



PNL y alivio del dolor crónico

por Libuška Prochazka y Richard Bolstad (traducción de Marcel Genestar)

Se puede consultar el artículo original en el siguiente enlace:

<http://www.transformations.net.nz/trancescript/nlp-and-relief-of-chronic-pain.html>

Agradezco a Libuška Prochazka y Richard Bolstad su autorización para publicar esta traducción.

Marcel Genestar

Alivio del dolor e hipnosis

Puede haber pocas tareas más satisfactorias que ver a una persona que ha sufrido el dolor físico durante meses o incluso años y que de repente descubre la forma de crear un bienestar interior total.

El hecho de que ambos seamos profesionales de la salud y practicantes de la PNL ha tenido ventajas para los dos a la hora de escribir este artículo (Libuška es fisioterapeuta y Richard es enfermero). Cada uno de nosotros ha podido aplicar una combinación de PNL y tratamientos médicos estándar para la gestión de clientes con dolor crónico (de larga duración). Sin embargo, como se mostrará en los estudios de caso que exploramos aquí, un Practitioner en PNL sin conocimientos médicos previos puede lograr resultados aparentemente milagrosos en el alivio del dolor.

No es ninguna sorpresa que podamos aprender mucho sobre el alivio del dolor desde la propia Programación Neuro-Lingüística. Los orígenes de la PNL se encuentran parcialmente en el trabajo de hipnoterapia de Milton H. Erickson, cuya capacidad de aliviar el dolor fue estudiado por Richard Bandler y John Grinder en uno de los primeros libros de PNL (1975, p 26-50). Ya en 1850, el cirujano inglés James Esdaile (1957) demostró que la hipnosis podría quitar el dolor agudo de una cirugía mayor, presentando de forma fiable una eficacia comparable a la anestesia química. Ha habido un montón de estudios experimentales que muestran cómo y hasta qué grado el dolor inducido artificialmente se puede aliviar con la hipnosis, pero ahora está bien establecido que los resultados clínicos del método son muy superiores a los experimentales (Hilgard y Hilgard, 1994). En pocas palabras, es mucho más fácil detener el dolor de una persona que va a sufrir un corte en una cirugía de la vida real, de lo que cuesta detener el dolor que ha sido inducido experimentalmente a un voluntario que aceptó sumergir su mano en agua helada durante un pocos minutos.

Este hecho, por sí solo, nos dice algo muy importante sobre el alivio del dolor por "hipnosis". Funciona mejor cuando la persona realmente necesita que funcione. La técnica de la hipnosis no es una droga que funcionará independientemente de la actitud de la persona. Es una técnica que utiliza la actitud de la persona. De hecho, tal como veremos en ambas investigaciones y estudios de caso, el dolor está fuertemente determinado por la actitud de la persona. Por dicha razón, el hipnoterapeuta Joseph Barber recomienda (1996, p 20-21) que la hipnoterapia para aliviar el dolor sólo se debe utilizar cuando:

1. El cliente no se aprovechará de la situación hipnótica para lastimarse aún más (por ejemplo, evitando la evaluación y tratamiento médico necesario; obviamente, alguien con dolor de larga duración se beneficiará de verificar cuidadosamente sus causas físicas antes de eliminar su malestar).



2. El cliente no va a perder otros beneficios derivados de su condición como paciente de dolor (por ejemplo, una compensación económica derivada de una acción legal; estos beneficios son a menudo llamados "ganancia secundaria").
3. El cliente puede gestionar la interacción personal que supone tratar con un hipnoterapeuta.
4. El cliente está dispuesto a asumir la responsabilidad de iniciar su tratamiento.

El dolor y el Cerebro

La investigación sobre el dolor en sí es intrigante porque el dolor no es el fenómeno que la mayoría de la gente piensa que es... o dicho de otra manera; dolor ES sobre todo lo que la gente piensa que es. Permítanos explicarlo...

La piel, los músculos, los huesos y otros tejidos tienen células nerviosas con terminaciones especializadas para responder sólo a los estímulos suficientemente fuertes para causar daños en los tejidos. Estas terminaciones son llamadas nociceptores y se vuelven más sensibles con la estimulación continua (a diferencia de la mayoría de las terminaciones nerviosas, que se vuelven menos sensibles después de un tiempo de estimulación). Los tejidos dañados liberan sustancias químicas tales como las prostaglandinas, que hacen que los nociceptores sean más sensibles y fármacos como la aspirina inhiben la producción de prostaglandinas. Cuando las propias células nerviosas están dañadas, los nociceptores pueden fallar repetidamente, produciendo dolor a largo plazo (crónico) que ya no proporciona al cerebro información útil sobre una lesión o peligro actual.

Los mensajes de los nociceptores pasan a través de las células nerviosas en la médula espinal, donde otras células nerviosas especializadas actúan como interruptores, decidiendo si los mensajes tienen prioridad suficiente para ser enviados al cerebro. El peligro más urgente sube la prioridad de un mensaje de dolor; pero el dolor que acompaña a una experiencia segura y agradable puede ser clasificado como irrelevante y nunca llegará al cerebro. Un producto químico natural que genera nuestro cuerpo, llamado endorfinas (liberadas durante el ejercicio, masaje u otras experiencias positivas, como la actividad sexual) desconectan la señal de dolor apagado en estos casos y los opiáceos como la morfina imitan la acción de estas endorfinas. Lo que significa este mecanismo medular de compuerta es que una persona que está contenta por alguna razón puede no sentir en absoluto el dolor producido por estímulos que son aparentemente bastante dolorosos. ¡Estos estímulos ni siquiera pueden acercarse al cerebro!

Si los mensajes superan el nivel establecido en el sistema medular de compuerta, se transmiten al tálamo en el cerebro y desde allí al sistema límbico, donde la persona responde a ellos emocionalmente. Un bebé que se golpea la cabeza puede sentir dolor extremo mientras está solo, pero relajarse y dejar de llorar cuando está cuidado por alguien conocido. Tales contextos emocionales amplían o reducen las señales de dolor mucho antes de que lleguen a la corteza cerebral y se registren conscientemente. En el caso de un bebé que es "consolado" después de golpearse la cabeza, los estímulos de dolor se han podido sentir, pero se sentían en un contexto tal que no se consideran significativos.

El dolor que persiste o recurre por más de seis meses se llama dolor crónico. El dolor crónico parece alterar el procesamiento en el cerebro, por lo que hay una actividad anormal en los nociceptores en la corteza somatosensorial (la zona del cerebro que finalmente registra las sensaciones cinestésicas que usted entiende que han ocurrido en una parte del cuerpo). Cuando el cerebro se escanea utilizando PET (tomografía por emisión de positrones) esta anomalía es clara. Los estudios realizados por Pierre Rainville, Catherine Bushnell y Gary Duncan (2001) muestran que las sugerencias hipnóticas pueden aumentar o disminuir esta actividad anormal en el dolor crónico y por lo tanto alterar la experiencia del



dolor. Otros estudios más recientes, que utilizan escáneres de fMRI (imagen de resonancia magnética funcional) muestran que la mera expectativa de dolor produce el 40% de la respuesta producida por el dolor "real" en los receptores del dolor en la corteza del cerebro (Porro et alia, 2002). Los investigadores

Dennis Turk y Akiko Okifuji explican los resultados de varios estudios que muestran que "En el dolor crónico, la ansiedad y el miedo relacionado con el dolor pueden acentuar realmente la experiencia del dolor ... Cuando personas con síntomas de dolor se exponen a una situación temida (por ejemplo, subir un tramo de escaleras), algunos experimenten una cascada de respuestas de evitación ... Los pacientes temerosos parecen atender más a las señales de amenaza y también ser menos capaces de ignorar la información relacionada con el dolor ". (Turk y Okifuji, 2002, p 679-680).

En resumen, el "dolor", tal como lo conocemos, es en gran parte el resultado de nuestra forma en cómo pensamos en él. Milton Erickson decía "El dolor es un complejo, una construcción, compuesta de dolor pasado recordado, de la actual experiencia de dolor y el dolor anticipado del futuro... Los estímulos inmediatos son sólo el tercio central de toda la experiencia. Nada intensifica tanto el dolor como el temor de que estará allí a la mañana siguiente... Por el contrario, la conciencia de que el presente dolor es un evento único que conducirá definitivamente a un final agradable, sirve en gran medida para disminuir el dolor". (Erickson, 1980, Vol. 4, p 238).

El modo en que la Hipnosis puede ser usada para alterar el dolor

Esto no niega que la estimulación real de los nociceptores en el cuerpo producirá, a menudo, respuestas dolorosas. Sólo estamos señalando que experimentar dolor requiere mucho más que esta estimulación. La investigación realizada por Harold Crasilneck y James Hall (1985, p 102) muestra que la mejora exitosa del dolor de origen orgánico ("físico") por medio de la hipnosis tiende inicialmente a operar a la misma velocidad que la mejora de analgésicos químicos, tales como la morfina (es decir, desaparece el alivio del dolor en las horas sucesivas). El dolor de origen funcional (es decir, que no puede ser explicado por las condiciones físicas actuales) puede ser inmediatamente aliviado por días, semanas o incluso permanentemente. El propio Milton Erickson sufría de dolor orgánico crónico y necesitaba hacer frente a ese dolor a diario (Erickson, 1980, Vol. 1, p 122). Señaló que el sueño por lo general interrumpe su alivio hipnótico del dolor, de modo que él se despertaba con la necesidad de restablecer el estado. Por esta razón, la mayoría de los hipnoterapeutas recomiendan enseñar a los clientes la auto-hipnosis para hacer frente a su propio dolor orgánico.

Milton Erickson categorizó once métodos para abordar el dolor mediante la hipnosis (Erickson, 1980, vol 4, p 240-245). Estas categorías, que se superponen un poco, son:

1. Sugiriendo directamente que el dolor desaparece.
2. Sugiriendo indirectamente que el dolor desaparece (como hace Erickson en el estudio original de su trabajo que hicieron Bandler y Grinder en 1975, diciendo, por ejemplo en la página 37 de ese libro "Sabes Joe, una planta es una cosa maravillosa, y es tan encantadora, así de agradable sólo para ser capaz de pensar en una planta como si fuera un hombre. Podría esa planta tener buenos sentimientos, una sensación de confort ... ")
3. Creación de amnesia hacia la experiencia pasada del dolor.
4. Creación de entumecimiento o analgesia en el área del cuerpo dolorida. En la hipnosis tradicional esto se hace enseñando a la persona a crear entumecimiento en su mano y luego "transfiriendo" este adormecimiento a la parte afectada del cuerpo.



5. Creación de una anestesia total mayor, haciendo que la persona imagine que está en algún lugar lejos del dolor.
6. Cambiando las sensaciones de dolor en sensaciones de picor, calor, frío u otras sensaciones menos molestas.
7. Desplazando el dolor a un área más manejable del cuerpo (por ejemplo, desplazar el dolor abdominal a una mano).
8. Disociación, haciendo que, por ejemplo, la persona imagine que están al otro lado de la sala, observándose a sí misma.
9. Reinterpretación del dolor como una sensación de pesadez, pulsación o movimiento.
10. Distorsionar la percepción del tiempo, de modo que un período prolongado de dolor parece pasar mucho más rápido.
11. Sugiriendo que el dolor se reduce a sí mismo muy poco a poco; tan gradualmente que la persona ni siquiera puede controlar si esto está sucediendo o no.

Estas categorías no abarcan todas las posibilidades que se nos ofrecen como profesionales de la PNL. La investigación de la relación entre el miedo y el dolor nos recuerda que el uso de procesos de reducción del miedo, como la cura de fobias de la PNL, a menudo eliminan el dolor por completo. Del mismo modo, la investigación muestra que cualquier metodología que da a la persona un sentido de auto-eficacia (definida como una convicción personal de que se pueden llevar a cabo los comportamientos necesarios en la propia vida) reducirá el dolor (Turk y Okifuji, 2002, p 680).

Existe alguna evidencia en las investigaciones que sugieren que los diferentes enfoques hipnóticos afectan a diferentes etapas en el procesamiento del dolor, al igual que hacen diferentes fármacos analgésicos (Donald Price "Hypnotic Analgesia: Psychological and Neural Mechanisms" en Barber, 1996, p 67-84). En primer lugar, algunos enfoques parecen prevenir que el dolor sea percibido por la mente consciente, permitiendo al mismo tiempo que lo registren las zonas profundas del cerebro. Esto produce lo que algunos investigadores, como Ernest Hilgard, llaman "observador oculto" (Hilgard y Hilgard, 1994). En tales circunstancias, cuando se pide a los sujetos de investigación que señalen de manera no verbal si tienen dolor (por ejemplo, pulsando un botón), lo hacen a pesar de que conscientemente indican que se sienten bien. Esto parece ocurrir especialmente cuando se utilizan métodos tales como la disociación para tratar el dolor. En segundo lugar, los métodos de reducción del dolor que alteran directamente la sensación local, por ejemplo mediante la producción de entumecimiento, parecen actuar a nivel de la médula, evitando totalmente que los mensajes de dolor lleguen al cerebro. Un tercer tipo de técnica permite que el dolor llegue a la conciencia, pero altera el significado del mismo mediante la emocionalidad. Una persona subiendo una montaña puede experimentar considerable "dolor", pero su sentido de que éste es un evento muy emocionante anula las sensaciones físicas.

Caso de estudio uno: Curar el miedo cura el dolor

Carmen vino a verme (Libuška) solicitando fisioterapia para tratar el dolor en ambas piernas. Su tobillo derecho había sido reconstruido quirúrgicamente tres años atrás, después de un esguince grave del ligamento. Había sufrido dolor en ambas piernas durante el último año, más o menos. Mientras practica baloncesto y softbol, lleva las piernas vendadas, pero sufre un dolor intenso después de cada partido. Le duelen ambas piernas durante todo el día y el dolor la mantiene despierta por la noche. Ella había probado anteriormente la fisioterapia, ejercicios caseros específicos prescritos por un fisioterapeuta y el uso de plantillas ortopédicas para zapatos y vendar sus piernas. Todas estas intervenciones tuvieron un éxito muy limitado.



Cuando la examiné, estaba nerviosa y ansiosa con de su problema. Podía sentir la hinchazón en el tobillo izquierdo y ella indicó sensibilidad en ambas pantorrillas, sobre todo en la pierna izquierda. La traté utilizando una serie de técnicas de fisioterapia (masaje de tejido profundo, ultrasonido, acupuntura, taping y una revisión de su programa de ejercicios en casa). Después de cuatro sesiones y muy poco progreso, hablé con ella sobre la PNL y tuvo muchas ganas de probar.

Carmen es muy kinestésica. Rara vez me miró directamente a los ojos mientras hablamos, pero gesticulaba mucho y estuvo muy 'en contacto' con los sentimientos en su cuerpo. Muy rápidamente reveló un miedo que había estado con ella durante muchos años y fue capaz de acceder muy fácilmente a los sentimientos que lo acompañaban. Este miedo o fobia, era de subir o encaramarse a cualquier cosa que pareciera endeble, aunque fuera remotamente. Las escaleras fue lo peor, pues se imaginaba a sí misma cayendo por ellas, porque era demasiado pesada. Pensar en escaleras, escalas de mano, vallas, incluso de pie sobre una mesa bastaba para que ella (yo fui testigo de estos hechos mientras hablaba de ello) empezara a sudar, aumentara su ritmo cardíaco y hacer que sus piernas parecieran gelatina.

Le expliqué que cabía la posibilidad de que su dolor en la pierna se presentara como resultado de que su mente inconsciente la estuviera protegiendo de este constante temor que estaba con ella todos los días, limitando muchas de sus actividades diarias. Con el permiso del Carmen decidí utilizar la "Cura de fobias" (Bolstad, 2002, p 57-64).

Cinco días más tarde, hice una sesión de seguimiento con Carmen. Desde el momento en que salió de la clínica después de la Cura de Fobias, no había sentido ningún dolor en sus piernas. De hecho, se sentía tan bien que al día siguiente jugó baloncesto (sin vendas) y explicó cómo otros miembros del equipo comentaron su entusiasmo en el juego. Le dijeron que estaba jugando como lo hacía 'su viejo yo', confiada y mucho más competitiva. No experimentó ningún dolor durante ni después del partido y se sentía tan segura que ella jugó a softball el día siguiente. Una vez más, jugó mejor que nunca, incluso resbaló en una base mientras corría y, de nuevo, sin sentir dolor.

Carmen casi brincaba en la habitación y, al mismo tiempo que la escuchaba decir que se sentía "totalmente diferente", también me pareció mucho más confiada. Revisé la sensibilidad de sus piernas y aparte de una sensación muy leve a la palpación en su tendón de Aquiles izquierdo, no había otra sensibilidad marcada.

Habló de su viejo miedo y dijo que ya no era un problema. De hecho, tenía ganas de subir a la azotea (con seguridad, agregó) para mirar las estrellas con su hija. Esto es al parecer una actividad que su hija hace con frecuencia y ha pedido a su madre hacer con ella desde hace mucho tiempo. Sus palabras: "¡Mi vida ha cambiado totalmente, esto es sencillamente mágico!"

Estudio de caso dos: Pidiendo a la mente inconsciente que haga el trabajo

Janet vino a verme (Richard) diez meses después de una cirugía abdominal. Había sufrido dolor severo durante todo ese tiempo y estaba tomando 60 miligramos de codeína tres veces al día para tratarlo. El dolor era más intenso en la mañana antes de que tomara la codeína y cada vez que retrasaba su toma. Un médico le dijo: "Bueno, parece dolor neuropático. Probablemente lo tendrá el resto de tu vida, así que es mejor aprender a vivir con él." Pero en otra ocasión, una enfermera le había explicado que a veces la gente simplemente se despierta una mañana después de algunos años y se da cuenta de que el dolor se



ha ido. Una reciente resonancia magnética de su abdomen había mostrado que, mientras su enfermedad original había sido limpiada por la cirugía, había una gran cantidad de tejido cicatricial que había dejado la radioterapia que había seguido posteriormente. Esto la dejó convencida de que su dolor era de origen orgánico, noticia que fue muy angustiante.

Después de clarificar su objetivo, comencé explicando a Janet mi convicción de que su cuerpo no sólo podría curar el tejido de la cicatriz, sino también reorganizar las señales nerviosas de manera que se sintiera cómodo. Hice hincapié en que su creencia era un requisito previo importante para el éxito con este cambio. Janet dijo que ella también era consciente, como psicólogo de sí misma, que había ganado la empatía y la comprensión de tener un síntoma claro para contarle a la gente (el dolor) y que dejar ir el dolor significaba dejar ir esta ganancia secundaria.

La invité a relajarse y elevar su brazo, mostrando una catalepsia del brazo (donde el brazo flotaba bajo control inconsciente). Inicialmente, era muy escéptica acerca de esta demostración, preguntándose si su brazo se movía verdaderamente, pero después de unos minutos aceptó que parecía capaz de moverse hacia arriba, abajo y de través sin que ella "hiciera" el movimiento. Le señalé que para hacer esto su mente inconsciente había utilizado todas las habilidades que necesitaría para curar totalmente su dolor.

Luego le pedí a su mente inconsciente que moviera uno de sus dedos para indicar "sí" y otro de sus dedos para indicar "no". Este proceso de señalización ideomotora me permitió preguntarle a su "mente inconsciente" si ya sabía que tenía la capacidad de eliminar el dolor y si la parecía aceptable quitar el dolor. Una vez que accedió a ello, le dije que empezara y que hiciera esto lo suficientemente lento como para que Janet creyera que era posible. Conté a Janet la historia de otro cliente que vino a mí con dolor, y con el que utilicé la misma técnica (escrito en Bolstad, 2002, página 66-69). Luego hice una serie de sugerencias acerca de cómo su mente consciente escéptica podría permitir que este cambio suceda. Todo este proceso llevó más de media hora.

Al final de la sesión, Janet explicó que no tenía dolor alguno. Cuando he realizado el seguimiento, dos semanas después, ella informó que no sintió dolor alguno durante el día siguiente y medio día más. "Me sentí absolutamente maravillosa". El dolor, dijo, había regresado a veces durante las dos semanas y había sido capaz de reducirlo utilizando diversas técnicas de PNL, incluyendo el establecimiento de la meta de ser libre de dolor durante el día en su línea de tiempo. Había reducido su medicación a 30 miligramos dos veces al día e indicó la sensación de que su bienestar, en general, sigue aumentando.

Conclusiones

Estos dos estudios de caso presentan una sesión de tratamiento donde se utilizan procesos que se enseñan en la mayoría de cursos de nivel Practitioner o Master Practitioner en PNL. Se basan claramente en la increíble plasticidad de nuestra experiencia humana del dolor. En ambos casos, los clientes tenían buenas razones para creer que su dolor era insoluble; algo que permanecería igual para el resto de sus vidas. Usando dos técnicas de PNL bastante diferentes, les dimos una experiencia poderosa con nuestras presuposiciones de la unidad del cuerpo y la mente, del efecto de la emoción y la memoria en el cuerpo y de su propia capacidad para hacerse cargo de sus vidas. Estos supuestos fundamentales que subyacen en nuestras técnicas, nacen después de varias décadas de investigación sobre la hipnosis en el alivio del dolor y de muy recientes estudios de exploración del cerebro para aliviar el dolor. Libuška trabajó con su cliente a menos de un mes después de su formación inicial de Practitioner en PNL, lo que demuestra que estas habilidades pueden ser aprendidas muy rápidamente por un profesional convencido. Ambos tenemos varias otras experiencias de aliviar el dolor usando PNL.



Tenemos claro que, mientras que nuestra experiencia como profesionales de la salud nos permite entrar en contacto con este tipo de clientes, para evaluar su estado médico y recomendar congruentemente PNL, estos antecedentes no son necesarios para ejecutar los procesos reales que crean la curación en estos casos. Nuestra esperanza es que este artículo proporcionará algunas de las investigaciones y evidencias anecdóticas que inspiren a otros profesionales de la PNL a lograr estos resultados de manera similar. Por otro lado, esto es asimismo un artículo que otros profesionales de la salud pueden encontrar también de interés. Lo que sugiere es poco menos que una revolución en las técnicas de manejo del dolor.

Bibliografía

- Bandler, R. and Grinder, J. Patterns of the Hypnotic Techniques of Milton H. Erickson, M.D. Volume 1. Meta Publications, Cupertino, California, 1975
- Barber, J. ed Hypnosis And Suggestion In The Treatment Of Pain W.W. Norton & Co, New York, 1996
- Bolstad, R. RESOLVE: A New Model Of Therapy Crown House, Bancyfelin, Wales, 2002
- Crasilneck, H.B. and Hall, J.A. Clinical Hypnosis Allyn and Bacon, Boston, 1985
- Erickson, M.H. The Collected Papers of Milton H. Erickson on Hypnosis (Volumes 1-4) Irvington, New York, 1980
- Esdaile, J. Hypnosis in Medicine and Surgery Julian, New York, 1957
- Hilgard, E.R. and Hilgard, J.R. Hypnosis in the Relief of Pain Brunner/Mazel, New York, 1994
- Keefe, F.J., Lumley, M.A., Anderson, T., Lynch, T., Studts, J., & Carson, K.L. "Pain and emotion: New research directions" page 587-607 in Journal of Clinical Psychology, Number 57, 2001
- Porro, C. A., Baraldi, P., Pagnoni, G., Serafini, M., Facchin, P., Maieron, M., and Nichelli, P. "Does anticipation of pain affect cortical nociceptive systems?" page 3206-3214 in the Journal of Neuroscience, Number 22:8, 2002
- Rainville, P., Bushnell, M. C., and Duncan, G. H. "Representation of acute and persistent pain in the human CNS: potential implications for chemical intolerance" page 130-141 in Annual of the New York Academy of Science, 2001
- Tracey I, Ploghaus A, Gati JS, Clare S, Smith S, Menon RS, Matthews PM. "Imaging attentional modulation of pain in the periaqueductal gray in humans" page 2748-2752 in the Journal of Neuroscience, Number 22, 2002
- Turk, D. C. and Okifuji, A. "Psychological factors in chronic pain: evolution and revolution" page 678-690 in the Journal of Consulting and Clinical Psychology, Number 70:3, 2002

Contacto

Libuška Prochazka es fisioterapeuta y Practitioner en PNL. Puede ser contactada en libuska@hotmail.com

El Dr. Richard Bolstad es Master Practitioner y Trainer en PNL. Ha trabajado con clientes de forma individual y como formador de grupos desde 1990.

Puede ser contactado en PO Box 35111, Browns Bay, Auckland, Nueva Zelanda,

Teléfono / Fax: + 64-9 -478-4895.

E-mail: learn@transformations.net.nz

Sitio Web <http://www.transformations.net.nz>