

# Enfoque integrativo multidimensional e intervenciones mente-cuerpo en el manejo del dolor crónico: el caso de una adulta mayor

Juan Pablo Cornejo D.<sup>(1)</sup>, Paulina Angélica Barros L.<sup>(2)</sup>

*<sup>(1)</sup>Unidad del Tratamiento del Dolor, HCUCH.*

*<sup>(2)</sup>Facultad de Medicina, Universidad de Chile.*

## **SUMMARY**

*Chronic pain is common in older adults, it is difficult to handle and has important medical and psychiatric comorbidity. A case of Elderly with chronic pain who received integrative multidimensional psychotherapy. Favorable changes seen in reduction of pain and life quality. It argues that the multidimensional integrative psychotherapy can be effective in the management of chronic pain in older adults.*

## **INTRODUCCIÓN**

El dolor crónico (DC) es frecuente en los adultos mayores (AM). Es causa importante de morbilidad psiquiátrica y médica. El manejo del DC en AM es difícil y requiere un enfoque multidimensional<sup>(1)</sup>.

El objetivo de este trabajo es describir el enfoque de manejo multidimensional e intervenciones mente-cuerpo en mujer AM con DC e importante comorbilidad psicológica, enfatizando el rol de la psicoterapia multidimensional.

## **CASO CLÍNICO**

Mujer de 74 años, con antecedentes de depresión mayor recurrente, sin intentos suicidas, hipertensión arterial sistólica leve, trastorno de la marcha, neuralgia trigeminal atípica, artrosis múltiple y dolor músculo-esquelético difuso patrón fibromialgia, en tratamiento psicofarmacológico hace tres años con dos antidepresivos duales (duloxetina en 60mg y clomipramina 75mg), AINES (paracetamol 1g cada 8 horas), dos antineurálgicos (carbamazepina 600mg y pregabalina 150mg) y opioides débiles (tramadol 100mg), con respuesta discreta

a dosis máximas toleradas. Autovalencia evaluada con EMPAM, índice de Barthel y escala Pfeifer. Derivada a Psiquiatría para manejo coadyuvante del dolor. Se realiza evaluación psiquiátrica multiaxial y se inicia proceso de psicoterapia con enfoque integrativo multidimensional e intervenciones mente-cuerpo, recibiendo psicoeducación, intervenciones cognitivo-conductuales-relacionales, intervenciones psicodramáticas, psicocorporales, imaginería y *mindfulness*, con una frecuencia cada 15 días por 1 año.

Se evaluó mejoría del dolor y funcionalidad con escala visuo-analógica, BPI (*brief pain inventory*), escala de funcionalidad de Sheehan, PHQ 9 y escala de Beck para depresión, ansiedad y fatiga, TAS20 para alexitimia y escala OPD2, incluido módulo corporal para evaluar conflictos relacionales, funcionamiento interpersonal e integración de este funcionamiento con la corporeidad. Se construyeron focos de trabajo multidimensionales. A la evaluación presenta cuadro depresivo moderado con angustia generalizada, síndrome de dolor de sensibilización central patrón fibromialgia con importante disfuncionalidad en actividades de la vida diaria, personalidad con funcionamiento relacional en relación a dependencia- autonomía, necesidad de cuidado-autonomía y necesidad de sobrecontrol-pérdida del control, importante alexitimia evidenciada en represión de la vivencia emocional, arroja al cuerpo sus emociones displacenteras y corporalidad medianamente disociada. No hay deterioro cognitivo importante. Disfuncionalidad moderada a severa en la vida social, familiar y actividades productivas. EVA dolor 7-8/10 en gran parte del tiempo, disminuyendo 5-6/10 tras administración de medicación de rescate. Fatiga intensa

gran parte de los días de la semana; EVA de fatiga 6/10.

Tras las intervenciones, en 4 sesiones el dolor ha disminuido en un 40% y sintomatología ansiosa, en un 50%. Se alcanza remisión total depresiva a los 5 meses de tratamiento, llegando a eutimia. A los 6 meses el dolor ha disminuido en 75% del basal y funcionalidad mejora en un 50%. La fatiga ha disminuido en un 50%, estando presente en no más de dos días a la semana y sin repercusión importante en la funcionalidad; presenta EVA fatiga 2/10. A los 12 meses mantiene remisión ansiosa-depresiva, mejora funcionalidad en un 80%, y dolor crónico estable en 20-25% del EVA inicial, EVA 2-3/10 sin gran repercusión en la funcionalidad diaria. El puntaje en escala de Alexitimia disminuye 50%. Mejora comprensión de síntomas y expresión emocional, identifica factores relacionales gatillantes. Logra un mejor manejo de las emociones disfuncionales y genera estrategias del manejo corporal de éstas. Disminuye dosis de analgésicos (paracetamol 1gr al día) y opiodes débiles (tramadol 100mg 10 gotas de rescate, necesitándose en forma muy excepcional). Se elimina un antineurálgico (se elimina carbamazepina y queda con pregabalina 112,5mg día) y queda con un antidepresivo (desvenlafaxina 100mg día, suspendiendo clomipramina y duloxetina). Con este nuevo esquema de fármacos mejora equilibrio y marcha. A los 14 meses de iniciado tratamiento, mantiene remisión sintomática y logros.

## DISCUSIONES Y CONCLUSIONES

El enfoque psicoterapéutico integrativo multidimensional tiene como objetivo fundamental la mirada ecológica multisistémica del problema a

ser abordado, por tanto, se comporta como un tratamiento psicosocial intenso con importante componente individual, relacional familiar, relacional social y ecológico<sup>(2)</sup>.

El enfoque psicoterapéutico integrativo multidimensional se desarrolla inicialmente en los años 70 en EEUU y Canadá con el Dr. Richard Erskine, integrando las psicoterapias afectivas, cognitivas, conductuales y de orientación corporal, dentro de la perspectiva de sistemas relacionales. Los conceptos centrales de la psicoterapia integrativa multidimensional proporcionan los métodos para el abordaje de distintas enfermedades médicas, especialmente de carácter crónico y con componentes multidimensionales<sup>(2)</sup>.

La psicoterapia integrativa adopta una actitud hacia la práctica de la psicoterapia que declara el valor inherente de cada individuo. Es una psicoterapia de unificación que responde de manera apropiada y eficaz a la persona en el plano afectivo, conductual cognitivo y fisiológica de su funcionamiento con sus aspectos sociales, sistémicos y transpersonales, pues también trata la dimensión espiritual de la vida. El término integrativo se refiere al proceso de integrar aspectos de la personalidad en el individuo en tratamiento, proceso de crear totalidad. Se alude, en este sentido, a la flexibilidad del terapeuta en la utilización de distintas técnicas y recursos de los distintos enfoques de la psicoterapia para individualizar luego el tratamiento del paciente.

La estructura conceptual que organiza la psicoterapia integrativa multidimensional es el modelo ecológico propuesto por Bronfenbrenner, en el que se propone que la realidad familiar, social y

cultural deben concebirse organizadas en un sistema articulado, compuesto por distintos subsistemas que a su vez se relacionan entre sí de modo dinámico. Dentro del entorno ecológico existen subsistemas que componen a la persona y a su realidad. Bronfenbrenner identifica los siguientes contextos:

- Macrosistema (formas de organización social, sistemas de creencias, estilos de vida que prevalecen en una cultura o subcultura particular)
- Ecosistema (la comunidad más cercana, instituciones que median entre la cultura y el nivel individual)
- Microsistema (la familia y el intercambio persona/ambiente)<sup>(3)</sup>

El individuo es una entidad dinámica que se adentra y reestructura progresivamente al interior del medio en el que vive. Existe una relación bidireccional e influencia recíproca individuo-ambiente; desde ahí se explica la conducta humana, desde una dinámica relacional individuo-multisistemas.

Desde la psicoterapia, el modelo ecológico multidimensional propuesto por Corsi (2005), en una evolución de la psicoterapia integrativa multidimensional, distingue 4 dimensiones psicológicas interdependientes dentro del microsistema del individuo.

- Dimensión cognitiva (estructuras y esquemas cognitivos, formas de percibir y conceptuar el mundo)
- Dimensión conductual (repertorio conductual en el ambiente)
- Dimensión psicodinámica (dinámica intrapsíquica en distintos niveles de profundidad)

- Dimensión interaccional (pautas de comunicación y relación interpersonal, incluye la corporalidad)<sup>(3)</sup>

La integración en la terapia surge como una interacción entre las dimensiones y por la reciprocidad de la influencia. Así se infiere que un cambio en cualquiera de las dimensiones ocasionará modificaciones en las otras.

Las intervenciones mente-cuerpo son muy populares en EEUU y Canadá. Se estima que al menos un 20% de la población asiste, al menos una vez al año a este tipo de intervenciones, siendo el dolor físico uno de los principales motivos de consulta. Las intervenciones mente-cuerpo se centran en el entrenamiento de generar conciencia del estado corporal o físico a través de técnicas que han demostrado eficacia en el manejo del dolor crónico<sup>(4,5)</sup>. Entre estas técnicas se encuentran:

Técnicas de relajación muscular progresiva (Jacobson) y técnicas de respiración<sup>(6)</sup> que se orientan a la disminución de la tensión muscular, la angustia y la molestia.

Biofeedback<sup>(7)</sup>: técnica diseñada para controlar la respuesta fisiológica que ayuda al sujeto a controlar la puerta de entrada del proceso que inicia el dolor.

Conciencia plena (*mindfulness*)<sup>(8,9)</sup>: atención plena a la sensación de aquí y ahora con nuevos ojos, se elimina el juicio y la respuesta de alerta inmediata que genera el dolor. Esta práctica ha demostrado ser efectiva para tratar el dolor crónico.

Técnicas de hablar con el cuerpo y focalización corporal: son técnicas derivadas del modelo psicodramático que enseña a la persona a conectar

con su propio cuerpo o con partes de él, a la vez que reconoce las diferentes sensaciones que éste les transmite. Esto permite una mayor autoconciencia y manejo emocional. Se cambia la percepción del dolor, usando una *voz* desde el cuerpo, para que el sujeto dialogue con éste y logre entender lo que le sucede, generando la integración del síntoma corporal.

Hipnosis y autohipnosis<sup>(10,11)</sup>: técnicas que ayudan a modular el procesamiento activo nociceptivo, contribuyendo al cambio de la experiencia total del dolor. Se propicia un estado de sugestión hipnótica (susceptibilidad a influencias cognitivas emocionales, vía generación de un estado alfa con disminución de la actividad cognitiva activa y una sensación generalizada de relajación), producido desde afuera o por el mismo individuo, el cual lleva a un cambio fisiológico en el procesamiento del dolor.

Meditación<sup>(12)</sup>: generación de un estado de atención concentrada en un objeto externo, pensamiento, lugar, imagen, deidad, donde la propia conciencia o el propio estado de concentración generan cambio de la percepción dolorosa.

Yoga y tai chi<sup>(13,14)</sup>: a través del yoga y el tai chi se entrena la reflexividad, la atención, la armonía corporal, el equilibrio, aumentan la energía, mejoran la respiración y la salud circulatoria, alivian el dolor, aumentan la vitalidad, producen relajación, sobre todo en el manejo de situaciones estresantes y contribuye a fomentar el pensamiento positivo y la autoaceptación. En el aspecto espiritual promueve la conciencia de los sentimientos propios, del cuerpo y el medio ambiente. Fomenta la confianza entre el cuerpo, la mente y el espíritu.

El entrenamiento de la conciencia en las descritas intervenciones mente-cuerpo presenta eficacia en aliviar malestar psicológico, síntomas depresivos, síntomas ansiosos, dolor crónico y mejoría bienestar general.

Las intervenciones mente-cuerpo tienen cierta semejanza con las terapias enfocadas en la aceptación y el compromiso, buscan incrementar la flexibilidad psicológica entendida como la capacidad de contactar con el momento presente de modo más completo, como ser humano consciente, para así facilitar cambios en su conducta<sup>(15)</sup>.

Estas intervenciones se enfocan a la realidad del momento presente, en el estado mental del aquí y ahora, en las situaciones corporales y emociones

circundantes con apertura y sin juzgar los pensamientos y reacciones emotivas desencadenadas. Por lo tanto, requiere, en general, una intención especial de mantener la conciencia del aquí y ahora<sup>(16,17)</sup>.

Así, las intervenciones psicoterapéuticas multidimensionales con foco en dolor crónico podrían jugar un rol importante en el manejo del dolor crónico en AM que estén aptos para recibir psicoterapia. El dolor crónico en adultos mayores requiere manejo multidisciplinario. Las intervenciones no farmacológicas son indispensables para su control y para la disminución de las dosis de fármacos utilizados y de las reacciones adversas.

## REFERENCIAS

1. Cornejo JP, Barros P, Miranda JP. Enfoque psicoterapéutico integrativo multidimensional e intervenciones mente-cuerpo en el manejo del dolor crónico: un paso más allá de la terapia cognitivo-conductual. *Revista El Dolor* 2015;63.
2. Erskine R, Richard G Erskine. *La Psicoterapia Integrativa en acción*. Ed Desclee de Brouwer, Bilbao, 2014.
3. Corsi J, Mucci M. *Psicoterapia integrativa multidimensional*. Buenos Aires: Ed. Paidós 2005.
4. Nielson WR, Weir R. Biopsychosocial approaches to the treatment of chronic pain. *Clin J Pain* 2001;17(4 Suppl):S114-27.
5. Austin JA. Mind-body therapies for the management of pain. *Clin J Pain* 2004;20:27-32.
6. Emery CF, France CR, Harris J, Norman G, Vanarsdalen C. Effects of progressive muscle relaxation training on nociceptive flexion reflex threshold in healthy young adults: a randomized trial. *Pain* 2008;138:375-9.
7. Weeks DL, Whitney AA. Pilot Randomized Trial Comparing Intersession scheduling of biofeedback results to individuals with chronic pain: influence on psychologic function and pain intensity. *Am J Phys Med Rehabil* 2015;94(10 Suppl 1):869-7.
8. Hatchard T, Lepage C, Hutton B, Skidmore B, Poulin PA. Comparative evaluation of group-based mindfulness-based stress reduction and cognitive behavioral therapy for the treatment and management of chronic pain disorders: protocol for a systematic review and meta-analysis with indirect comparisons. *Syst Rev* 2014;3:134.
9. Bawa FL, Mercer SW, Atherton RJ, Clague F, Keen A, Scott NW *et al*. Does mindfulness improve outcomes in patients with chronic pain? Systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2015;350.
10. Del Casale A, Ferracuti S, Rapinesi C, Serata D, Caltagirone SS, Savoia V, *et al*. Pain perception and hypnosis: findings from recent functional neuroimaging studies. *Am Psychol* 2014;69:167-77.
11. Jensen MP, Patterson DR. Hypnotic approaches for chronic pain management: clinical implications of recent research findings. *Am Psychol* 2014;69:167-77.
12. Jeitler M, Brunnhuber S, Meier L, Lüdtke R, Büssing A, Kessler C, Michalsen A. Effectiveness of jyoti meditation for patients with chronic neck pain and psychological distress--a randomized controlled clinical trial. *Pain* 2015;16:77-86.
13. Cramer H, Lauche R, Haller H, Dobos G. A systematic review and meta- analysis of yoga for low back pain. *Clin J Pain* 2013;29:450-60.
14. Peng PW. Tai chi and chronic pain. *Reg Anesth Pain Med* 2012;37:372-82.
15. Morley S, Williams A. New Developments in the Psychological Management of Chronic Pain. *Can J Psychiatry* 2015;60:168-75.
16. Wolever RQ, Goel NS, Roberts RS, Caldwell K, Kligler B, Dusek JA *et al*. Integrative medicine patients have high stress, pain, and psychological symptoms. *Dolor Explore (NY)* 2015;11:296-303.
17. Sauer SE, Burriss JL, Carlson CR. New directions in the management of chronic pain: self-regulation theory as a model for integrative clinical psychology practice. *Clin Psychol Rev* 2010;30:805-14.

**CORRESPONDENCIA**

Dr. Juan Pablo Cornejo Diez de Medina   
Unidad del Tratamiento del Dolor  
Departamento de Medicina  
Hospital Clínico Universidad de Chile  
Santos Dumont 999, Independencia, Santiago  
Fono: 2978 8824  
E-mail: drcornejopsiquiatria@gmail.com