

Enfoque Psicoterapéutico Integrativo Multidimensional e Intervenciones Mente-Cuerpo en el Manejo del Dolor Crónico: Un Paso más allá de la Terapia Cognitivo-Conductual

Multidimensional Integrative Psychotherapy and Mind-Body Interventions In Chronic Pain Management: Forwarding to Cognitive-Behavioral Therapy

Cornejo, Juan Pablo ⁽¹⁾; Barros, Paulina ⁽²⁾; Miranda, Juan Pablo ⁽³⁾

Resumen

El dolor crónico es un síndrome presente en muchas enfermedades crónicas, se acompaña de fenómenos de sensibilización central y frecuentemente de síntomas de angustia, depresión, alteraciones del sueño, fatiga, fallas en la concentración y atención, y en disminución de las actividades de la vida diaria. El tratamiento del dolor crónico debiese ser multimodal, en donde la psicoterapia tiene un papel importante. La terapia cognitivo-conductual ha demostrado ser eficaz en el manejo del dolor, pero su efecto es limitado y no considera el trabajo en el foco corporal ni relacional sistémico familiar. El enfoque psicoterapéutico integrativo-multidimensional aborda elementos cognitivos, conductuales, relacionales, dinámicos y sistémicos en un contexto individual, familiar y social, permitiendo una visión holística del problema del paciente. Las intervenciones mente-cuerpo trabajan en el cambio de la vivencia corporal en el aquí y ahora, y entregan herramientas de autogestión para que el paciente desarrolle. Al unir ambos enfoques integrativo-multidimensional e intervenciones mente-cuerpo, el tratamiento y manejo del dolor se hace más eficaz. El objetivo del presente trabajo es proponer, desde un punto de vista cualitativo, un modelo de enfoque psicoterapéutico integrativo multidimensional e intervención mente-cuerpo en el manejo de los pacientes con dolor crónico.

Palabras clave: dolor crónico, terapia integrativa-multidimensional, intervenciones mente-cuerpo.

Abstract

Chronic pain syndrome is present in many chronic diseases, in which the pain is accompanied by central sensitization phenomena and often symptoms of anxiety, depression, sleep disturbances, fatigue, lapses in concentration and attention and reduced activity daily life. The treatment of chronic pain ought to be multimodal, where psychotherapy has an important role. Cognitive-behavioral therapy has proven effective in pain management, but its effect is limited and does not consider the work at home body or systemic relational focus. The multidimensional-integrative psychotherapy approach addresses cognitive, behavioral, relational, dynamic and systemic elements in an individual, family and social context, allowing a holistic view of the patient's problem. The mind-body interventions work in change of body experience in the here and now provides tools for self-management for the patient develops. By joining both multidimensional integrative and interventions body-mind pain management it becomes more effective. The aim of this study is to propose a qualitatively multidimensional model of integrative psychotherapy approach and intervention mind and body in the chronic pain management.

Key words: cronic pain, multidimensional integrative psychotherapy, mind-body interventions

(1) Médico Psiquiatra. Unidad de Dolor y Cuidados Paliativos. Hospital Clínico Universidad de Chile. Santiago, Chile.

(2) Psicóloga clínica. Psicodramatista. Coach sistémico. Docente Universidad Alberto Hurtado. Santiago, Chile.

(3) Médico Internista. Profesor Asistente. Departamento Medicina. Hospital Clínico Universidad de Chile. Santiago, Chile.

Introducción

El dolor crónico presente en muchas enfermedades frecuentes conforma un cuadro biopsicosocial singular que requiere un abordaje específico (1). Las recomendaciones de expertos en guías clínicas coinciden en un abordaje multimodal, es decir, que comprenda el manejo clínico efectivo a nivel fisiológico, sistémico, relacional, comportamental y psicológico (2). El paciente que padece de dolor crónico debiese recibir un tratamiento acorde a su necesidad; por ello, los tratamientos con enfoque social-multidimensional son los que presentan mejores resultados en este grupo de pacientes. El objetivo del presente trabajo consiste en proponer, desde un punto de vista cualitativo, un modelo de enfoque psicoterapéutico integrativo-multidimensional e intervención mente-cuerpo en el manejo de los pacientes con dolor crónico.

El Enfoque Psicoterapéutico Integrativo-Multidimensional

El enfoque psicoterapéutico integrativo-multidimensional tiene como objetivo fundamental la mirada ecológica-multisistémica del problema a ser tratado, por tanto, se comporta como un tratamiento psicosocial intenso, con importante componente individual, relacional-familiar, relacional-social y ecológico (3).

El enfoque psicoterapéutico integrativo multidimensional se desarrolla inicialmente en los años 70 en EE.UU. y Canadá, por 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 proporcionan la base para una teoría sistemática de la personalidad y de los métodos, y para el abordaje de distintas enfermedades médicas, especialmente de carácter crónico y con componentes multidimensionales (3).

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 fisiológico 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: a) Macrosistema: formas de organización social, sistemas de creencias, estilos de vida que prevalecen en una cultura o subcultura particular. b) Ecosistema: la comunidad más cercana, instituciones que median entre la cultura y el nivel individual. c) Microsistema: la familia y el intercambio persona/ambiente (4).

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: a) Dimensión cognitiva: estructuras y esquemas cognitivos, formas de percibir y conceptualizar el mundo. b) Dimensión conductual:

repertorio conductual en el ambiente. c) Dimensión psicodinámica: dinámica intrapsíquica en distintos niveles de profundidad. d) Dimensión interaccional: pautas de comunicación y relación interpersonal, incluye la corporalidad (4).

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 (Figuras 1 y Figura 2).

Figura 1. Macrosistema en modelo de psicoterapia integrativa multidimensional, modificado de Corsi et al.

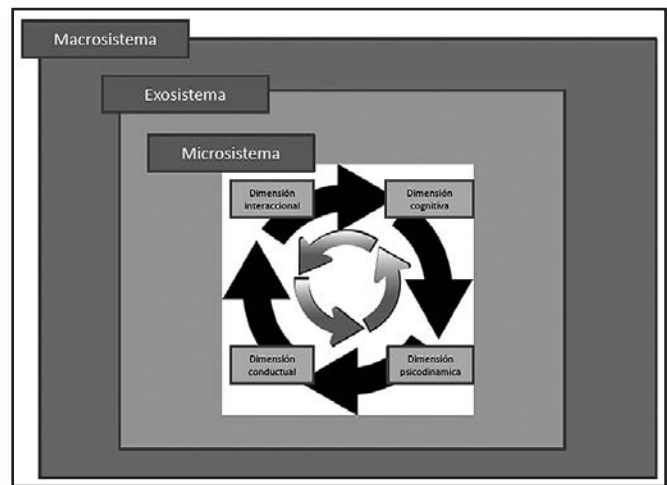
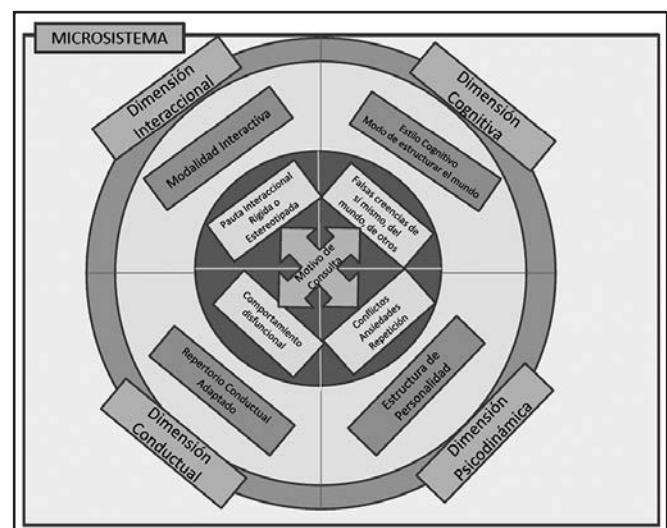


Figura 2. Microsistema en modelo de psicoterapia integrativa multidimensional, modificado de Corsi et al.



En la terapia integrativa multidimensional el cambio se remite principalmente al microsistema, grupo, familia, diada, individuo y, a nivel individual, en las dimensiones ya descritas; el cambio macrosistémico, en general, no es foco de esta intervención, sirve para reflexionar sobre la situación del individuo, sus gatillantes, recursos, obstáculos y mantenedores.

La Vivencia Dolorosa Crónica: Características, Evaluación y Tratamiento

El dolor, desde el punto de vista fisiológico, tiene por función alertar al sistema nervioso central acerca de un mal funcionamiento, agresión o perturbación para poner en marcha todos los recursos necesarios para solucionar el problema, restaurar la integridad, alejar al agresor y así convocar los recursos autorreparadores y acciones correctivas externas. El dolor puede verse, entonces, como una suerte de alarma o señal de que algo anda mal y debe arreglarse de inmediato o, en su defecto, que existe la necesidad de alejarse.

Dentro de la subjetividad de la vivencia dolorosa, la atribución del sentido puede explicar respuestas conductuales diversas, fenómeno que no explica la neurofisiología. La vivencia dolorosa tiene un alto componente psíquico, por ejemplo, asociándose dolor con sufrimiento, pérdida, amenaza, etc. En la vivencia dolorosa debemos considerar, además, la dimensión social y cultural del dolor (5). Los patrones culturales asociados pueden incluir el umbral de dolor permitido en occidente, el desarrollo de medicina para bloquearlo rápidamente, la resistencia a aceptarlo y a sentir el dolor, etc.

En el tratamiento de dolor crónico podemos reconocer factores atenuantes, tales como la vía descendente inhibitoria del dolor y las endorfinas cerebrales que pueden ser modificados, favorecidos o potenciados por intervenciones psicológicas, farmacológicas o contextuales.

El procesamiento de la sensación dolorosa a nivel central, en el tálamo y corteza somatosensorial, junto con un importante aporte de la amígdala, puede ser influenciado por el estatus mental que el sujeto presenta (síntomas de angustia, depresión o irritabilidad, fatiga y fallas atencionales y cognitivas), amplificando o disminuyendo la interpretación dolorosa. Esta última, a su vez, gatilla conductas compensatorias y retroalimentadoras del dolor. La interpretación dolorosa puede ser modificada a través de la psicoterapia, intervenciones mente-cuerpo y psicofármacos. La vivencia dolorosa crónica gatilla patrones de respuesta básica de supervivencia y presenta asociación con emociones relacionadas con recuerdos y activación corporal existentes en la memoria psico-corporo-emotiva-biográfica de quienes la padecen. Por ejemplo, en un sujeto con dolor crónico que siente su vida amenazada, la vivencia emotiva y, por tanto, su patrón de respuesta conductual y corporal, evocará amenazas vivenciadas tempranamente (5).

En el dolor crónico se observa un fenómeno de sensibilización central o sensibilidad exacerbada a nivel cerebral del estímulo nociceptivo periférico persistente, mediado por glutamato, el que se une a los receptores de NMDA y con ello gatilla hiperexcitabilidad a nivel central, por incremento

masivo del calcio. En el síndrome de sensibilización central encontramos hiperemocionalidad, sobreexpresión del dolor, interocepción aumentada y hexterocepción y capacidad de relación disminuida (6).

La vivencia dolorosa crónica es distinta a la vivencia dolorosa aguda, puesto que se acompaña generalmente de síntomas de angustia, depresión, trastornos del sueño, fallas en la atención y la concentración, fatiga y discapacidad (pérdida de las funciones de la vida diaria).

Gran cantidad de pacientes con dolor crónico también presentan preocupaciones somáticas excesivas, en relación a otros sistemas y desarrollan un bajo nivel de tolerancia a las molestias corporales.

En la evaluación del individuo con dolor crónico es indispensable incluir evaluación psicológica y psicosocial asociada al dolor; de allí la importancia de la presencia de equipos multidisciplinarios en su abordaje.

Los objetivos de la evaluación psicológica en pacientes con dolor crónico se orientan a identificar las fallas en la adaptación y repercusión emocional del dolor, determinar la conducta y el estado psicológico en relación al dolor, identificar los factores psicológicos que mantienen, exacerbaban o disminuyen el dolor, descartar comorbilidad psiquiátrica importante. Las escalas más utilizadas en esta evaluación son el inventario de depresión Beck, PHQ9, inventario de ansiedad de Spielberger, el inventario de personalidad de Minessotta (MMPI), IPDE y el Cuestionario de Estrategias de Coping. También se debe determinar el funcionamiento relacional/familiar/laboral asociado al dolor. La evaluación psicológica ayuda al paciente a comprender su propia experiencia dolorosa y al terapeuta a orientar un tratamiento individualizado. Así, la expresión corporal, postural, facial, gestual, puede ser utilizada en el diagnóstico y en la intervención terapéutica. El terapeuta ayuda a encontrar estrategias de coping (enfrentamiento) más positivas, tales como distraerse del dolor y aprender a ocuparse, y reducir las negativas (limitación de las actividades de la vida diaria y catastrofismo) en el manejo del dolor crónico. (2, 7).

Psicoterapias en el Manejo del Dolor Crónico

En el tratamiento psicoterapéutico del dolor crónico la psicoterapia cognitivo-conductual ha mostrado eficacia y presenta evidencia en la disminución del dolor, la angustia y mejora de la funcionalidad (21). En los últimos años, sin embargo, se ha observado que el efecto de esta terapia es limitado en el tiempo y que las intervenciones que propone y utiliza suelen marginar el foco corporal. Sus componentes principales, como tratamiento, incluyen la psicoeducación del dolor, objetivo en disminución del dolor vía cambio conductual y análisis de cogniciones, ejercicios de relajación, activación hacia entrenamientos de ejercicio y fitness (8 y 9).

El objetivo de la presente revisión es evidenciar que el enfoque integrativo-multidimensional, en conjunto con las intervenciones mente-cuerpo, pueden ampliar el efecto de la terapia cognitivo-conductual en el manejo del dolor crónico.

Intervenciones Mente-Cuerpo

Las intervenciones mente-cuerpo son muy populares en

EE.UU. y Canadá. Se estima que aproximadamente 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 (9). Dentro las que se describen:

• **Técnicas de relajación muscular progresiva (Jacobson) y técnicas de respiración:** Se orientan a la disminución de la tensión muscular, la angustia y el disconfort. Es necesario que el paciente logre focalizarse en la sensación tensa y en la capacidad de liberarla, para luego enfocarse en la sensación de relaxo, asociándola a su vez, a la disminución del dolor. Estas técnicas han demostrado eficacia en el manejo del dolor crónico (10, 19).

• **Biofeedback:** Técnica diseñada para controlar la respuesta fisiológica, ayuda al sujeto a controlar la puerta de entrada del proceso que inicia el dolor. Debe reconocer su estado presente, los estímulos internos que generan un cambio fisiológico que luego gatillará el dolor. Identificar el estímulo interno y el cambio fisiológico permite, sucesivamente, disminuir la presencia del dolor (11).

• **Conciencia plena (mindfulness):** Generalmente, ante una mínima sensación de dolor, se busca la eliminación de aquél; el último deseo sería prestar más atención a dicho dolor, sin embargo esa es la premisa básica detrás de la atención plena o mindfulness, práctica que ha demostrado ser efectiva para tratar el dolor crónico (entre otras cosas) (12).

El mindfulness suele describirse como el acto de “prestar atención a algo a propósito y con nuevos ojos”. Esta es la razón por la que es tan útil pues, en lugar de centrarse en el deseo de que el dolor cese, se presta atención al dolor con curiosidad y sin juicios. Este enfoque es diferente a lo que el cerebro de forma natural hace cuando se experimenta la sensación fisiológica del dolor; la mente suele lanzarse a una larga lista de juicios y pensamientos negativos (cuánto odiamos el dolor y cuánto queremos que se vaya). Se juzga y valora el dolor y eso lo hace aún peor. De hecho, los pensamientos y juicios negativos no sólo exacerban el dolor, sino que también alimentan la ansiedad y la depresión.

Empeora la situación el hecho que la mente genera muchas ideas buscando formas de calmar el dolor, lo que crea frustración y sentimientos de estar atrapado y sin salida. El mindfulness enseña a las personas con dolor crónico a sentir curiosidad por la intensidad de su dolor, en lugar de dejar que sus mentes se centren en pensamientos como “esto es horrible”. También enseña a las personas a dejar de lado las metas y expectativas. Si se espera que algo va a aliviar el dolor y esto no sucede, o al menos no tanto como nos gustaría, la mente entra en estado de alarma y empieza a tener pensamientos como “nada funciona”.

La idea de la técnica es llegar a un compromiso con el propio dolor. No se trata de alcanzar un objetivo como reducir al mínimo el dolor, sino aprender una nueva relación con él. Es una mentalidad de aprendizaje, en lugar de una mentalidad orientada al logro. En otras palabras, a medida que se presta atención al propio dolor, se considera la experiencia y se

pregunta qué se puede aprender de ese dolor.

• **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. La técnica incluye ejercicios de respiración para propiciar la relajación, para luego llevar a sentir cómo en el cuerpo se manifiesta un problema, situación o reacción determinada (se puede buscar una imagen o sonido que simbolice la preocupación o problema) y se le hacen preguntas a ese lugar corporal y a la emoción asociada. Finalmente, se conduce a la posibilidad de cambio en la percepción del problema. 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. El foco es buscar soluciones y contención al síntoma doloroso, aceptación de la presencia de éste y modificación de la percepción a través de la generación de un recurso personal de apoyo, a través de entrevista guiada, escucha activa, empática y apertura a la búsqueda de recursos corporales, imaginativos y narrativos (22, 23).

• **Hipnosis y autohipnosis:** 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 cognitivo-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 (13). Puede influir en la bioquímica inflamatoria periférica y en la interpretación central del dolor y se espera que éste disminuya notablemente. El terapeuta realiza ejercicios de sugestión en alusión a la zona periférica dolorosa. Luego, utilizando la vía genuina del dolor, realiza ejercicios de sugestión para cambiar la sensación en la médula espinal y luego en la corteza somatosensorial (14).

• **Meditación:** La meditación ayuda a controlar el dolor físico, su práctica ha demostrado mejorar la calidad de vida de las personas que sufren ansiedad, estrés o dolor crónico, mediante un estado de atención concentrada en una deidad, objeto externo, pensamiento, la propia conciencia o el propio estado de concentración. La meditación es un componente de diversas religiones o doctrinas filosóficas.

Las técnicas de aproximación a la meditación varían desde las que se basan en observar la respiración, en visualizar algún pensamiento positivo o imagen inspiradora, enfocar algún objeto o imagen (como un mándala), o las invocaciones, hasta las que se basan en tipos de compleja “alquimia espiritual”. También existen las meditaciones sin objeto, desenfocando la tensión mental. Además de lo descrito antes sobre el pensamiento en la meditación, durante ésta se pueden dejar fluir libremente las imágenes mentales, sean claras o confusas, como cuando se está a punto de conciliar el sueño. También se pueden dejar fluir las sensaciones, emociones, impulsos y energías corporales, normalmente sin intervenir en ellas, pero tampoco dejándose llevar o enredar, de manera

que muestren finalmente una tendencia a reordenarse por sí solas; aunque existen métodos de reflexión y técnicas de concentración en que la conciencia las puede manejar (15).

• **Yoga y Tai Chi:** El Yoga es originario de la India y se basa en la correcta respiración, el ejercicio y la meditación para facilitar la mejora de la salud física y mental. Las instrucciones de Yoga por lo general dependen de las necesidades de cada persona. Hoy en día es una práctica común para aliviar la tensión y para alcanzar cierto grado de paz mental. El patrón habitual de Yoga incluye diferentes posiciones o posturas en el suelo, ya sea sentado o de pie. A menudo se usan los brazos para sostener el peso del cuerpo, con el fin de incrementar la fuerza. A veces causa presión en las muñecas y los hombros, pero se pueden hacer cambios para disminuir esta presión en las articulaciones.

A través del Yoga se pretenden obtener beneficios en los aspectos físico, mental y espiritual. El aspecto físico incluye la flexibilidad y buen equilibrio. También se ha descubierto que el Yoga puede ayudar a aumentar la energía, mejorar la respiración y la salud circulatoria, aliviar el dolor, aumentar la vitalidad, ayuda a la pérdida de peso y brinda una sensación de mayor jovialidad. También desarrolla el tono muscular y ayuda a aliviar el asma y el síndrome del túnel carpiano. En segundo lugar, el aspecto mental incluye la 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. Para el Yoga, el dolor no es una virtud (16).

Por su parte, el Tai Chi vino de China en el año 1300. Es un arte marcial suave, diseñado para trabajar los músculos y las articulaciones, utilizando un método de impacto suave y bajo. Se trata de posiciones o posturas de pie en las que se van dando pasos. Los pies se utilizan para transportar el cuerpo, mientras que los brazos se van moviendo lentamente y con gracia en el aire. La postura es continua, para asegurarse de que el cuerpo esté en movimiento invariable. El movimiento debe venir de la parte interna del cuerpo (abdomen y espalda) y no desde la parte externa (brazos y hombros). El Tai Chi ayuda a la relajación, a la concentración y también ayuda a desarrollar la fuerza, el equilibrio y la flexibilidad. Contribuye a mantenerse libre de estrés y aumenta la resistencia y la energía (17).

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; buscando 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.

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.

Terapia Integrativa Multidimensional en el Tratamiento de Dolor Crónico

Se utiliza en el manejo de enfermedades crónicas con o sin dolor crónico asociado, se ha utilizado este enfoque en pacientes oncológicos y no oncológicos; enfermedades reumatológicas y psiconeuroinmunes; puesto que permite una visión holística del sujeto y su entorno. Se realizan, por tanto, intervenciones específicas en lo biopsicosocial, como por ejemplo dinámicas familiares disfuncionales mantenedoras, factores intrapsíquicos, dinámicos perturbadores de la vivencia, revisión de la vincularidad como factor gatillante, relación del sujeto con su medio micro y macrosocial (18, 20).

Este enfoque, al abordar todos los ámbitos de la vivencia individual, permite plantear múltiples focos de enfrentamiento personalizados. Como visión, es interesante mencionar que implica una mirada del individuo como ser único, humanizando la forma de tratamiento y también la conceptualización: es un sujeto que sufre dolor crónico y no es un tratamiento del dolor.

Conclusiones

El dolor crónico es un síndrome frecuente, presente en múltiples y diversas enfermedades crónicas, se acompaña habitualmente de sintomatología psicológica importante, como angustia, depresión, irritabilidad, ideas de suicidio e insomnio de difícil manejo. También el dolor crónico genera en el sujeto que lo vivencia alteraciones conductuales y relacionales que interfieren en su ambiente familiar, micro y macrosocial, provocando disfunción global de quien lo vivencia. La experiencia dolorosa es subjetiva, personal y relativa a quien lo sufre, por lo tanto, la evaluación de los distintos componentes asociados y el tratamiento consiguiente debe ser individualizado, multidimensional y no estar centrado en una técnica psicoterapéutica específica.

El enfoque psicoterapéutico integrativo-multidimensional permite la individualización del tratamiento, pues considera la evaluación de los diferentes sistemas que rodean al individuo y lo interrelaciona con las 4 dimensiones esenciales de la dimensión individual; cognitiva, conductual, relacional y psicodinámica, permitiendo una evaluación global y multisistémica de la problemática, otorgando múltiples posibilidades de intervención.

Conjuntamente con la psicoterapia integrativa, las intervenciones mente-cuerpo, al trabajar en el cambio de la vivencia dolorosa en el aquí y el ahora, potencian los efectos obtenidos del cambio conductual y relacional, convirtiéndose así las técnicas mente-cuerpo en una variable importante del enfoque integrativo, algo así como la variable corporal no considerada por la terapia cognitivo-conductual.

El enfoque psicoterapéutico de un sujeto que sufre de dolor crónico debiese incluir psicoterapia integrativa e intervenciones mente-cuerpo para así obtener mejores resultados, como lo han evidenciado algunos estudios, donde la integración de técnicas a favor de la mejoría del paciente y la flexibilidad del terapeuta permiten ir más allá de la terapia cognitivo-conductual para el dolor crónico.

Referencias Bibliográficas

- (1) Gupta, R. Pain Management. London: Springer Heidelberg; 2014
- (2) Astin, JA. Multimodal therapy programs for chronic pain. *Clin J Pain*. 2004 Jan-Feb;20(1):27-32.
- (3) Erskine, R et al. La Psicoterapia Integrativa en acción. Bilbao 2014 ISBN: 9788433026842. Colección: A los cuatros Vientos. Ed Desclee de Brouwer.
- (4) Corsi, J et al. Psicoterapia Integrativa Multidimensional. Buenos Aires: Ed Paidós 2005 ISBN: 950-12-3465-7
- (5) Bordelouis, I. ¿Qué nos dice el lenguaje acerca del dolor?. Vertex 2013 Sept-oct; vol XXIV 363-367.
- (6) Maresca, T; Covini, E; Márquez López Mato A. Condiciones y controversias entre el síndrome sensitivo central y la depresión. Vertex 2013 Sept-oct; vol XXIV 373-391
- (7) Marcus. D. Fibromyalgia A practical Clinical Guide. London: Springer 2011.
- (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 Nov 10;3:134. doi: 10.1186/2046-4053-3-134.
- (9) Morley S, Williams A. New Developments in the Psychological Management of Chronic Pain. *Can J Psychiatry*. 2015 Apr;60(4):168-75.
- (10) Astin JA Mind-body therapies for the management of pain. *Ann Agric Environ Med*. 2013;Spec no. 1:23-7.
- (11) 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 Apr 16.
- (12) Bawa FL, Mercer SW, Atherton RJ, Clague F, Keen A, Scott NW, Bond CM. Does mindfulness improve outcomes in patients with chronic pain? Systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2015 Feb 18;350
- (13) Del Casale A, Ferracuti S, Rapinesi C, Serata D, Caltagirone SS, Savoia V, Piacentino D, Callovin G, Manfredi G, Sani G, Kotzalidis GD, Girardi P. Pain perception and hypnosis: findings from recent functional neuroimaging studies. *Am Psychol*. 2014 Feb-Mar;69(2):167-77.
- (14) Jensen MP, Patterson DR. Hypnotic approaches for chronic pain management: clinical implications of recent research findings. *Am Psychol*. 2014 Feb-Mar;69(2):167-77.
- (15) Jeitler M, Brunnhuber S, Meier L, Lüdtker 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. *J Pain*. 2015 Jan;16(1):77-86. Epub 2014 Nov 3.
- (16) Cramer H, Lauche R, Haller H, Dobos G. A systematic review and meta-analysis of yoga for low back pain. *Clin J Pain*. 2013 May;29(5):450-60.
- (17) Peng PW. Tai chi and chronic pain. *Reg Anesth Pain Med*. 2012 Jul-Aug;37(4):372-82.
- (18) Wolever RQ, Goel NS, Roberts RS, Caldwell K, Kligler B, Dusek JA, Perlman A, Abrams DI. Integrative Medicine Patients Have High Stress, Pain, and Psychological Symptoms. *Dolor Explore (NY)*. 2015 Jul-Aug;11(4):296-303. doi: 10.1016/j.explore.2015.04.003. Epub 2015 Apr
- (19) 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; 138:375-379. [PubMed: 18291584]
- (20) Sauer SE, Burris 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; 30:805-814. [PubMed: 20619519]
- (21) Seminowicz DA, Shpaner M, Keaser ML, Krauthamer GM, Mantegna J, Dumas JA, Newhouse PA, Filippi CG, Keefe FJ, Naylor MR. Cognitive-behavioral therapy increases prefrontal cortex gray matter in patients with chronic pain. *The journal of pain : official journal of the American Pain Society*. 2013; 14:1573-1584. [PubMed: 24135432]
- (22) Caudill M. *Managing Pain Before it Manages you*. 2011. The Guilford Press. USA.
- (23) Braddock. C. *Body voices*. 1995 Page Mill Press, Berkeley. USA.

Conflicto de Interés:

Autor(es) no declaran conflictos de interés en el presente trabajo.

Recibido el 27 de Julio de 2015, aceptado para publicación el 21 de Agosto de 2015.

Correspondencia a:
Dr. Juan Pablo Cornejo Diez de Medina.
Médico Psiquiatra.
Unidad de Dolor y Cuidados Paliativos. Hospital
Clínico Universidad de Chile.
Santiago. Chile.
E-Mail: udolor@hcuch.cl