sus experiencias cruciales era la siguiente: un sujeto con el brazo extendido sobre la mesa tenía aplicado al mismo una varilla que marcaba sobre una escala sensible las menores variaciones en la elevación del antebrazo. Si se le hacía imaginar que levantaba su antebrazo, se registraba una elevación real del mismo que alcanzaba unas centésimas de milímetro. Si imaginaba que levantaba el otro antebrazo o cualquier otra acción, no se registraba variación alguna en el primer antebrazo. Así pues, si un fenómeno psíquico consciente determina una variación muscular simultánea, debemos suponer sin temor a equivocarnos que todo el dinamismo psíquico inconsciente deberá tener también su acompañamiento muscular. De aquí surge la rica sintomatología motora que observamos en las neurosis.

Por último, debemos señalar la importancia de la angustia como vivencia psicomuscular desde el punto de vista reflexológico. Los psicoterapeutas han observado que, aun después de aclarados ciertos conflictos, algunos pacientes siguen reaccionando con angustia frente a situaciones cuyo mecanismo habían analizado y comprendido correctamente. ¿Cómo se explica esto? A nuestro juicio debemos buscar la causa de la persistencia de la respuesta angustiosa en un mecanismo de reflejo condicionado. Después de muchos años de reaccionar con angustia ante ciertos estímulos, aquélla adquiere un carácter de respuesta mecánica, refleja y condicionada. El factor patológico que mantiene la angustia no es ya el conflicto reprimido que se agita ante el estímulo, sino la respuesta refleja largo tiempo ejercitada. Recordando la tensión muscular que se encuentra en toda angustia surge, como terapia de este mecanismo, la relajación que, al ser practicada convenientemente, substituye la respuesta angustia-tensión por la de eutonía-relajación.

Desde el punto de vista técnico, recordemos que J. H. Schultz divide su cura en nueve fases, que son las siguientes:

1. Relajación del cuerpo (sentir el peso del cuerpo).
2. Oclusión palpebral (dejar caer los párpados).
3. Relajación anímica (sentirse tranquilo y neutro).
4. Gravitación braquial (el brazo gravita o pesa).
5. Termogénesis (se siente el calor corporal).
6. Normalización cardíaca (se consciencia el pausado ritmo cardíaco).
7. Normalización respiratoria (se consciencia el ritmo respiratorio).
8. Termogénesis abdominal (el vientre está caliente y desprende calor).
9. Enfriamiento frontal (la frente está fría, en relación con la tibieza corporal).

Tales ejercicios deben ser inicialmente controlados por el terapeuta, pudiendo ulteriormente ser realizados por el enfermo a solas.

Recordemos aquí que en este método no se trata de sugestionar al enfermo para que experimente determinadas sensaciones, sino de lograr que realmente se produzcan en su organismo sensibles modificaciones, mediante la íntima unión psique y soma, y el poder de las representaciones plásticas.

Desde el punto de vista práctico, se comienza por instruir al sujeto acerca de las características del método a emplear. Se le explica la importancia del tono muscular, y su relación con el estado efectivo del sujeto, y la situación del hipertono en que se encuentra el individuo ante las exigencias de la vida, en una especie de reacción de alarma anticipada. Luego se instruye sobre la técnica en sí, y sobre las diversas fases de que consta. En primer lugar, se debe llegar a la tranquilización total; luego se debe aflojar el cuerpo, relajándolo hasta los más alejados grupos musculares. Logrado esto, debe procurarse la sensación de peso en los brazos. Otro tanto se debe procurar sucesivamente con las piernas y con el cuerpo en general. Posteriormente, se ritmificará la respiración. A partir de esta fase se ejercitarán las diversas funciones, terminando el cometido al elevar la piel, sobre la que se ejercitará una tranquilización y resolución de sus trastornos, mediante una vasodilatación.

Para terminar, digamos simplemente que todo lo que le falta a esta técnica terapéutica de arsenal farmacológico o de aparato quirúrgico, le sobra en efecto beneficioso sobre los enfermos, que es lo que en definitiva importa.