

Humanización del manejo del dolor refractario en la enfermedad de Parkinson avanzada mediante espiritualidad y música como estrategias efectivas

Humanizing the Management of Refractory Pain in Advanced Parkinson's Disease Through Spirituality and Music as Effective Strategies

DOI: <https://doi.org/10.26852/28059107.773>

Laura Camila Castiblanco-Delgado¹, Natalia Duque-Nieto², María Mónica Salazar-Vega³, Danny Steven Castiblanco-Delgado⁴

Resumen

Introducción:

El dolor refractario en pacientes con enfermedad de Parkinson (EP) avanzada representa un reto clínico significativo. Su abordaje exige estrategias que trasciendan el modelo biomédico tradicional e integren dimensiones emocionales, sociales y espirituales del ser humano. Entre ellas, la espiritualidad y la musicoterapia pueden ofrecer beneficios relevantes en la reducción del sufrimiento.

Presentación de caso:

Se presenta el caso de un hombre de 36 años con EP avanzada y dolor crónico desde los 10 años, resistente a múltiples tratamientos farmacológicos. Ante la persistencia del dolor, se implementaron intervenciones no farmacológicas: acompañamiento espiritual, musicoterapia pasiva mediante escucha diaria de canto gregoriano y psicoterapia con enfoque existencial. Durante el seguimiento, se observó disminución subjetiva del dolor, mejoría del ánimo, mayor relajación, conexión con su entorno y reducción de conductas evitativas.

Discusión:

El manejo del dolor refractario requiere integrar las dimensiones biológica, psicológica, social y

espiritual. La música y la espiritualidad pueden modular la percepción del dolor, favorecer el procesamiento emocional y contribuir al bienestar integral. Este caso destaca el valor de un abordaje humanizado y biopsicosocial-espiritual.

Conclusiones:

La integración de intervenciones espirituales y musicales puede mejorar la calidad de vida de pacientes con EP avanzada y dolor refractario. Estas estrategias deben considerarse como recursos complementarios éticos y clínicamente relevantes en planes de atención centrados en la persona.

Palabras Clave: Enfermedad de Parkinson avanzada, dolor refractario, espiritualidad, musicoterapia, cuidados paliativos, humanización del cuidado.

¹ Médica de la Fundación Universitaria Juan N. Corpas, Clínica Colsubsidio, Bogotá D.C.- Colombia. Correo: camilacastiblancomd@gmail.com

² Residente del programa de Medicina del dolor y Cuidados Paliativos de la Fundación Universitaria Sanitas, Bogotá D.C.- Colombia. Correo: n.duqueni@unisanitas.edu.co

³ Médica hospitalaria del programa de Cuidados Paliativos en Clínica Universitaria Colombia, Bogotá D.C.- Colombia. Correo maria.salazar@colsanitas.com

⁴ Médico subespecialista en Medicina del dolor y Cuidados Paliativos, Programa de Cuidados Paliativos en Clínica Universitaria Colombia, Bogotá D.C. - Colombia. Correo: danny.castiblanco.md@gmail.com

Autor para correspondencia: Danny Steven Castiblanco-Delgado. Calle 23 # 66-46, Clínica universitaria Colombia, edificio consultorios, consultorio 816, Teusaquillo, Bogotá - Colombia. e-mail: danny.castiblanco.md@gmail.com

Recibido: 31 de julio de 2025 — Aceptado: 12 de noviembre de 2025

Abstract

Introduction:

Refractory pain in patients with advanced Parkinson's disease (PD) represents a significant clinical challenge. Its treatment requires strategies that transcend the traditional biomedical model and integrate emotional, social, and spiritual dimensions of the human being. Among these, spirituality and music therapy can offer significant benefits in reducing suffering.

Case presentation:

We present the case of a 36-year-old man with advanced PD and chronic pain since the age of 10, resistant to multiple pharmacological treatments. Given the persistence of pain, non-pharmacological interventions were implemented: spiritual support, passive music therapy through daily listening to Gregorian chant, and existential psychotherapy. During follow-up, a subjective decrease in pain, improved mood, greater relaxation, connection with his environment, and reduction in avoidance behaviors were observed.

Discussion:

The management of refractory pain requires integrating biological, psychological, social, and spiritual dimensions. Music and spirituality can modulate pain perception, promote emotional processing, and contribute to overall well-being. This case highlights the value of a humanized and biopsychosocial-spiritual approach.

Conclusions:

The integration of spiritual and musical interventions can improve the quality of life of patients with advanced PD and refractory pain. These strategies should be considered as ethical and clinically relevant complementary resources in person-centered care plans.

Keywords: Advanced Parkinson's disease, refractory pain, spirituality, music therapy, palliative care, humanization of care.

Introducción

La enfermedad de Parkinson (EP) avanzada se caracteriza por una alta carga de síntomas motores y no motores, entre los cuales el dolor crónico y refractario es uno de los más incapacitantes. Este dolor suele ser multifactorial y puede no responder adecuadamente a los tratamientos convencionales, afectando de forma importante la calidad de vida (Prizer et al., 2020). En este contexto, el enfoque biomédico tradicional puede resultar insuficiente, haciendo necesaria la incorporación de estrategias humanizadas que integren las dimensiones psicológica, social y espiritual del paciente.

La humanización del cuidado incluye atender la totalidad del ser humano, reconociendo su sufrimiento más allá de los síntomas físicos. Evidencia reciente ha mostrado que intervenciones como la espiritualidad, la musicoterapia y la psicoterapia pueden contribuir al alivio del dolor y al bienestar general en enfermedades crónicas como la EP (De-Diego-Cordero et al., 2023; Gao et al., 2022; Raglio, 2015).

El presente reporte describe el caso de un paciente joven con EP avanzada y dolor refractario, en quien la integración de espiritualidad y música, junto con soporte psicosocial, generó una mejoría clínica y emocional significativa.

Presentación de caso

Historia del paciente

Se trata de un hombre de 36 años, teólogo de profesión, con diagnóstico de EP avanzada y antecedente de dolor crónico desde los 10 años. El dolor inició en la infancia, con curso persistente y comprometiendo principalmente extremidades y espalda, con intensidad de 10/10 en la escala numérica. Al examen físico presentaba cambios tróficos cutáneos, edema distal, rigidez, alteración de la coloración y alodinia.

A lo largo de los años, recibió diagnósticos de distrofia simpático refleja, dismetría de cadera y síndrome de Reiter, junto con progresión de

limitaciones motoras que derivaron en dependencia casi total para la movilización. A los 28 años se estableció el diagnóstico de EP de inicio temprano. Presentaba disfagia, gastroparesia, desnutrición, ansiedad y depresión, factores que intensificaron el sufrimiento y el deterioro funcional.

Desde la adolescencia tuvo un cuadro compatible con dolor musculoesquelético amplificado, con hipersensibilidad, insomnio, fatiga persistente y marcada afectación emocional. A pesar de múltiples tratamientos, el dolor se mantuvo como el síntoma principal.

Intervenciones

Recibió múltiples tratamientos farmacológicos, incluyendo antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), gabapentinoides, (pregabalina), antidepresivos (venlafaxina) y opioides (morfina y fentanilo), se implementaron estrategias no farmacológicas como bloqueos del nervio simpático, fisioterapia, terapia neural, aplicación de toxina botulínica, acupuntura, terapia creativa con arte, sin lograr un alivio sostenido del dolor.

Debido a la refractariedad del dolor, se incorporaron otro tipo de terapias complementarias con enfoque no farmacológico, y tras varias semanas se observó que el mayor impacto en el alivio del sufrimiento y con disminución subjetiva significativa al dolor, es atribuido en este caso a sesiones diarias de escucha de música gregoriana, oración personal y psicoterapia con enfoque existencial (Figura 1).

A través de estas tres estrategias, tras varias semanas, se identificó una disminución subjetiva significativa del dolor, mejoría del ánimo, mayor conexión con el entorno, conciencia y mejor relación con las respuestas comportamentales y emocionales al dolor y disminución de conductas evitativas.

Resultados

El caso evidenció una respuesta positiva al dolor musculoesquelético refractario crónico. La evaluación mediante escala numérica mostró una disminución progresiva de 10 a 7 puntos, de manera sostenida, lo que se reflejó en una mejoría notable de la calidad de vida del paciente (Figura 2).

Intervenciones como la musicoterapia, la atención espiritual y la psicoterapia han demostrado favorecer la relajación, reducir la ansiedad y mejorar el afrontamiento emocional. En este caso se observó sinergia entre el tratamiento farmacológico y las terapias complementarias dentro de un enfoque biopsicosocial-espiritual.

Discusión

En este caso, se expone el proceso de un hombre joven con enfermedad de Parkinson (EP) de inicio temprano, con una variante probablemente patogénica en el gen LRRK2 (c.4001G>A, p.Arg1334Gln), hallazgo poco frecuente pero relevante desde el punto de vista genético y clínico (Jeong & Lee, 2020).

Sin embargo, el caso se destaca no solo por el origen genético de la EP, sino por la refractariedad del dolor musculoesquelético presente desde la adolescencia, con un impacto funcional y emocional significativo. Pese a múltiples intentos terapéuticos farmacológicos con AINEs, neuromoduladores y opioides, la sintomatología persistía. Lo distintivo es la respuesta subjetiva positiva sostenida a estrategias no farmacológicas con abordaje espiritual, existencial y musical, lo cual aporta una mirada integradora poco reportada en la literatura.

La enfermedad de Parkinson de inicio temprano presenta desafíos diagnósticos y terapéuticos únicos, a menudo complicados por factores genéticos y síntomas atípicos como el dolor crónico. Por ello, abordar el dolor persistente en la EP de inicio temprano requiere un enfoque

integral que articule estrategias farmacológicas y no farmacológicas innovadoras para mejorar la calidad de vida (Skogar & Løkk, 2016). No obstante, se observa que el dolor es un síntoma subestimado, con una prevalencia reportada entre el 60% y el 85%, y con una fisiopatología multifactorial que incluye mecanismos periféricos (rigidez, distonía) y centrales (disfunción dopaminérgica, sensibilización central) (Beiske et al., 2009).

La sensibilización central desempeña un papel fundamental en el dolor musculoesquelético crónico al amplificar la percepción del dolor mediante alteraciones del sistema nervioso central. Esta afección suele requerir enfoques terapéuticos complejos y multidimensionales centrados en factores biopsicosociales (Guler et al., 2020).

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) define el dolor musculoesquelético primario crónico como aquel localizado en músculos, huesos, articulaciones o tendones, asociado con angustia emocional significativa y/o discapacidad funcional, independientemente de factores biológicos o psicológicos, a menos que otro diagnóstico explique mejor los síntomas. Se ha documentado que el incremento en la intensidad del dolor se correlaciona con el estrés psicosocial experimentado (Gatchel et al., 2007; Hoffart & Wallace, 2014a).

El modelo biopsicosocial-espiritual representa un marco integral para el manejo del dolor crónico mediante la integración de factores biológicos, psicológicos, sociales y espirituales. Este enfoque aborda la interacción compleja entre dichos elementos y fomenta mejores resultados de salud y calidad de vida (Taylor et al., 2013).

Las intervenciones no farmacológicas, como la musicoterapia, la espiritualidad y la psicoterapia existencial, ofrecen alternativas prometedoras para el control del dolor crónico. La musicoterapia, especialmente las intervenciones basadas en música vocal, puede mejorar el bienestar y el afrontamiento del dolor mediante la conexión emocional y social (Low et al., 2020). La espiritualidad, entendida como práctica orientada a la esperanza y el sentido, actúa como factor protector al moderar la percepción del dolor y mejorar la capacidad de afrontamiento

(Ferreira-Valente et al., 2020). La integración de perspectivas existenciales con métodos cognitivo-conductuales también ha demostrado eficacia en la reducción de la discapacidad relacionada con el dolor, al abordar necesidades espirituales y existenciales (Gebler & Maercker, 2014). Estos enfoques subrayan la necesidad de estrategias de atención integrales y centradas en la persona.

La musicoterapia ha mostrado un potencial notable para reducir el dolor y promover la relajación en pacientes con dolor crónico. Los estudios sugieren que estas intervenciones modulan respuestas emocionales y favorecen la relajación (Krout, 2001). La eficacia terapéutica de la música se atribuye a su influencia sobre circuitos neuronales vinculados a la emoción y la percepción del dolor (Chen et al., 2025), lo que la convierte en un recurso valioso en contextos donde los tratamientos convencionales son insuficientes.

La espiritualidad y el significado existencial desempeñan un papel esencial en el manejo de enfermedades crónicas, al promover resiliencia y aceptación emocional. El apoyo espiritual se relaciona con mejor calidad de vida y con mecanismos de afrontamiento más sólidos ante enfermedades prolongadas (Büssing & Koenig, 2010).

El alivio reportado por el paciente tras la musicoterapia, el acompañamiento espiritual y la psicoterapia existencial sugiere la existencia de un fenómeno que podría denominarse analgesia existencial (Wong & Yu, 2021). Aunque el término no es formalmente reconocido en la literatura médica, ha sido utilizado en cuidados paliativos para describir el alivio del sufrimiento a través de la reconstrucción del sentido y la aceptación del proceso de enfermedad. Frankl describió el poder transformador del sentido en el sufrimiento; Saunders desarrolló el concepto de dolor total; y Chochinov evidenció la importancia del sentido y la dignidad en la reducción de la angustia existencial (Saunders et al., 1995; Chochinov, 2015).

En este caso, la oración, la escucha de música gregoriana y la reflexión guiada favorecieron la reconexión con un propósito vital, disminuyendo la carga emocional del dolor. Este proceso puede

interpretarse como una forma de modulación del sufrimiento que trasciende los mecanismos farmacológicos tradicionales y actúa como un complemento humanizante en el abordaje del dolor refractario. De este modo, la analgesia existencial representa una vía posible de alivio en pacientes con enfermedades neurodegenerativas avanzadas, donde un enfoque integral y espiritual resulta fundamental para preservar la dignidad y la calidad de vida.

Conclusiones

El manejo del dolor persistente en personas con EP avanzada requiere un abordaje integral que considere al paciente en su totalidad. Más allá del tratamiento farmacológico, es fundamental atender las dimensiones emocional y espiritual.

Este caso muestra cómo intervenciones no farmacológicas —como la musicoterapia suave, la guía espiritual y la psicoterapia existencial— pueden ser herramientas efectivas para reducir el dolor y mejorar el bienestar emocional y existencial.

La integración de estas estrategias dentro de un modelo biopsicosocial-espiritual favoreció no solo la reducción del sufrimiento, sino también un afrontamiento más adaptativo y humanizado ante la progresión de la enfermedad.

Las terapias complementarias deben considerarse como recursos éticos, humanizantes y científicamente válidos en el manejo del dolor refractario, especialmente cuando los tratamientos convencionales no logran los resultados esperados. Brindar atención empática, respetuosa y centrada en la persona debe ser un principio esencial en la práctica clínica.

Intervenciones efectivas interdisciplinarias



Figura 1. Intervenciones efectivas multidisciplinarias. Integración de las intervenciones no farmacológicas aplicadas al paciente y su impacto sobre el control del dolor, la funcionalidad, el alivio del sufrimiento y la calidad de vida.

Evolución del dolor

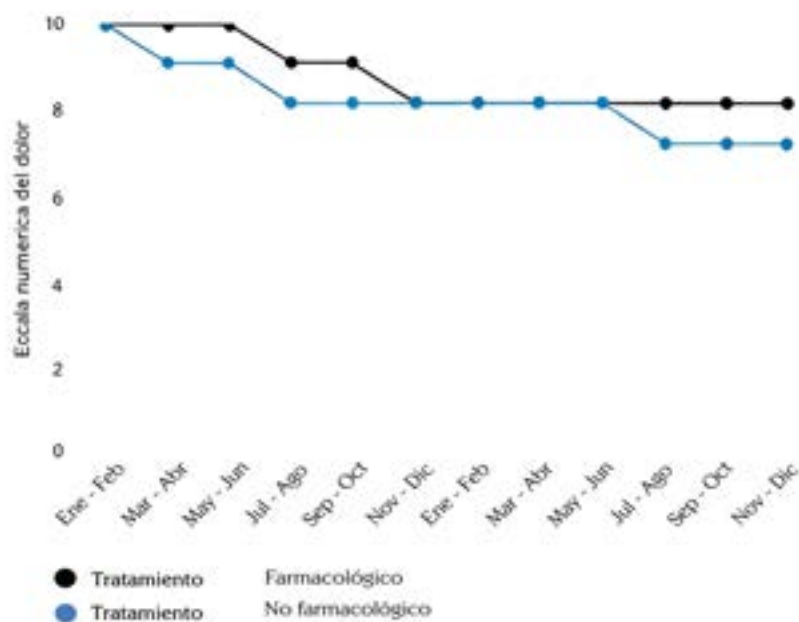


Figura 2. Evolución del dolor durante el seguimiento. Evaluación del dolor con escala numérica análoga en función del tiempo, comparación de calificación del dolor bajo intervenciones farmacológicas versus no farmacológicas.

Bibliografía

Beiske, A. G., Loge, J. H., Rønningen, A., & Svensson, E. (2009). Pain in Parkinson's disease: Prevalence and characteristics. *PAIN®*, 141(1–2), 173–177. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2008.12.004>

Büssing, A., & Koenig, H. G. (2010). Spiritual needs of patients with chronic diseases. *Religions*, 1(1), 18–27. <https://doi.org/10.3390/rel1010018>

Chen, S., Yuan, Q., Wang, C., Ye, J., & Yang, L. (2025). The effect of music therapy for patients with chronic pain: Systematic review and meta-analysis. *BMC Psychology*, 13(1), 455. <https://doi.org/10.1186/s40359-025-02643-x>

Chochinov, H. M., et al. (2015). Care of the human spirit and the role of dignity therapy: A systematic review of dignity therapy research. *BMC Palliative Care*, 14, Article 8. <https://doi.org/10.1186/s12904-015-0007-1>

De-Diego-Cordero, R., Velasco-Domínguez, C., Aranda-Jerez, A., & Vega-Escañó, J. (2023). The spiritual aspect of pain: An integrative review. *Journal of Religion and Health*, 63(1), 159. <https://doi.org/10.1007/s10943-023-01890-9>

Ferreira-Valente, A., Damião, C., Pais-Ribeiro, J., & Jensen, M. P. (2020). The role of spirituality in pain, function, and coping in individuals with chronic pain. *Pain Medicine*, 21(3), 448–457. <https://doi.org/10.1093/pm/pnz092>

Gao, J., Wang, Q., Wu, Q., Weng, Y., Lu, H., & Xu, J. (2022). Spiritual care for the management of Parkinson's disease: Where we are and how far can we go. *Psychogeriatrics*, 22(4), 521–529. <https://doi.org/10.1111/psyg.12834>

Gatchel, R. J., Peng, Y. B., Peters, M. L., Fuchs, P. N., & Turk, D. C. (2007). The biopsychosocial approach to chronic pain: Scientific advances and future directions. *Psychological Bulletin*, 133(4), 581–624. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.4.581>

Gebler, F. A., & Maercker, A. (2014). Effects of including an existential perspective in a cognitive-behavioral group program for chronic pain: A clinical trial with 6 months follow-up. *The Humanistic Psychologist*, 42(2), 155–171. <https://doi.org/10.1080/08873267.2013.865188>

Guler, M. A., Celik, O. F., & Ayhan, F. F. (2020). The important role of central sensitization in chronic musculoskeletal pain seen in different rheumatic diseases. *Clinical Rheumatology*, 39(1), 269–274. <https://doi.org/10.1007/s00395-019-0674-1>

doi.org/10.1007/s10067-019-04749-1

Hoffart, C. M., & Wallace, D. P. (2014). Amplified pain syndromes in children: Treatment and new insights into disease pathogenesis. *Current Opinion in Rheumatology*, 26(5), 592–603. <https://doi.org/10.1097/BOR.0000000000000097>

Jeong, G. R., & Lee, B. D. (2020). Pathological functions of LRRK2 in Parkinson's disease. *Cells*, 9(12), 2565. <https://doi.org/10.3390/cells9122565>

Krout, R. E. (2001). The effects of single-session music therapy interventions on the observed and self-reported levels of pain control, physical comfort, and relaxation of hospice patients. *American Journal of Hospice and Palliative Care*, 18(6), 383–390. <https://doi.org/10.1177/104990910101800607>

Low, M. Y., Lacson, C., Zhang, F., Kesslick, A., & Bradt, J. (2020). Vocal music therapy for chronic pain: A mixed methods feasibility study. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 26(2), 113–122. <https://doi.org/10.1089/acm.2019.0249>

Prizer, L. P., Kluger, B. M., Sillau, S., Katz, M., Galifianakis, N., & Miyasaki, J. M. (2020). Correlates of spiritual wellbeing in persons living with Parkinson disease. *Annals of Cardiothoracic Surgery*, 9(Suppl 1), S16–S23.

Raglio, A. (2015). Music therapy interventions in Parkinson's disease: The state-of-the-art. *Frontiers in Neurology*, 6, 185. <https://doi.org/10.3389/fneur.2015.00185>

Saunders, C., Baines, M., & Dunlop, R. (1995). *Living with dying: A guide to palliative care* (3rd ed.). Oxford University Press.

Skogar, O., & Løkk, J. (2016). Pain management in patients with Parkinson's disease: Challenges and solutions. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 9, 469–479. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S105857>

Taylor, L. E. V., Stotts, N. A., Humphreys, J., Treadwell, M. J., & Miaskowski, C. (2013). A biopsychosocial-spiritual model of chronic pain in adults with sickle cell disease. *Pain Management Nursing*, 14(4), 287–301. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2011.06.003>

Wong, P. T. P., & Yu, T. T. F. (2021). Existential suffering in palliative care: An existential positive psychology perspective. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 57(9), 924. <https://doi.org/10.3390/medicina57090924>