

Hipnosis y dolor de cabeza persistente

Ps. Boris Araos San Martín

Introducción

En la práctica clínica es frecuente encontrar personas que sufren de cefaleas crónicas u otro tipo de dolores que no se alivian con el tratamiento médico convencional. Los medicamentos analgésicos son muy efectivos para el dolor agudo, pero claramente insuficientes para muchos problemas de dolor crónico, es decir, para aquellos dolores que persisten más de tres meses. La Cefalea o dolor de cabeza es, junto con la Fibromialgia, el Lumbago y los Sd. Miofasciales, uno de los problemas de dolor crónico más frecuentes en Chile

Prevalencia

La prevalencia de cefaleas en mujeres es 78% y en hombres es 68%. Un 38% de las mujeres y un 30% de los hombres llegan a la intensidad máxima de dolor. Un 50% de las personas sufren de este trastorno entre 6 a 10 días al año, un 22% sufren cefaleas entre 11 a 30 días al año, un 11% tiene entre 31 a 100 días de dolor y el 7% de las personas sufren de cefalea más de 100 días al año. (Ziegler DK, Opiate and opioid use in patients with refractory headache. Cephalalgia, 1994; 14: 5-10)

Consecuencias de tener cefaleas persistentes

“A veces siento que el dolor de cabeza me ha destruido la vida. Cuando me dura varios días y nada me sirve, realmente me quisiera morir” (paciente 44 años, casada, 3 hijos)

El dolor de cabeza crónico produce más deterioro en el trabajo, en las relaciones interpersonales y en el ánimo que otras enfermedades crónicas. Dependiendo de la frecuencia e intensidad del dolor, las cefaleas generan Síndromes depresivos y ansiosos, estados de irritabilidad, sentimientos de miedo e indefensión, episodios de angustia, disfunciones sexuales, problemas familiares y aislamiento social.

“Mi marido está aburrido de que no me mejore, en vez de apoyarme se enoja cuando tengo crisis de dolor” (paciente 53 años, casada, 1 hijo)

Las cefaleas más recurrentes o diarias genera trastornos del sueño al 30% de las personas, problemas de concentración a más de 70% y el 36% ha perdido días de trabajo a causa del trastorno. (Ziegler DK, Opiate and opioid use in patients with refractory headache. Cephalalgia, 1994; 14: 5-10).

De acuerdo a varios estudios, se ha podido determinar que los principales factores de riesgo de sufrir cefaleas tensionales son:

- Estrés psicológico
- Trastornos de ansiedad
- Trastornos depresivos
- Fatiga
- Esfuerzo excesivo

- Bruxismo
- Causas físicas mecánicas (postura prolongada del cuello)
- Consumo excesivo de alcohol, cafeína y/o tabaco

(Silver N. Headache (Chronic tensión-type). Am Fam Physiciam. 2007; 76 (1): 114-116)

Por otra parte, los principales factores de riesgo de sufrir cefaleas vasculares o migrañas son:

- Estrés psicológico
- Período menstrual
- El alcohol
- Cambios climáticos
- Uso excesivo de fármacos (cefalea de rebote)
- Alimentos que contienen tiramina (queso)
- Alimentos que contienen feniletilamina (chocolate).
- La depresión

(Cooke LJ, et al. Neurology 2000; 54: 302-7; Salvesen R, Bekkelund S. Headache 2000; 40: 824-9; Lipton RB, et al. Neurology 2000; 55: 629-35).

El estrés emocional puede generar cefaleas vasculares con diversos grados de intensidad en 15-20% de los varones y 20-30% de las mujeres (Raskin NH. Headache. WB Saunders, Philadelphia, 1980)

“Cuando tengo más presión en el trabajo, ando irritable y es seguro que terminaré con una jaqueca” (49 años, abogado, separado, 2 hijos)

Por otra parte, los **rasgos de personalidad** pueden influir en la cefalea. De hecho, las personas obsesivas tienen más probabilidades de sufrir cefaleas crónicas o recurrentes que otras personas. Las características de la personalidad obsesiva son:

- Perfeccionista, obstinado, con alta necesidad de control e impaciente
- Ambicioso, preocupado por los logros y el éxito
- Amante del orden
- Resistente al cambio, expresándolo en forma de inflexibilidad, rigidez y obstinación
- Socialmente reservado, a veces frío o distante
- Poco asertivo, con dificultad para expresar sentimientos agresivos de forma adecuada

(Wolff et al, en Blanchard, Andrasik y Arena. 1983)

La baja asertividad o dificultad para expresar directamente lo que uno piensa, siente y necesita y la dificultad para defender sus derechos y enfrentar adecuadamente los conflictos interpersonales es un factor de riesgo de cefaleas crónicas.

La forma de reaccionar ante el dolor de cabeza también influye en que éste empeore o se alivie. **La Catastrofización** o angustiarse ante el dolor, desesperarse, creer que nada puede hacer por aliviarse y creer que nunca va a mejorar, empeora y hace más crónico el dolor (Linton SJ. A review of psychological risk factors in back and neck pain. Spine 2000; 25: 1148-56. Thrbjornsson et al. Physical and psychosocial factors related to low back pain during a 24 years period. A nested case-control analysis. Spine 2000; 25:369-74. Waddell y

Main Beliefs about back pain In Waddell G The Back Pain Revolution. Churchill Livingstone, Edinburg ch 12 p. 187-202 1998. Jensen et al. Coping with chronic pain: a critical review of the literature. Pain 47 (1991), 249-283).

Experiencias traumáticas en la infancia, como Abuso sexual puede generar cefaleas crónicas en la vida adulta (Berkowitz-CD (1998) Medical consequences of child sexual abuse. Child Abuse & Neglect 22: 541-550).

Se han definido otros factores psicológicos más profundos como causantes de cefaleas. Así Freud, quién sufría de migrañas (Jones, 1953; Schur, 1972), asocia la migraña a conflictiva sexual y a represión amnésica de emociones intensas y penosas (carta 59, 1896).

O. Fenichel, otro brillante psicoanalista, asocia la Ira reprimida con la cefalea: “Cuando una tendencia hostil inconsciente es dirigida a destruir la inteligencia de un objeto, los sentimientos de culpa orientan esta tendencia contra la propia cabeza” (También Garma, 1970 y Brunner, 1949, entre otros, encuentran esta asociación). En este sentido, la migraña sería “la expresión física de una hostilidad inconsciente contra las personas amadas conscientemente...la hostilidad dirigida hacia otras personas, es vuelta hacia sí mismo”

Algunas investigaciones encuentran que los conflictos vitales no resueltos son factores de riesgo de cefaleas vasculares crónicas en algunas personas, la represión de un dilema que se ha vuelto insoluble y cuya importancia permanece inconsciente

Otros investigadores señalan que la cefalea es un problema frecuente en personas que piensan en exceso, que todo lo analizan y le dan excesivas vueltas en su cabeza a los problemas. En ellas sería frecuente el mecanismo de la racionalización

W. Fordyce, de la U. de Washington, encontró que una cefalea se puede hacer crónica o empeorarse en algunas personas cuando las conductas de dolor se refuerzan positivamente (se premian), como por ejemplo,

- Por la cefalea se obtiene más atención de la familia o la pareja
- Se obtienen más licencias médicas y así se evita un trabajo que no satisface
- Se evitan las relaciones sexuales con una pareja que ya no atrae o con quién se tiene una mala relación interpersonal
- Por la cefalea se obtienen fármacos opioides de venta restringida con receta y por el que se ha desarrollado dependencia o adicción

Tratamiento de la cefalea con Hipnosis y Terapia Cognitiva

El tratamiento es efectivo cuando no se limita a indicar medicamentos -que pueden además generar cefaleas por rebote- sino que se integran técnicas de sanación tanto orientales como occidentales, entre las que destacan la hipnosis (Barber, 1996; Ericsson, 1980; Gibson et al., 1991; Kroger, 1963; Wolberg, 1982; Yapko, 1990), la relajación, la meditación mindfulness, ejercicios de yoga y de control mental y técnicas cognitivas:

Hipnosis para la cefalea tensional: Es una técnica que desarrolló J. Barber (1996), de la Universidad de Washington, en que la relajación profunda de la musculatura pericraneal en trance genera alivio del dolor. Parte de la hipnosis dice:

“A medida que dejas que los músculos de tu cabeza se relajen ...más y más profundamente ... dejando escapar toda la tensión acumulada ...notarás que el dolor comienza a disminuir ... mientras más te relajas ... más disminuye el dolor ...”

Además de la hipnosis, es importante **identificar las fuentes de estrés** del paciente, sus conflictos interpersonales y su forma de afrontarlos. Luego se deben cambiar las estrategias de afrontamiento negativas por otras más adaptativas, que permitan una mayor resistencia al estrés y un mejor manejo de éste. Así buscamos eliminar la causa de la cefalea tensional.

Hipnosis para la migraña o jaqueca: También es una técnica desarrollada por J. Barber, en base a una técnica milenaria de sanación del budismo tibetano, donde la visualización en trance hipnótico de los vasos sanguíneos es fundamental:

“ ... puedes visualizar en tu mente ... una imagen de los vasos sanguíneos hinchados ... y lentamente ... al ritmo de tu respiración ... esos vasos sanguíneos están comenzando a deshincharse ... comienzan a relajarse ... a reducir su dilatación ... el flujo de sangre comienza a normalizarse ... a medida que se deshinchán y el flujo de sangre se normaliza ... el dolor va disminuyendo ...”

Autohipnosis: Es fundamental que el paciente aprenda autohipnosis (Capafons, 1998). La persona que sufre cefaleas necesita entrar en microtrance apenas perciba el aura, para detener el proceso de la migraña. Es muy difícil detener la jaqueca cuando ya es intensa. Es factible pararla cuando recién aparece el aura o el dolor. Para eso el paciente debe aprender a entrar en trance por sí mismo (autohipnosis). Habitualmente enseñamos dos técnicas de autohipnosis clásicas, basadas en los fenómenos ideomotores, que son simples, rápidas y efectivas.

Según mi experiencia autohipnosis, meditación, control mental en estado alpha, y trance, son parecidos, son estados distintos de conciencia al estado habitual, en que la mente tiene mayor neuroplasticidad, más control de sí mismo, de las emociones, del funcionamiento corporal y de las sensaciones físicas.

Hipnosis de regresión a la infancia para sanar el trauma: Está indicada cuando existió un trauma en la niñez, ya sea abuso sexual, maltrato infantil o experiencias de pérdida o abandono. Según mi experiencia si no se sana la causa no hay mejoría real y duradera, por más que la persona tome medicamentos, recaerá porque persiste la herida primera, la causante del dolor (Para una fundamentación de esto, véase a Beck, A., Freeman, A., Davis, D. 1995. Terapia Cognitiva de los trastornos de la personalidad. Bs. Aires, Paidós).

Entrenamiento en asertividad: es parte importante del tratamiento el desarrollo de la asertividad, que el paciente no reprima las emociones – ya que quedan en el cuerpo y

generan enfermedades y cefaleas- tampoco que explote, sino que comunique sus emociones de manera directa y con control, moderación.

Terapia Cognitiva: para disminuir las estrategias desadaptativas de afrontamiento al dolor, como es la catastrofización mencionada más arriba, manejo de estrés, ansiedad y depresión, distribución más equilibrada de la actividad y el descanso, del deber y el placer,

Buscar la causa

Osho, un gran maestro del zen y de la filosofía oriental, habla de la «Psicología de los Budas», como una buena perspectiva para tratar el dolor de cabeza. Transcribo parte de su charla dada en la Asociación Médica de Ahmedabad, Gujarat, India. y recogido en el libro “De la medicación a la Meditación”:

“Si tienes un dolor de cabeza, no es que tengas una dolencia, no es que tengas una enfermedad. De hecho, es una señal de tu cuerpo mediante la cual indica que algo marcha mal en el origen; ¡corre al origen! Busca qué es lo que anda mal. La cabeza te está dando simplemente una pista, una alarma:

«Escucha al cuerpo. Algo marcha mal, estás haciendo algo que no es correcto, que está destruyendo la armonía del cuerpo. No lo vuelvas a hacer, de lo contrario el dolor de cabeza te lo recordará».

“El dolor de cabeza no es una enfermedad, el dolor de cabeza no es tu enemigo; es tu amigo. Está a tu servicio. Es absolutamente esencial para tu existencia que el cuerpo pueda avisarte cuando algo va mal. Pero en lugar de cambiar lo incorrecto, simplemente apagas la alarma: te tomas una aspirina. Esto es absurdo. Esto es lo que está ocurriendo en la medicina y en las psicoterapias: que se hace un tratamiento sintomático.

Por eso se pierde lo esencial. Lo esencial es buscar el origen. La próxima vez que tengas dolor de cabeza prueba una pequeña técnica de meditación de forma experimental; más adelante podrás experimentar con trastornos mayores y síntomas mayores.

Cuando tengas dolor cabeza prueba un pequeño experimento. Siéntate silenciosamente y obsérvalo, pero no como si estuvieras observando a un enemigo. Si lo miras como si mirases a un enemigo no serás capaz de verlo correctamente. Lo evitarás; nadie mira directamente al enemigo, uno lo evita, uno tiende a evitarlo. Míralo como a un amigo. Es tu amigo, está a tu servicio. Te está avisando de que algo va mal; mira en esa dirección. Simplemente siéntate silenciosamente y contempla el dolor de cabeza sin ninguna intención de detenerlo, sin ningún deseo de que desaparezca, sin conflicto, sin antagonismo. Solamente míralo, contempla lo que es”.

La efectividad de este tratamiento es alta. Pacientes que sufrían de cefaleas por años ahora están sin dolor y no necesitan medicamentos para el dolor, ni para dormir, ni para despertar, ni para el ánimo, ni para comer menos, ni para comer más.

Pero si quiere mejorar de verdad, sin recaer, necesita cambiar. Necesitará meditar diariamente, llevar una alimentación sana, muy parecida a la recomendada por Yoga y la medicina ayurvédica, con base a vegetales y frutas, poca carne blanca, casi nada o nada de carnes roja, consumo muy moderado del alcohol, poca cafeína y nada de tabaco. Dormir bien, las horas necesarias. Hacer ejercicios físicos.

También deben hacer un cambio en la forma de ver la vida, enojarse menos, evitar la codicia, no dañar deliberadamente a nadie, aumentar la tolerancia y paciencia, moderación de la sensualidad, búsqueda de la calma mental. Parecen muchos requisitos para sentirse bien, pero se logra no sólo la mejoría del dolor de cabeza, sino una mejora de la salud en general, un sentimiento de tranquilidad y de bienestar real, una mayor resistencia al estrés, una visión más luminosa de la realidad, un sentimiento de auto-realización y de expansión de la consciencia.

Caso clínico

La paciente que acudió a mi consulta fue derivada por su neurólogo con diagnóstico de Cefalea mixta, es decir, un dolor de cabeza de tipo tensional y vascular a la vez, de 3 años de evolución. Además, el uso excesivo de ergotamina le ha generado cefalea de rebote. Su dolor es diario, intenso, a veces acompañado de náuseas, vómitos y fotofobia. Ha producido mucho deterioro de su vida laboral y social. También ha deteriorado su ánimo. Se siente irritable, cansada, ansiosa, angustiada.

Hasta ese momento, ella sólo había recibido un tratamiento médico típico, con ergotamina, aspirina, sumatriptán, bloqueadores beta, bloqueadores del canal de calcio y drogas antiinflamatorias no esteroideas para su jaqueca vascular o migraña y relajantes musculares (Tensodox) y benzodiacepinas (Rivotril) para su componente tensional.

Le recomendé que junto con el tratamiento hipnótico siguiera un tratamiento con kinesiólogo para las contracturas musculares del cuello –tal como se lo había recomendado el neurólogo-, meditación mindfulness diaria, para tomar más consciencia de su cuerpo cuando está relajado y cuando está tenso, suprimiera las bebidas cola por el exceso de cafeína, redujera el consumo de carne roja y de alcohol y eliminara cualquier alimento con aspartame por su efecto en la cefalea.

En la escala de susceptibilidad hipnótica de Barber se ubicó en el rango alto, es decir, tiene alta capacidad para entrar en trance hipnótico y generar respuestas hipnóticas como analgesia, anestesia, regresión de edad, amnesia y distorsión del tiempo.

En la segunda sesión de hipnosis respondió bien a las hipnosis propuestas por Barber para la cefalea tensional y para la cefalea vascular. Tuvo un alivio de 30% del dolor. Se le dio de tarea la práctica con autohipnosis.

Al mes de práctica, lograba un alivio del 50% del dolor. Se agregó una técnica de Programación Neurolingüística que, al modificar las características del dolor se alivia el dolor. Con esta técnica y la anterior, la paciente logró un alivio del 80% del dolor y la frecuencia disminuyó a una vez por semana.

Se agregó dos sesiones de hipnosis de regresión y la técnica hipnótica de Crasilneck, desarrollada para dolores intratables. A los dos meses de tratamiento, la frecuencia de las cefaleas disminuyó notablemente (de diarias a una o dos al mes), la intensidad era menor (de EVA promedio 8 bajó a 5) y con autohipnosis lograba aliviar el dolor en un 60% en promedio.

Para solicitar hora de consulta, teléfono 2 610 56 05 (Santiago, Chile)

Bibliografía

Barber; J. (1996). Hypnosis and suggestion in the treatment of pain. A clinical guide. Norton. New York

Beck, A.T. (1991). Cognitive therapy. A 30- year retrospective. *American Psychologist*, 46, 4: 368-375.

Capafons A. (1998). Autohipnosis rápida: un método de sugestión para el autocontrol. *Psicothema*, 10, 571-581

Ericsson M. (1980). Hypnotic Investigation of Psychodynamic Processes. The collected Papers of Milton H. Erickson on Hypnosis. Vol III. Ed Ernest L. Rossi

Gibson, H.B. y Heap, M. (1991). *Hipnosis in therapy*. London: LEA

Jusue, G., Biurrun, A., Fernández, M (2001). Evaluación de la efectividad de un protocolo de tratamiento psicológico. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 58/59: 19-28

Kirsch I., Montgomery G. y Sapirstein G. (1995). Hypnosis as a adjunct to cognitive behavioral psychotherapy: a meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 214-220

Kroger W.S. (1963). *Clinical and Experimental Hipnosis*. Philadelphia: J.B. Lippincott. Ed. Glem.

Pfingten M, Hildebrandt J, Leibing E, et al. Effectiveness of a multimodal treatment program for chronic low-back pain. *Pain* 1997; 73:77-85

Phillips, H.C.(1991). *El tratamiento psicológico del dolor crónico*. Madrid, Pirámide.

Rull, M. Abordaje multidisciplinar del dolor de espalda. *Revista de la Sociedad Española de Dolor* 2004; 11:119 -121

Schultz J.H. y Luthe W. (1959). *Autogenic training : A psychophysiologic approach to psychotherapy*. New York: Grune y Straton

Turner J.A., Jensen M.P. Efficacy of cognitive therapy for chronic low back pain. *Pain* 1993; 52: 169 - 177

Wolberg, L.R. (1982). *Hypnosis: Is it for you?*. New York: Dembner Books

Yapko, M. D. (1990). *Transcework. And introduction to the Practice of clinical Hypnosis.*
Brunner/Mazel Pub. New York

Contacto:

boris.araos@gmail.com

Fono 2610 56 05

Santiago, Chile

Copyright ©2015, por Boris Araos