

Aunque puede sorprender, muchas veces ocurre que los pacientes hablan del dolor de cabeza como si se tratara de un molesto compañero de actividades. Algunos suelen decir que la frecuencia del dolor de cabeza es tal que ya ni siquiera saben cuándo les duele y cuándo no, y casi ninguno recuerda cuando comenzaron los dolores. Los comentarios con respecto a este último punto son siempre los mismos: “creo que me dolió siempre”. Sólo se diferencia el dolor casi permanente de aquel que es tan intenso que no les permite trabajar. Si el dolor permanente pertenece a situaciones patológicas graves, es obvio que no puede pasar mucho tiempo sin que produzca daños irreparables. Es por eso que el primer paso que un paciente jaquecoso debe dar, es eliminar toda sospecha de trastornos patológicos con consecuencias irreversibles (como por ejemplo, tumores o hipertensión arterial), que si no son atendidos de inmediato podrían no tener solución.

Aquellos dolores de cabeza que se prolongan por años, que tienen cierta frecuencia y ritmo (por ejemplo una, dos y tres veces por semana, y en casos extremos casi todos los días), y que guardan relación con los estados de estrés laboral, deben ser sospechados como de origen de contracturas musculares crónicas. Las tensiones musculares crónicas son reflejo de situaciones emocionales contenidas de difícil expresión para quien las experimenta. Todo sentimiento que no es expresado a través del movimiento correspondiente, es contenido dentro del cuerpo por otro movimiento de sentido opuesto que le impide realizarse. Se origina así la contractura o estado de tensión crónico, imperceptible a primera vista, que está dado no por los elementos corporales participantes, sino por el aumento de la tensión muscular local (tono). La energía que alimenta esta tensión es proporcional al sentimiento no expresado, y su duración se hace crónica mientras no se exprese el sentimiento contenido.

Tomaré como ejemplo a una paciente a la que llamaré María. Esta paciente es real pero guardaré su identidad por razones obvias. Ella, se quejaba de padecer fuertes dolores de cabeza durante varios años, que sólo cedían con grandes cantidades de analgésicos que estaban muy de moda a principio de los años 90. Como consecuencia del uso del fármaco los dolores desaparecían, pero los trastornos gástricos pasaron a ser el nuevo problema. Cuando María hablaba de sus dolores de cabeza, no se sabía se quería expresar su molestia o el orgullo de padecerlos. Luego de trabajar manualmente su musculatura durante varias semanas, prescindió totalmente de los analgésicos. Después de unos meses, los dolores cesaron definitivamente.

En la palpación se notaba gran tensión la base del cráneo, que se correspondía con un fuerte dolor en el ángulo superior en el ángulo superior del omóplato (existe un importantísimo músculo que une ambos omóplatos con las primeras vértebras cervicales). Los dos músculos en conjunto, el izquierdo y el derecho, cuando se contraen aumentan su tensión impidiendo que la cabeza caiga hacia delante. Esta tensión sostenida eleva ligeramente los hombros y mantiene erguida la cabeza. En el análisis postural se hacía evidente cómo María sostenía la cabeza por encima de todo; ella era muy alta y su cuello muy largo, lo que le daba un aspecto muy elegante y refinado. Había en María una correspondencia mecánica entre la tensión de sus músculos y su elegante cuello, que caracterizaba la actitud de superioridad que podía reconocerse a los pocos minutos de hablar con ella. Luego de varias sesiones, María se mostró como una buena persona, pero durante el diálogo habló mucho sobre su actividad social y no contó acerca de su vida profesional. Estaba casada con un conocido personaje público, no ejercía su profesión, pero debía estar atenta y dispuesta a los requerimientos sociales. La pobre María no podía relajarse a pesar que siempre hablaba de su cansancio y de sus ganas de abandonar sus frívolas responsabilidades.

Otro caso ilustrativo es el caso de Juan, parecía que su cabeza iba a estallar en cualquier momento. Juan había perdido inesperadamente y en forma trágica a un ser querido. Además de sentir mucho la pérdida, él había heredado toda la responsabilidad económica del grupo familiar. Los músculos de la garganta (y particularmente el esternocleidomastoideo) estaban tan tensos que parecía un físico culturista. Éstos músculos (el izquierdo y el derecho) tienen funciones antagónicas entre sí y se anulan mutuamente, por eso la cabeza no gira completamente (movimiento que impide por ejemplo decir un “no” rotundo). Estos músculos tensos comprimían la laringe y motivaban otra queja del paciente, habitualmente se atragantaba con cualquier bocado de comida. Cuando se le preguntó a Juan cuánto hacía que no lloraba, contestó que había pasado tanto tiempo que no recordaba cuándo había sucedido la última vez. Pero si lo sorprendió la pregunta, no le sorprendió que lagrimease cuando se le manipularon los músculos de la región para alinearlos, balancearlos y a la vez despegarlos de los músculos más profundos. Al preguntarle por la pérdida del ser querido, las pocas lágrimas se transformaron en un corto llanto que fue rápidamente controlado. Se observó luego una ligera relajación casi proporcional a las lágrimas que había derramado, describió que tenía la sensación que sus músculos se habían despegado ya la mismo tiempo había experimentado una sensación de desahogo. Juan tenía ahogado el llanto por la tensión crónica de los músculos esternocleidomastoideos y de otros más periféricos. Éstos en su extremo superior presionaban los nervios cervicales que rodean las primeras vértebras y daban un fuerte dolor de cabeza con sensación de estallido.

Después de aquella sesión que aparecía como el principio de la solución del problema, Juan se retiró con mucho entusiasmo, pero días más tarde se disculpó telefónicamente aduciendo que sus actividades no le dejaban tiempo para continuar con la terapia, y sorprendentemente nunca más volvió.

Ya que cada dolor de cabeza o corporal, se caracteriza por relacionarse con uno o varios episodios de tipo emocional (cada persona debe hacer su propia deducción al respecto), es bueno dejar en manos de un profesional especializado en psicología los aspectos más objetivos del conflicto emocional, y en las de un kinesiólogo el análisis biomecánico de las tensiones que están conteniendo el sentimiento.

Para comprender lo indivisible de la relación cuerpo-sentimiento y ayudar a pacientes y profesionales, la siguiente descripción es una clasificación de la mayoría de los dolores de cabeza.

Dolor de hemi cabeza

Comienza generalmente por las mañanas con un dolor localizado en la nuca y en los hombros, generalmente de un solo lado. El dolor avanza con intensidad y se instala como una fuerte presión detrás del ojo correspondiente. Con el avance de las horas aparecen dificultades en la visión de ambos ojos, expresadas por la molestia al observar o al sentir el reflejo de la luz (fotofobia). Es común observar pérdida del apetito y sensación de náuseas, motivo que lleva al paciente a creer que tiene un ataque de hígado sin que entienda su origen, ya que no ha comido nada que justifique dicho mal. La duda es lógica, porque no existe relación con la comida. Lo que sucede en realidad es que los músculos que unen la escápula con la apófisis mastoides y las primeras vértebras cervicales con el cráneo, están extremadamente tensos entre ellos. Existe una relación de espacios que son atravesados por nervios y arterias; al estar tensos los músculos estos espacios disminuyen notablemente su tamaño y a veces llegan a ser casi nulos. Se produce entonces una alteración en las funciones de cada uno de esos nervios y arterias, y fundamentalmente en un nervio conocido con el nombre de Arnold (se origina en la segunda raíz cervical con ramas de la primera y la tercera), que es el responsable de la activación del movimiento de los músculos planos y finitos que tenemos en la cabeza. Estos también entran en una fuerte tensión, provocando dolores irradiados que provocan la sintomatología que acabo de describir. De la misma forma un nervio más pequeño llamado vertebral, que no es menos importante que el anterior pero que se dirige hacia abajo y llega al

estómago, cuando la tensión es extrema también es comprimido, y es aquí donde se produce esa extraña situación digestiva que se manifiesta con ganas de vomitar o náuseas, pero que son de tipo simpático y no tienen relación con lo que uno haya comido.

La causa de toda esta cadena de tensiones musculares está siempre relacionada con el enojo no expresado. La cabeza se echa hacia atrás y los hombros se elevan ligeramente; este movimiento es el que los seres humanos realizamos cuando nos preparamos para ejecutar un acto violento con los brazos o con la mandíbula, o para realizar algún tipo de grito que exprese en forma física nuestro enojo. Cuando no existe este desahogo, la tensión posterior se mantiene por varias horas e inclusive mientras dormimos; por eso es común que este dolor aparezca luego de una jornada tensa y complicada. El paciente suele justificar su contención argumentando que no encuentra a quién echar la culpa de sus problemas.

En las personas ansiosas que esperan resultados en poco tiempo, este dolor es sumamente común, pero también es frecuente encontrarlos en personas con problemas de astigmatismo visual donde el problema de acomodación de la vista no está resuelto y existe una tendencia a lateralizar la cabeza para poder enfocar mejor. En estos casos el dolor ocurre en el mismo lado que se lateraliza la cabeza.

Dolor frontal

Los pacientes relatan este dolor mientras apoyan una mano encima de los ojos, sobre la franja de 2 o 3 centímetros de ancho que pasa por la parte superior de las cejas. Este dolor se asocia con una pérdida de la calidad de la visión y la fotofobia. Al contrario de lo que se piensa, no guarda relación con problemas de miopía, pero todo esfuerzo gestual que se realiza con la cara lo desencadena. Generalmente, lo padecen personas en un permanente estado de

preocupación que viven con el ceño fruncido. El segundo elemento es determinante, es el excesivo consumo de cigarrillos o en quienes no fuman, el dolor aparece cuando en un salón, el aire se encuentra viciado por el humo del tabaco.

Es interesante también destacar como dato que, cuando uno trabaja con estos pacientes que son grandes fumadores, luego de 10 o 15 minutos de trabajo de elongación manual en los músculos del cuello, se desprende de su aliento y de su piel un fuerte olor a nicotina. Si bien este dato no pretende ser una conclusión, deja claro que existe alguna relación entre el cigarrillo y los dolores de cabeza. Tengamos en cuenta que si atribuimos el dolor de cabeza a una actividad gestual relacionada con la preocupación, es común que las personas preocupadas tengan un cigarrillo en la mano.

Dolor en la base del cráneo o

de la parte más baja de la cabeza

Casi siempre se amanece con este fuerte dolor que se va incrementando durante el día. Además, va acompañado como los dolores anteriores, de fotofobia y a veces de sensaciones de náuseas. Aunque parezca gracioso, el paciente siente vergüenza al comentarlo; dice que le duele el pelo, cosa que es correcta y cierta, porque en realidad cuando uno se toca el pelo está movilizándolo el cuero cabelludo y en realidad el dolor se origina en esa zona. Este dolor se origina por la fuerte presión que se realiza con la mandíbula durante el sueño. Las personas que lo padecen –según sus compañeros de sueño- duermen con la boca tan apretada, que sus dientes rechinan y despiertan al cónyuge. Cuando se levantan a la mañana y van a lavarse los dientes, encuentran que al pasar el cepillo las encías sangran. Este es otro importante síntoma de la presión que han realizado los músculos masticadores, en particular el llamado masetero que es el músculo que desde el punto de vista biomecánico tiene el mejor ángulo de tracción, lo que lo convierte (a pesar de su pequeño tamaño), en un músculo muy poderoso que ejerce 250 kilos de presión por centímetro cuadrado. Es el que antiguamente los seres humanos utilizaban para desgarrar la carne cruda que comían de la presa que habían cazado.

Hoy en día con la modalidad de las comidas rápidas, a la carne prácticamente no hay que

masticarla, creando así una tendencia a la formación de una mandíbula más chica y a un menor uso de los músculos que intervienen en dicha acción. Pero en el hombre actual, la fuerza de estos músculos es muy importante y al apretar fuertemente los dientes, producen lesión en la articulación correspondiente a la mandíbula y tensión en la nuca.

Cuando los seres humanos se dedicaban a la caza, el elemento más importante de su cuerpo para agredir a la víctima era la boca, y una ligera inclinación de la cabeza hacia atrás (para clavar los dientes superiores y luego apretar la mandíbula sobre la víctima), constituía el movimiento previo al mordiscón. Es claro que este movimiento agresivo ha quedado guardado en nuestro inconsciente y cuando vivimos jornadas de alto estrés y de competencia, toda esa agresividad quiere ser descargada. Incluso lo logramos a la noche cuando dormimos haciendo el movimiento más agresivo y primitivo que tienen los seres humanos, que es morder. Al dormir, apretamos fuertemente nuestros dientes y tensionamos los músculos posteriores que, de alguna manera pretenden darle ubicación a la cabeza para fustigar a la víctima.

Mientras no se solucione la represión de la conducta agresiva de la persona, pasará siempre sus noches con los dientes bien apretados en mayor o en menor medida, de acuerdo a su circunstancia social.

Si bien existen aparatos para colocar entre los dientes que son de uso odontológico, lo único que hacen es evitar (nada más y nada menos) que los dientes se desgasten y se terminen rompiendo, como ocurre en más de un caso; pero no modifican la situación de tensión de los músculos posteriores de la cabeza, ni de la mandíbula. Para liberar de entre ellos los primeros nervios cervicales (que son los responsables del dolor del cuero cabelludo y que el paciente refiere graciosamente como “me duele el pelo”), es necesario trabajar manualmente en forma de elongación, fundamentalmente en la base de la nuca los elementos nobles que quedan atrapados.

Cuando se le pregunta al paciente si además de dolor, encuentra que al peinarse por la mañana está perdiendo mucho pelo, se sorprende porque sí ha advertido este hecho. El cuero cabelludo y los músculos superficiales del cráneo se ponen tan tensos, que el bulbo piloso se ve muy mal irrigado y la pérdida de la calidad del pelo es inmediata.

Cuando los pacientes refieren que han iniciado algún tipo de terapia psicológica y han sido medicados con ansiolíticos, los dolores de cabeza desaparecen. Por supuesto que no niego la solución a través de los ansiolíticos, pero queda claro que cuando químicamente se anula la

agresividad desaparecen los dolores de cabeza; lo ideal es seguir con la terapia y eliminar los ansiolíticos y la agresividad a través de una correcta comprensión de los problemas.

Por otra parte, el daño muscular producido por una tensión permanente se puede solucionar a través de manipulaciones de elongación manual y ejercicios de tipo postural que restablezcan la relación de la columna cervical con el aparato masticatorio.

La agresividad no sólo se canaliza con los mordiscones; la actividad física de tipo aeróbica como andar en bicicleta, nadar, caminar o correr, promueven un gasto de energía importante y ese gasto de energía hace que la persona agresiva, de alguna manera “descargue a tierra todas sus tensiones”. Muchas veces esa misma agresividad hace que una persona practique actividades físicas en exceso, y comienzan así otro tipo de problemas particulares (lesiones en rodilla, lesiones lumbares y de la columna cervical), por correr excesivamente en terrenos muy duros y/o con un mal calzado.

Una técnica muy utilizada para aliviar los músculos masticadores es la de trabajar dentro de la boca del paciente. En estos casos el kinesiólogo trabaja con guantes de cirugía a fin de poder manipular los músculos por dentro y por fuera, haciendo palanca y alineando la tensión de los poderosos maseteros. Cuando se trabaja solamente por la parte externa de los músculos se pierde más del 50% del terreno a trabajar y obviamente los resultados se obtienen a medias.

Ahora referiré el caso de un paciente que llamaré Carlos, quien en la primera visita me sorprendió por el inmenso tamaño de los músculos de su cara. La textura de su cuerpo era pequeña pero tenía la cara que parecía de un verdadero gigante. No había relación entre el formato de su mandíbula y el tamaño de su espalda. En el diálogo que mantuve con Carlos, sostuvo que la tensión de sus músculos masticadores había llegado a tal punto que había fracturado uno de sus dientes. Trabajé con este paciente durante varios meses al cabo de los cuales había disminuido notablemente la intensidad y la frecuencia del dolor de cabeza, pero nunca había desaparecido totalmente, como tampoco lo habían hecho las molestias de la región mandibular. El paciente se negaba sistemáticamente a realizar una terapia psicológica en la que pudiera analizar el por qué de tanta agresividad contenida.

El trabajo kinesiológico se había limitado en sus objetivos, a evitar daños mayores y a replegar en modo substancial la sintomatología, pero su desaparición completa pudo lograrse finalmente por medio de una terapia psicológica. El remover todo el contenido inconsciente sobre la agresividad había aumentado los síntomas en un principio, pero con el correr de los meses

desaparecieron en forma definitiva.

A pesar de pertenecer a la región cervical, voy a destacar el dolor de la nuca junto con los dolores de cabeza, porque siempre va acompañado de cualquiera de las descripciones que hice antes. El dolor de la nuca, especialmente de la parte posterior y alta, está relacionado también con las mismas tensiones emocionales que producen los dolores de cabeza y tiene que ver con la musculatura más profunda. Por mantener un eje permanente que podría traducirse como gesto (el de mantener erguida la cabeza ante cualquier situación), la musculatura se haya pegada a las vértebras (por decirlo de alguna manera). Las personas que se encuentran presionadas a sobrellevar esta actitud, enfrentan una difícil situación, no solamente como símbolo sino también desde lo físico. Los músculos paravertebrales se tensionan juntando una vértebra sobre la otra, y éstas, presionan fuertemente sobre los discos y las raíces nerviosas que ahí afloran, provocando dolor, no sólo de la nuca sino también con radiaciones hacia hombros y brazos, e incluso hacia la cabeza cuando la tensión es muy alta. En este caso el trabajo es doble, porque primero hay que trabajar los músculos superficiales de la nuca para poder acceder sin provocar dolor a la musculatura más profunda, la que encontraremos totalmente fibrosaza. Es decir, que entre las fibras musculares encontraremos gran cantidad de tejido conjuntivo dado que el cuerpo siempre busca una solución económica a sus problemas de gasto de energía, grandes bandas de tejido fibroso comienzan a reemplazar la función y mantienen la cabeza firme, pero en definitiva son un verdadero obstáculo para el movimiento ya que generan malestares y dolor.

La aplicación local de hielo es de gran efectividad en cualquiera de las patologías mencionada a lo largo de este capítulo. Es importante recordar que los resultados de la aplicación terapéutica del hielo o fría (conocida con el nombre de crioterapia), dependerán de la cantidad de temperatura a utilizar, de la duración de su aplicación y de los masajes que se realicen con una misma pieza de hielo.

Frente a sistemáticos dolores de cabeza, está comprobado que cuando se aplica hielo en forma directa –sobre la región de dolor- durante aproximadamente 20 minutos, los dolores disminuyen a tal punto que algunas veces casi desaparecen o solamente dejan muy ligeras molestias. Esto ocurre porque el frío disminuye la capacidad de conducción de los nervios, que conducen a una determinada temperatura, la cual al descender anula la conducción nerviosa y por lo tanto produce anestesia local.

La aplicación local de hielo actúa en contraposición al calor en casos de inflamación, produciendo un importante alivio.

