

# Ansiedad y dolor crónico: una lectura desde la psicosomática

Denise do Amaral Martins<sup>1</sup>; Carla Leal Pereira<sup>2</sup>

## Referencias

<sup>1</sup> Anestesiólogo con maestría.  
Universidade Federal de São Paulo,  
Brasil. <https://orcid.org/0009-0008-8762-3257>

<sup>2</sup> Jefe del Servicio de Dolor, Hospital  
São Luiz, Rede D'Or, São Paul, Brasil.  
<https://orcid.org/0000-0003-3322-015X>

## Título en inglés

Chronic Pain And Anxiety:  
Reading From The Psychosomatic

## Correspondencia

Denise do Amaral Martins

## Correo electrónico

[dra\\_denise08@hotmail.com](mailto:dra_denise08@hotmail.com)

## Patrocina



## Resumen

### Antecedentes y objetivos

El dolor se ha definido como el 5° signo vital porque es una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada al daño tisular. Los pacientes con dolor nociceptivo y dolor neuropático presentan altos niveles de ansiedad. Comprobar el impacto de la ansiedad en pacientes con dolor crónico.

### Contenido

Se utilizaron el cuestionario sociodemográfico, el Inventario de Ansiedad de Estado (IDATE-E), el Inventario de Ansiedad de Rasgo (IDATE-T) y el Cuestionario de Diagnóstico del Dolor Neuropático (DN4). Se utilizaron pruebas de proporción y mediana para analizar estadísticamente los resultados.

### Resultados

La frecuencia de ansiedad de estado y rasgo en los grupos de dolor nociceptivo y neuropático fue altamente significativa, respectivamente ( $p=0,001$ ) y ( $p<0,001$ ). Hubo una correlación significativa entre las puntuaciones de dolor y la escolaridad ( $p=0,03$ ;  $r=0,05$ ). En cuanto a las puntuaciones de edad y peso en los grupos nociceptivo y neuropático, hubo una asociación significativa, respectivamente ( $p=0,05$ ) y ( $p=0,03$ ). Las demás variables no mostraron una asociación estadísticamente significativa.

### Conclusiones

El estudio muestra una alta prevalencia de dolor crónico asociado a la ansiedad en un segmento de la población de la ciudad de São Paulo, y una correlación significativa con ambos tipos de dolor, neuropático y nociceptivo.

**Palabras clave**  
dolor crónico, ansiedad,  
psicosomática

## Abstract

### Background and objectives

Pain has been defined as the 5th vital sign because it is an unpleasant sensory and emotional experience associated with tissue damage. Patients with nociceptive pain and neuropathic pain have high levels of anxiety. Check the impact of anxiety on patients with chronic pain.

### Content

Sociodemographic questionnaire, State Anxiety Inventory (IDATE-E), Trait Anxiety Inventory (IDATE-T) and Neuropathic Pain Diagnostic Questionnaire (DN4) were used. The proportion and median tests were used to analyze the results statistically.

## Results

The frequency of state and trait anxiety in the nociceptive and neuropathic pain groups were highly significant, respectively ( $p=0.001$ ) and ( $p<0.001$ ). There was a significant correlation between pain scores and schooling ( $p=0.03$ ;  $r=0.05$ ). As for age and weight scores in the nociceptive and neuropathic groups, there was a significant association, respectively ( $p=0.05$ ) and ( $p=0.03$ ). The other variables did not show a statistically significant association.

## Conclusions

The study shows a high prevalence of chronic pain associated with anxiety in a segment of the population of the city of São Paulo, and a significant correlation with both types of pain, neuropathic and nociceptive.

### Keywords

chronic pain, anxiety, psychosomatics

## Introducción

Dada la repercusión emocional y conductual que tiene el dolor, es importante conocer su concepto, ya que se considera indicativo de una experiencia sensorial subjetiva, emocional y desagradable. Etimológicamente, la palabra “dolor” deriva de la palabra “dolor” y, según la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor, es una “experiencia sensorial y emocional desagradable causada o atribuida a un daño tisular”. Fisiológicamente, actúa como señal para la aparición de reacciones de defensa y preservación (1). Sin embargo, el sueño no es sólo una impresión desagradable, sino una modalidad sensorial compleja necesaria para la supervivencia (2).

El sueño también tiene un aspecto emocional que contribuye a su potenciación, dependiendo de la experiencia del individuo (3). En determinadas situaciones, su intensidad y duración no mantienen una relación proporcional con el estímulo agresivo (4)(5), mostrando así la participación del componente emocional en la sensación dolorosa.

Está bien establecido en la literatura que el dolor crónico tiene una estrecha relación con trastornos emocionales como la ansiedad y la depresión (6) (7) (8) (9) (10). En las clínicas, casi la mitad de los pacientes con dolor crónico también son diagnosticados de uno o más trastornos de ansiedad (11).

Dado que el dolor neuropático suele ser persistente, se espera que estos pacientes presenten un mayor nivel de ansiedad en comparación con los pacientes con dolor nociceptivo, porque los aspectos psicológicos modulan la intensidad del dolor en un grado muy variable y es probable que más pacientes con dolor crónico presenten también algún malestar psicológico, como ansiedad.

Las enfermedades psicosomáticas son difíciles de descubrir porque provocan síntomas físicos, sin la presencia de causas orgánicas, y se componen de causas emocionales. No es posible definir una razón para la evolución de una afección psicosomática, ya que depende de una predisposición personal y orgánica y de la interacción entre el cuerpo y la psicología como reacción a determinadas condiciones y/o situaciones vitales. Una persona con enfermedad psicosomática puede presentarse de varias formas, a través de síntomas físicos y psicológicos. Entre los síntomas psicológicos más frecuentes, podemos mencionar la ansiedad, que es una manifestación psicosomática definida por una sensación vaga y desagradable de miedo, aprensión, descrita como tensión o malestar que surge de la anticipación de un peligro, de algo desconocido o extraño (12) (13).

Se han observado trastornos de ansiedad y depresión en pacientes con dolor. El dolor provoca sufrimiento emocional y reducción de la calidad de vida (14). Al no poder ser evaluado de forma inmediata, siempre dependemos de la información proporcionada por el pa-

ciente. En la complejidad de estos fenómenos intervienen factores culturales, sociales, contingentes y fisiológicos, además de subjetivos y perceptivos. Por esta razón, es muy difícil delimitar la etiología, la nosografía y el diagnóstico del dolor (15).

El estado de dolor puede ser percibido y alterado según la situación vivida y el valor que se le atribuya. Hay algunos factores socio-demográficos que se asocian con diversas condiciones de dolor crónico, tales como: bajo nivel socioeconómico, antecedentes culturales y geográficos, desempleo y factores ocupacionales, historia de abuso o violencia interpersonal, género femenino, ancianos (16).

Curiosamente, también hay muchas evidencias de que los aspectos psicológicos modulan la intensidad del sueño, pero también sabemos que la influencia de los niveles de ansiedad en pacientes con sueño crónico sigue siendo desconocida. Teniendo en cuenta lo anterior, este estudio tiene como objetivo probar la hipótesis de que los pacientes con dolor neuropático tienen un mayor nivel de ansiedad en comparación con los pacientes con dolor nociceptivo.

## Métodos

### Consideraciones éticas

Respetando los preceptos éticos de la investigación con seres humanos, el estudio fue previamente aprobado el 08/10/2019 por el Comité de Ética en Investigación (CEP) de la Associação Princesa Isabel de Educação e Cultura - Universidade Ibirapuera (UNIB), según el dictamen n° 3.629.571 de la plataforma Brasil. Todos los participantes fueron invitados a participar en el estudio y firmaron el Formulario de Consentimiento Informado (FCI).

Se trata de un estudio transversal, exploratorio, descriptivo y cuantitativo de la población atendida en la clínica MedDor, especializada en el tratamiento del dolor en la región de Ipiranga, en São Paulo. Los datos fueron recolectados utilizando la interfaz digital Google Forms desde octubre de 2019 hasta febrero de 2020.

### Participantes

Se evaluaron 100 participantes, con citas previamente reservadas en la Clínica MedDor, con edades comprendidas entre 18 y 90 años, de ambos sexos.

### Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión fueron pacientes de ambos sexos, con edad crónica entre 18 y 90 años, capaces de comprender el diseño del estudio, que consintieran en participar en el estudio firmando voluntariamente el Formulario de Consentimiento Informado (FCI).

Se excluyeron los pacientes con trastornos psicológicos y psi-

quiátricos previamente conocidos y activos, los toxicómanos, los pacientes incapaces de responder a los cuestionarios debido a limitaciones físicas, sociales (analfabetos) o intelectuales y los pacientes que no aceptaron participar en la investigación.

### **Instrumentos de evaluación**

Se utilizaron el Cuestionario Socioeconómico, el Cuestionario de Dolor Neuropático (DN-4) y el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (IDATE-T e IDATE-E).

### **Cuestionario de datos socioeconómicos**

Se utilizó un cuestionario de evaluación socioeconómica (norma IBGE) para evaluar los ingresos, el trabajo, el transporte, la vivienda, el acceso a la salud y la escolaridad de los miembros de la familia, así como los hábitos de estudio, lectura e información (Apéndice 1).

### **Cuestionario de dolor neuropático (dn4)**

Desarrollado por Bouhassira et al. (17) y validado para el portugués por Santos et al. (18), es un instrumento sencillo y objetivo con capacidad para rastrear el dolor neuropático.

Consta de diez ítems, siete de los cuales se obtienen de la entrevista con el paciente y tres ítems obtenidos del examen físico, que se responden fácilmente con “sí” o “no”. Y los puntos por respuestas positivas en el DN4, tienen todos el mismo valor (=1). Se considera la presencia de dolor neuropático o una puntuación mayor o igual a cuatro puntos sobre diez. Los pacientes que obtuvieron menos de cuatro puntos fueron clasificados como pacientes con dolor nociceptivo.

Los autores compararon pacientes con dolor neuropático (traumático, lesión nerviosa, neuralgia postherpética y dolor posaccidente cerebrovascular) con pacientes con dolor no neuropático (artrosis, artropatías inflamatorias y lumbalgia). El cuestionario DN4 puede ayudar al clínico a determinar el predominio del dolor neuropático en un investigador con un error o un síntoma con síntomas erróneos.

### **Inventario de ansiedad estado-rasgo – idate-t e idate-e**

El Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (IDATE) fue traducido experimentalmente al portugués por Biaggio; Natalicio; Spielberger (19) y se basa en el concepto de ansiedad propuesto por Spielberger y Smith (20), que distingue entre ansiedad estado y ansiedad rasgo.

La ansiedad de estado (estado A) se define como un estado o condición emocional transitoria del organismo humano caracterizada por sensaciones desagradables de tensión y aprensión percibidas

conscientemente y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo. Las puntuaciones del estado pueden variar en intensidad y cambiar con el tiempo.

El rasgo de ansiedad (rasgo A) hace referencia a diferencias individuales relativamente leves en la tendencia a la ansiedad, es decir, diferencias en la capacidad de reaccionar ante situaciones consideradas amenazantes con aumentos en la intensidad del estado de ansiedad. En general, cabe esperar que las personas con un rasgo A alto experimenten niveles altos de estado A con más frecuencia que las personas con un rasgo A bajo, porque tienen tendencia a reaccionar ante más situaciones que se consideran peligrosas o amenazantes. Los individuos con un rasgo A alto también son más propensos a responder con mayor intensidad de estado en situaciones que implican relaciones interpersonales que tienen que ver con la autoestima.

La escala IDATE se compone de 20 afirmaciones en las que se pide a los sujetos que describan cómo se sienten en general. La escala IDATE también se compone de 20 afirmaciones, así como de instrucciones que piden a los individuos que indiquen cómo se sienten en un momento dado. Para cada afirmación, el individuo debe indicar una de las cuatro alternativas, indicando cómo se siente: nada; un poco; mucho y bastante (en la escala de estado A); casi nunca; a veces; a menudo; casi siempre (en la escala de rasgo A). La puntuación total de cada escala puede variar de 20 a 80, y los valores más altos indican un alto nivel de ansiedad. Las siguientes puntuaciones indican un nivel bajo (20-30), medio (31-49) o alto ( $\geq 50$ ) de ansiedad.

Una escala de rasgos A puede utilizarse como herramienta de investigación para distinguir a los individuos que presentan variaciones en su tendencia a reaccionar ante el estrés psicológico con diferentes grados de intensidad del estado A (21).

### **Análisis de los resultados**

Utilizando la interfaz digital Google Forms utilizada en el proceso de copiado, se generó un archivo XLS que se montó como un libro de Excel (versión 2010 o superior, formato propietario de Microsoft y compatible con varios formatos). A continuación, se procesaron los datos de acuerdo con los procedimientos establecidos en la literatura para cada instrumento, obteniendo sus respectivas puntuaciones (total y componentes/factores/dominios).

Las variables cualitativas nominativas u ordinarias se presentan como una distribución de frecuencias proporcionales de la muestra total de cada grupo. Para evaluar las diferencias en las proporciones de distribución de los datos categóricos entre los grupos se utiliza la prueba de Chi-cuadrado ( $\chi^2$ ) o la prueba exacta de Fisher.

Los datos cuantitativos continuos o discretos se presentan como

mediana y rangos intercuartílicos [p25-p75]. Para obtener la homogeneidad de la muestra se utilizó el test de Lèvene. Y el test de Shapiro-Wilk para evaluar la normalidad de la distribución de cada variable cuantitativa estudiada. En función de la homogeneidad y la normalidad de la distribución (gaussiana) de la variación cuantitativa, se define la prueba estadística adecuada (paramétrica o no paramétrica) para cada variable.

En variables homogéneas y gaussianas, la prueba t- Student se utiliza para probar las diferencias entre los grupos. Já em variáveis não homogêneas e/ou não gaussianas, foi utilizado o teste de Mann-Whytney. Ningún estudio presente foro se considera estadísticamente significativo con diferencias con valores de  $P < 0,05$ .

## Resultados

### Variable sociodemográfica

La muestra de 100 participantes estaba compuesta por un 75% de mujeres y un 25% de hombres. En cuanto al nivel de estudios de los participantes, se observó que el 8% tenía estudios primarios incompletos, el 6% estudios primarios completos, el 6% estudios de medicina incompletos, el 15% estudios secundarios completos, el 15% estudios superiores incompletos, el 30% estudios superiores completos y el 20% estudios de posgrado.

La frecuencia de consumo de alcohol de los participantes mostró que el 28% no bebe, el 43% bebe rara vez, el 10% bebe menos de una vez a la semana, el 14% bebe de 1 a 2 veces a la semana, el 4% bebe de 2 a 4 veces a la semana y el 1% bebe a diario.

En cuanto a la etnia, la mayoría de la muestra era blanca. Los participantes se consideraban blancos en un 77%, amarillos en un 3%, negros en un 3%, rojos en un 1% y morenos en un 16%. En cuanto al estado civil, la muestra estaba compuesta mayoritariamente por individuos casados, dividiéndose en un 10% de solteros, un 63% de casados, un 9% de divorciados, un 3% de divorciados, un 3% de solteros y un 15% de viudos. El consumo de tabaco sólo estaba presente en el 3% de la muestra. El resto de participantes declararon no ser consumidores de tabaco (89%) y el 8% eran ex consumidores de tabaco.

### Características de la muestra de pacientes con dolor crónico

Las características físicas de los pacientes con enfermedades nociceptivas y neuropáticas se muestran en la Tabla 1. No hubo diferencias significativas en cuanto a sexo, estatura, índice de masa corporal (IMC) y tabaquismo entre los grupos estudiados. Sin embargo, observamos que los pacientes con dolor neuropático tenían una edad significativamente superior (59 [49 - 73] frente a 56 [42 - 63],  $p= 0,05$ )



y un peso inferior (69 [62 - 79] frente a 75 [70 - 84],  $p = 0,03$ ) en comparación con los pacientes con dolor nociceptivo (Tabla 1).

**Tabla 1. Características de la muestra de pacientes con dolor crónico**

	Dolor Nociceptiva (n=21)	Dolor Neuropático (n=79)	PAG
Género			0,12
Femenino (%)	62	78	
Masculino (%)	38	22	
Edad (años)	56 [42 - 63]	59 [49 - 73]	0,05
Peso (kg)	75 [70 - 84]	69 [62 - 79]	0,03
Altura (m)	1,68 [1,62 - 1,72]	1,62 [1,57 - 1,70]	0,07
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	27 [24 - 31]	26 [23 - 29]	0,29
Tabaquismo (%)	5	3	0,51

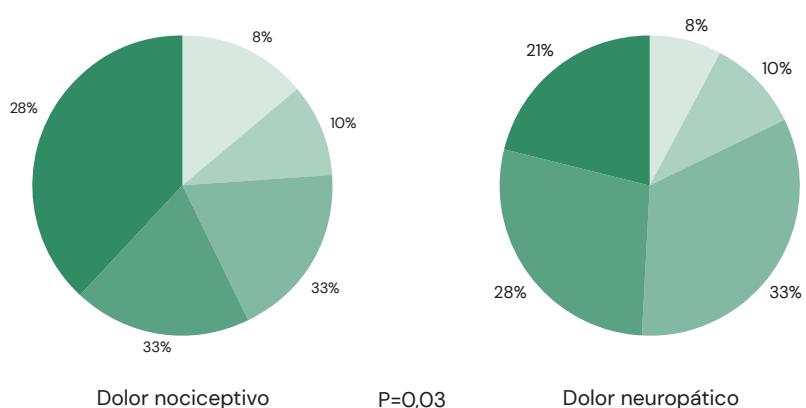
**Tabla 1.**

Datos presentados como Mediana [percentil 25% - percentil 75%] o como Proporción; IMC = Índice de Masa Corporal.

### Niveles educativos entre los grupos de dolor

Con respecto al nivel de estudios, encontramos una diferencia significativa entre los pacientes con dolor neuropático y aquellos con dolor nociceptivo ( $P = 0,03$ , Figura 1). En los pacientes con dolor neuropático, encontramos un 8% con estudios primarios incompletos,

**Figura 1. Niveles de educación entre los grupos de consumidores de drogas**



**Figura 1.**

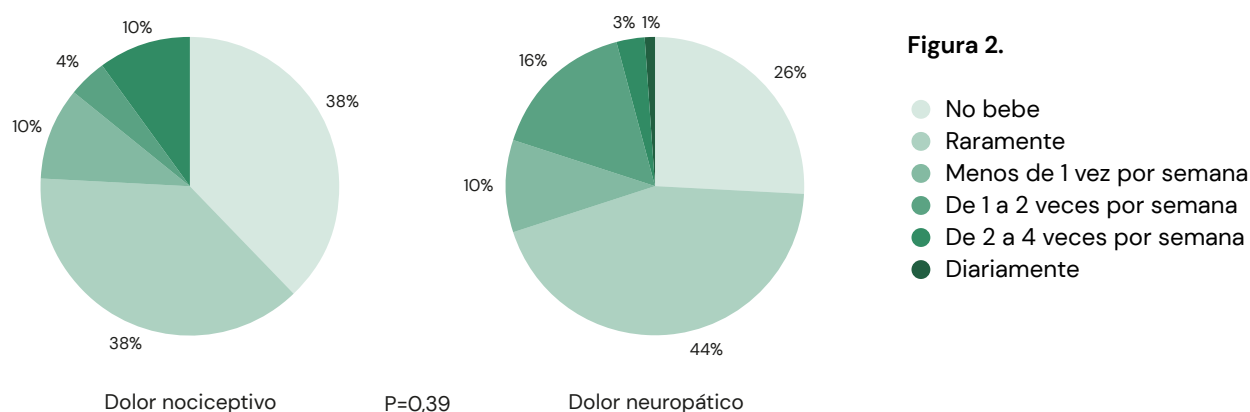
- Fundamental incompleto
- Fundamental completo
- Medio completo
- Superior completo
- Posgrado

un 10% con estudios primarios completos, un 33% con estudios secundarios completos, un 28% con estudios superiores completos y un 21% con estudios de postgrado (Figura 1). En los pacientes con dolor nociceptivo, encontramos un 10% con estudios primarios incompletos, un 19% con estudios primarios completos, un 19% con estudios secundarios completos, un 38% con estudios superiores completos y un 14% con estudios de postgrado completos (Figura 1).

### Frecuencia de consumo de alcohol

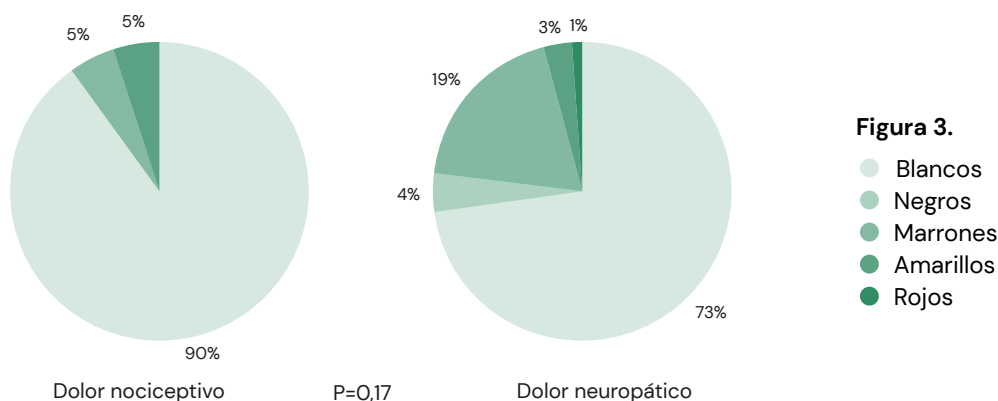
La frecuencia de consumo de alcohol entre los pacientes con dolor neuropático y nociceptivos se muestra en la Figura 2. En los pacientes con dolor neuropático, el 26% no bebía, el 44% bebía raramente, el 10% bebía menos de una vez a la semana, el 16% bebía de 1 a 2 veces a la semana, el 3% bebía de 2 a 4 veces a la semana y el 1% bebía a diario. En los pacientes con dolor nociceptivo, el 38% no bebía, el 38% bebía rara vez, el 10% bebía menos de una vez a la semana, el 4% bebía de 1 a 2 veces a la semana y el 10% bebía de 2 a 4 veces a la semana (Figura 2). No hubo diferencias significativas en la frecuencia de consumo de alcohol entre los grupos estudiados ( $P = 0,39$ ).

**Figura 2. Frecuencia de consumo de alcohol entre los grupos de dolor**



### Etnia entre los grupos de dolor

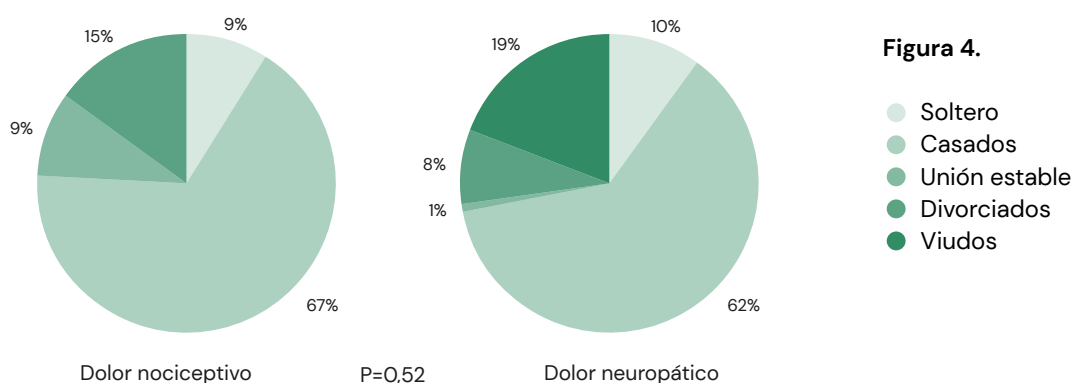
La distribución de la etnia entre pacientes con dolor neuropático y nociceptivos se muestra en la Figura 3. Los pacientes con dolor neuropático se consideran blancos en un 73%, amarillos en un 3%, negros en un 4%, rojos en un 1% y marrones en un 19%. Los pacientes con dolor neuropático se consideran blancos en un 90%, amarillos en un 5% y negros en un 5% (Figura 3). No hubo diferencias significativas en la frecuencia de consumo de alcohol entre los grupos estudiados ( $P = 0,17$ ).

**Figura 3. Etnia entre los grupos de dolor****Figura 3.**

- Blancos
- Negros
- Marrones
- Amarillos
- Rojos

### Estado civil entre los distintos grupos de pacientes con dolor neuropático y nociceptivos

La figura 4 muestra la distribución del estado civil entre los pacientes neuropáticos y nociceptivos. La muestra de pacientes con dolor neuropático está compuesta mayoritariamente por individuos casados, dividiéndose la muestra en 10% solteros, 62% casados, 1% solteros, 8% divorciados y 19% viudos (Figura 4). La muestra de pacientes con dolor nociceptivo también está compuesta mayoritariamente por individuos casados, dividiéndose la muestra en 9% solteros, 67% casados, 9% en unión estable y 15% divorciados (Figura 4). No hubo diferencias significativas en la frecuencia de consumo de alcohol entre los grupos estudiados ( $P = 0,54$ ).

**Figura 4 . Estado civil entre los grupos de dolor****Figura 4.**

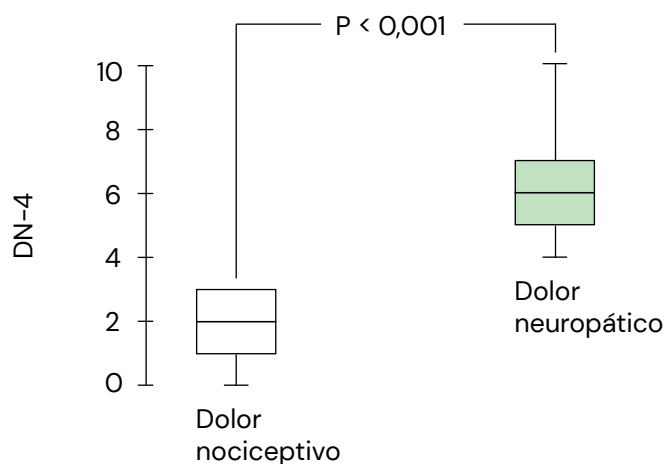
- Soltero
- Casados
- Unión estable
- Divorciados
- Viudos

### Boxplot del cuestionario dn4

Los valores obtenidos en el cuestionario de dolor neuropático (DN-4), que se utilizó para dividir los grupos de dolor crónico, se muestran en la Figura 5. Como era de esperar, los valores obtenidos en el cuestio-

nario DN-4 por los pacientes con dolor neuropático fueron significativamente superiores en comparación con los pacientes con dolor nociceptivo (2 [1 - 3] frente a 6 [5 - 7],  $P < 0,001$ , Figura 5).

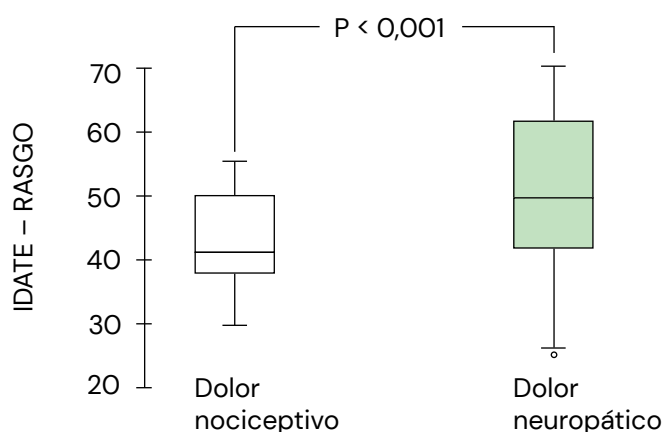
**Figura 5. Cuestionario sobre dolor neuropático (DN4)**



### Nivel de ansiedad entre grupos

En la Figura 6 se muestran los niveles de ansiedad de los pacientes con dolor neuropático y dolor nociceptivo. Los pacientes con dolor neuropático mostraron mayores niveles de ansiedad en comparación con los pacientes con dolor nociceptivo (48 [42 - 55] frente a 40 [33 - 47],  $P = 0,001$ ; Figura 6).

**Figura 6. Nivel de ansiedad entre los grupos de dolor neuropático y nociceptivo**

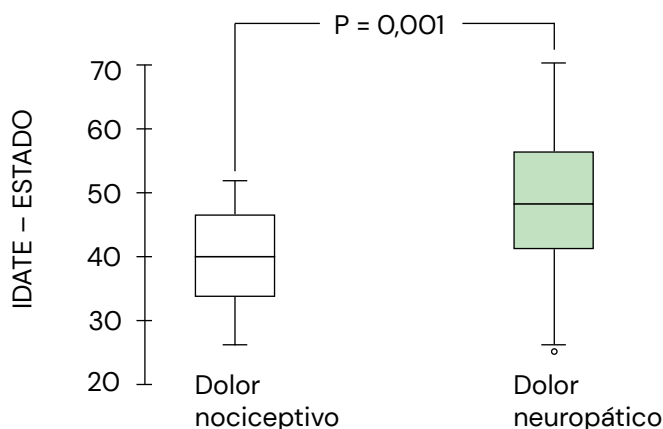


### Nivel de ansiedad rasgo entre los grupos

En la Figura 7 se muestran los niveles de ansiedad rasgo de los pacientes con dolor neuropático y dolor nociceptivo. Los pacientes con dolor neuropático mostraron niveles elevados de ansiedad rasgo en comparación con los pacientes con dolor nociceptivo (50 [43 - 61] frente a 41

[38 - 49],  $P < 0,001$ ; Figura 7).

**Figura 7. Nivel de rasgo de ansiedad entre los grupos de dolor neuropático y nociceptivo**



## Discusión

El principal hallazgo de este estudio es que los pacientes con dolor neuropático crónico presentan altos niveles de ansiedad estado y rasgo en comparación con los pacientes con dolor nociceptivo crónico. La ansiedad es una respuesta individual a una situación dada en la que las demandas del entorno superan los recursos del individuo y, por lo tanto, se perciben como amenazas para su bienestar (18).

Investigaciones sobre síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con dolor crónico fueron realizadas en centros de estudio del dolor en Bahía por Brasil y Pondé (19) (20), donde se definió la relación directa entre los síntomas de ansiedad y depresión y la intensidad del sueño. En el presente estudio, encontramos que la ansiedad es un factor asociado al dolor crónico y que la prevalencia de ansiedad es extremadamente significativa en pacientes con patología crónica, tanto nociceptiva como neuropática.

En Brasil, se estima que el dolor crónico está presente entre el 30% y el 40% de la población (21). De acuerdo con estos datos, la tasa de dolor crónico encontrada en este estudio puede considerarse elevada.

Diferenciar el dolor crónico en nociceptivo y neuropático es importante para adecuar el mejor tratamiento al paciente, tanto para aliviar el dolor como para mejorar la calidad de vida. Sin embargo, se carece de datos coherentes sobre la prevalencia y la incidencia de las enfermedades crónicas debido a la heterogeneidad de los resultados. Una mayor prevalencia de dolor crónico en la población oscila entre el 7% y el 10%, pero algunos estudios admiten que el componente neuropático puede estar presente en el 35% de los síndromes de dolor (22).

En Brasil, el dolor crónico es una condición clínica común, que afecta entre el 28% y el 41% de la población (23) (24). Se estima que la

tasa mundial de dolor crónico es de alrededor del 10% al 55%, con una media del 35% (25). Barreto y Sá (26), en un estudio sobre la prevalencia del dolor crónico en trabajadores de una universidad pública brasileña, encontraron que el 76% de los individuos tenían dolor nociceptivo, mientras que el 24% tenían dolor neuropático. El presente estudio halló una prevalencia de dolor nociceptivo crónico del 62% en las pacientes y del 38% en los pacientes, y una prevalencia de dolor neuropático crónico del 78% en las pacientes y del 22% en los pacientes. El dolor neuropático y nociceptivo presenta vínculos significativos con las puntuaciones de ansiedad.

Mirzamani-Bafghi, Sadidi y Sahrai (27) demuestran que el problema psicológico más frecuente en nuestros pacientes es la ansiedad, que puede acabar influyendo en el inicio, el embarazo y la exacerbación o mantenimiento del dolor. Según Reme, Lie y Eriksen (28) y (29), el dolor y los efectos incapacitantes de la ansiedad son tan graves como la depresión y sugieren que la detección de trastornos de ansiedad puede ser tan importante como la depresión en pacientes con dolor. El presente estudio encontró la ansiedad como un factor presente en pacientes con dolor crónico. La presencia de ansiedad extremadamente significativa en pacientes con enfermedades crónicas, tanto nociceptivas como neuropáticas.

El dolor, especialmente el dolor crónico, tiene una influencia directa sobre la ansiedad. Por tanto, una persona que tiene dolor crónico tiene un mayor nivel de ansiedad que una persona que no siente ningún tipo de dolor (30) (31). Por otro lado, la ansiedad puede influir en la percepción del dolor (32). Cuando se trata de dolor crónico, un medicamento puede aliviar el dolor, pero nunca en su totalidad, persistencia e intensidad.

Rodrigues (33), estudiando a pacientes con dolor crónico, puede comprobar que presentan niveles exacerbados de ansiedad tanto estatal como rasgo. En este trabajo pudimos comprobar que los participantes con mayor nivel de ansiedad son aquellos que presentan dolor neuropático. En nuestra muestra pudimos comprobar que en el STAI-T el puntaje mínimo observado fue de 34 puntos, el máximo fue de 64 puntos y el promedio fue de 47 puntos. En el STAI-E, el puntaje mínimo observado fue de 30 puntos, el máximo de 56 puntos y el promedio de 44 puntos. Estos datos indican que los participantes de este estudio presentan un nivel moderado de ansiedad.

Cuando hablamos de dolor, existe consenso en que a medida que aumenta la edad aumenta la prevalencia del dolor crónico (34) (35) (36). En el presente estudio pudimos observar que la presencia de pacientes con dolor neuropático es mayor en relación a los pacientes con dolor nociceptivo. Los datos indican que los adultos de mediana edad (que incluyen a personas de 45 a 59 años) son los que presentan mayor índice de dolor, siendo la edad promedio para experimentar

dolor nociceptivo de 56 años, mientras que para el dolor neuropático es de 59 años. En un estudio realizado en Salvador (BA), entre los factores predictivos de dolor crónico, la tasa más alta aparece en pacientes mayores de 59 años (24). Malta y cols. (37) encontraron que en adultos de mediana edad el dolor crónico puede estar relacionado con las actividades laborales, ya que las personas de este grupo de edad son económicamente activas. El avance de la edad es un pronóstico importante respecto a la prevalencia de enfermedades crónicas, ya que tiene un aumento progresivo proporcional al aumento de la edad. Esta observación puede explicarse por cambios en el proceso de envejecimiento en el organismo (37) y el progreso de cambios degenerativos en el sistema musculoesquelético (38) (39).

Alguna evidencia sugiere que los niveles elevados de estrés, a menudo presentes en situaciones de ansiedad, se asocian con un aumento del apetito y la ingesta de alimentos ricos en calorías, lo que puede contribuir al aumento de peso (40). Podemos observar en este estudio que el dolor crónico tiene una mayor prevalencia en pacientes con aumento de peso corporal. Por lo tanto, en relación a la composición corporal, evaluada por el índice de masa corporal (IMC) en kg/m<sup>2</sup>, no hay diferencia entre los grupos, ya que ambos grupos están clasificados como con sobrepeso.

Por tanto, el exceso de peso y la obesidad repercuten negativamente en las personas con dolor crónico de espalda, disminuyendo su capacidad funcional (41). En el presente estudio, el dolor crónico tiene una mayor prevalencia en pacientes con aumento de peso corporal. Por ejemplo, con la relación del índice de masa corporal (IMC) en kg/m<sup>2</sup> de grupos similares.

Cuando en el estudio se evalúa la variabilidad escolar y la prevalencia de enfermedades crónicas, encontramos que el 38% de los participantes tiene el género nociceptivo superior completo, mientras que el 33% tiene el género neuropático medio completo. Cuando PEREIRA et al. (42) estudiaron la relación entre dolor crónico y educación en la ciudad de São Paulo, encontraron que el 40% de los pacientes había completado la educación secundaria y superior.

Al observar los resultados de algunos trabajos y también en la clínica de tratamiento de enfermedades crónicas, es posible inferir que el nivel de educación es una variable importante que influye en la vida de una enfermedad crónica. Los estudios indican que los pacientes con dolor crónico tienen baja cualificación profesional y este hallazgo es una variable importante ya que se relaciona con la capacidad y habilidad para crear estrategias efectivas para una mejor adaptación al dolor (43). La cronicidad del dolor puede tener un impacto en varias áreas de la vida del paciente, ya que implica un cambio en el estilo de vida, en las actividades diarias y también influye en el estado emocional (44) (45).

Ya ha sido ampliamente descrito en la literatura que las mujeres tienen una mayor percepción del dolor que los hombres (46). El sexo femenino es un factor independiente asociado a la cronicidad, ya sea neuropática o nociceptiva (47) (36) (24) (48) (49).

Así como diversos factores psicosociales como la depresión, la ansiedad, la cultura, las expectativas del rol de género, los factores de aprendizaje social y la importancia que se le da al dolor. En este trabajo pudimos comprobar que las mujeres experimentan más dolor nociceptivo y neuropático en comparación con los hombres.

Según los resultados del cuestionario DN4, el 79% de los participantes dijo que era neuropático y el 21% dijo que era nociceptivo. Por Morais Vieira (36), aplicando el cuestionario DN4 en una población de São Luis (MA) demostró que la prevalencia de enfermedades crónicas era del 42%, siendo el 10% una enfermedad crónica con características neuropáticas. El porcentaje encontrado es superior al 8% encontrado en el Reino Unido (50) y al 6,9% encontrado en Francia (51).

Durante el desarrollo de este trabajo para el equipo, fue evaluado por 100 participantes con consultas previamente programadas en la Clínica MedDor, especializada en el tratamiento del dolor en la región de Ipiranga, São Paulo. La muestra estuvo compuesta por 75 participantes mujeres y 25 participantes hombres, la mayoría con educación superior completa, casados, con edades entre 42 y 73 años y con un peso entre 62 y 84 kg. Los participantes informaron que nunca habían tenido episodios previos de trastornos emocionales o del estado de ánimo.

Cuando estudiamos el tipo de dolor crónico que presentaron los participantes, pudimos comprobar que el dolor nociceptivo es mayor en aquellos con estudios superiores completos (38%), que no tienen el hábito de consumir bebidas alcohólicas (38%) o rara vez consumen bebidas alcohólicas (38%), blancos (90%) y casados (67%). El dolor neuropático es mayor en quienes han completado la escuela secundaria (33%), rara vez beben bebidas alcohólicas (44%), personas blancas (73%) y personas casadas (62%). En la literatura los autores sólo hablan de dolor crónico, considerando tanto el dolor nociceptivo como el neuropático. Cipriano et al. estudiando la prevalencia de dolor crónico en la población de la ciudad de Salvador (BA), encontraron que la prevalencia de dolor lumbar crónico fue mayor en aquellos individuos con baja escolaridad (17%), viudos o separados (21 %) y que no existe una asociación significativa entre las categorías de consumo de alcohol y el origen étnico (52).

Además del trabajo, que estudia la población de la ciudad de Curitiba, en el estado de Paraná, la crónica está presente en la mayoría de los pacientes casados (55%), aunque el 32% había completado estudios superiores. En este estudio tampoco se consideraron categorías de consumo de alcohol y etnia (52).



Al analizar la categoría étnica en este trabajo, pudimos verificar que la mayoría de los pacientes atendidos en la clínica donde se desarrolló el estudio son blancos. No existen muchos trabajos en la literatura que aborden la presencia de dolor crónico en relación a este parámetro, sin embargo, Kreling, Pimenta y Garanhani (53) en su artículo de revisión que suman cinco artículos seleccionados de bases de datos electrónicas, pude comprobar que existen Es la discriminación racial en relación a la raza negra (56%) en el control del dolor, por parte de los profesionales de la salud, lo que puede estar relacionado con diversas cuestiones como la expresión e interpretación del dolor, que puede estar asociado con normas culturales, deterioro de la percepción y la comunicación.

Cabe mencionar algunas limitaciones de este estudio. Aunque se estudia una región específica de São Paulo, los resultados no pueden generalizarse a la población de toda la ciudad. Sin embargo, los hallazgos del presente estudio concuerdan con estudios previos, donde hubo una prevalencia de dolor crónico entre el 40% y el 45% en la población brasileña. Otra limitación se refiere a la mayor representación de mujeres, similar a otros estudios (54) (55), lo que puede haber resultado en una mayor prevalencia de dolor crónico. El aumento en el número de mujeres en este estudio se puede explicar porque el mayor número de pacientes consultados en la Clínica son del sexo femenino.

Otra limitación es señalar que la exclusión de los analfabetos en los criterios de muestreo terminó por no abarcar a un grupo que, por falta de acceso a información y tratamiento adecuado, representa un desafío importante, ya que este grupo tendería a aumentar, en el muestreo, el número de analfabetos. de pacientes con dolor intenso. Como fortalezas del estudio se puede destacar un buen método de muestreo al tratarse de una clínica acreditada. Entrevistas cara a cara, que permitieron una tasa de respuesta relativamente alta. El uso de instrumentos previamente validados permitirá obtener datos confiables sobre el dolor crónico, la ansiedad y otros factores.

## Conclusión

Los pacientes que conformaron la muestra de este estudio presentaron un nivel de ansiedad moderado.

Tanto en la ansiedad rasgo como en el estado, el grupo de pacientes con dolor neuropático es el que presenta mayor nivel de ansiedad.

La edad, el peso, la educación y el sexo juegan un papel importante en el nivel de ansiedad de los pacientes con dolor crónico.

Los pacientes con nocicepción crónica son, en su mayoría, individuos con educación superior completa, que rara vez consumen bebidas alcohólicas, de etnia blanca y casados.

## Referencias bibliográficas

- Oliveira, LF. Atualização em mecanismos e fisiopatologia da dor. En: Primer Simposio Virtual De Dolor. Medicina Paliativa y Avances en Farmacología del Dolor , nov./dez. 2001. Anais. [S. l.]: [S. n.], 2001.
- Patel, NB. Fisiología del dolor. En: Kopf, A.; Patel, NB. Guía para el manejo del dolor en entornos de bajos recursos . Ámsterdam : Asociación Internacional para el Estudio del Dolor, cap. 3, páginas 13-18, 2010.
- Melzack, R.; Wall, PD Libro de texto del dolor . 4.ed. Londres: Churchill Livingstone, v.18, 1999.
- Loeser, JD; Melzack, R. Dolor: una visión general. El Lancet , v.353, n.9164, p.1607-1609, mayo de 1999.
- Millan, MJ. La inducción del dolor: una revisión integradora. Progreso en Neurobiología , v.57, n.1, p.1-164, enero de 1999.
- McCracken , LM; Zayfert, C.; Gross , RT La Escala de Síntomas de Ansiedad por el Dolor: desarrollo y validación de una escala para medir el miedo al dolor. Dolor , v. 50, n. 1, pág. 67-73, 1992.
- McCracken , LM; Gross, RT ¿La ansiedad afecta el afrontamiento del dolor crónico? La revista clínica del dolor , v. 9, n. 4, pág. 253-259, 1993.
- Fishbain, DA et al. Depresión asociada al dolor crónico: ¿antecedente o consecuencia del dolor crónico? Una revisión. La revista clínica del dolor , v. 13, n. 2, pág. 116-137, 1997.
- McCracken , LM et al. Dimensiones conductuales de adaptación en personas con dolor crónico: ansiedad y aceptación relacionadas con el dolor. Dolor , v. 80, n. 1-2, pág. 283-289, 1999.
- Bushnell, MC; Ćeko, M.; Low, LA Control cognitivo y emocional del dolor y su alteración en el dolor crónico. Nature Reviews Neurociencia , v. 14, n. 7, pág. 502-511, 2013 .
- Kroenke, K. et al. Asociación entre ansiedad, calidad de vida relacionada con la salud y deterioro funcional en pacientes de atención primaria con dolor crónico. Psiquiatría general hospitalaria , v. 35, n. 4, pág. 359-365, 2013.
- Suedo, SE; Leonardo, HL; Allen, AJ Nuevos avances en los trastornos afectivos y de ansiedad infantiles. Problemas actuales en pediatría , v. 24, n. 1, pág. 12-38, 1994.
- Allen, AJ; Leonardo, H.; Swedo, S, E. Conocimiento actual sobre medicamentos para el tratamiento de los trastornos de ansiedad infantil. Revista de la Academia Estadounidense de Psiquiatría Infantil y Adolescente , v. 34, n. 8, pág. 976-986, 1995.
- Ferreira, B.; Sennfelt, D.; Luís, A. Prevalência de Ansiedade e Depressão nos Doentes seguidos na Unidade Terapêutica de Dor do Hospital Fernando Fonseca. Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca . 95-101, 2005.
- Aguiar, RW; Caleffi, L. Dor crónica. En: Fráguas Jr.; R.; Figueiró, JAB, organizadores. Depresiones en medicina interna y en otras condiciones médicas: depresiones secundarias . São Paulo: Ateneo; 2000, pág. 407-18.
- Van Hecke, O.; Torrance, N.; Smith, H. Epidemiología del dolor crónico y su relevancia clínica. Revista británica de anestesia , v. 111, n. 1, pág. 13-18, 2013.
- Bouhassira, D. et al. Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4). Pain, v. 114, n. 1-2, p. 29-36, 2005.
- Santos, J.G. et al. Translation to Portuguese and validation of the Douleur Neuropathique 4 questionnaire. The Journal of Pain, v. 11, n. 5, p. 484-490, 2010.
- Biaggio, A. M. B.; Natalício, L.; Spielberger, C. D. Desenvolvimento da forma experimental em português do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) de Spilberger. Arquivos Brasileiros de Psicologia Aplicada, v. 29, n. 3, p. 31-44, 1977.
- Spielberger, C. D.; Smith, L. H. Anxiety (drive), stress, and serial-position effects in serial-verbal learning. Journal of Experimental Psychology, v. 72, n. 4, p. 589, 1966.
- Biaggio, A. M. B.; Natalício, L.; Spielberger, C. D. Desenvolvimento da forma experimental em português do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) de Spilberger. Arquivos Brasileiros de Psicologia Aplicada, v. 29, n. 3, p. 31-44, 1977.
- Van Hecke, O. et al. Dolor neuropático en la población general: una revisión sistemática de estudios epidemiológicos. DOLOR , v. 155, n. 4, pág. 654-662, 2014.
- Días, T. et al. “La prevalencia del dolor crónico en São Paulo (Brasil): un estudio poblacional mediante entrevista telefónica”, en Actas del 5º Congreso Mundial del Instituto Mundial del Dolor, v. 9, p. 115-116, Práctica del dolor , v. 9, p. 115-116, 2009.
- Sá, K. et al. Prevalencia de enfermedades crónicas y factores asociados en la población de Salvador, Bahía. Rev Saúde Pública , v. 43, n. 4, pág. 622-30, 2009.
- Harstall, C.; Ospina, M. ¿Qué prevalencia tiene el dolor crónico? Actualizaciones clínicas del dolor , v. 11, n. 2, pág. 1-4, 2003.
- Barreto, IG; SÁ, KN Prevalência e fatores associados à dor neuropática crônica em trabalhadores de uma universidade pública brasileira. BrJP , v. 2, n. 2, pág. 105-111, 2019.
- Mirzamani-Bafghi, BSM; Sadidi, A.; Sahrai, J. Aspectos psicológicos del dolor lumbar. Archivos de la medicina iraní , v. 6, n. 2, pág. 91-94, 2003.

28. Reme, SE; Mentira, SA; Eriksen, HR ¿Son suficientes 2 preguntas para detectar depresión y ansiedad en pacientes con dolor lumbar crónico? *Espina dorsal*, v. 39, n. 7, pág. E455, 2014. <http://dx.doi.org/10.1097/BRS0000000000000214>. Acceso el 30 de julio. 2020.
29. Reme, SE et al. Prevalencia de trastornos psiquiátricos en pacientes con dolor lumbar crónico catalogados como enfermos. *Eur J Dolor*. 2011; v.15, n. 10, pág. 1075-80. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejpain.2011.04.012>. Acceso el 30 de julio. 2020.
30. Davis, BD *Cuidando a las personas que sufren*. Prensa de Psicología, 2000.
31. Schofield, P. *Más allá del dolor*. Londres: Whurr Publishers Ltd. 2005.
32. Ogden, J. *Psicología da Saúde*, (2a ed.). Lisboa: Climepsi Editores, 2004.
33. Rodrigues, AMFM. *El docente con la crónica: estudio da repercussão na ansiedade, na depressão e nas atividades de la vida diária*. 2007. 148p. Dissertação (Mestrado em Psicología) – Universidade Fernando Pessoa, Oporto.
34. Andersson, HI y col. Dolor crónico en una población general geográficamente definida: estudios de diferencias de edad, género, clase social y localización del dolor. *La revista clínica del dolor*, v. 9, n. 3, pág. 174-182, 1995.
35. Azevedo, LF et al. Epidemiología del dolor crónico: un estudio poblacional a nivel nacional sobre su prevalencia, características y discapacidad asociada en Portugal. *El diario del dolor*, v. 15, n. 8, pág. 773-783, 2012.
36. Vieira, EBM et al. Dolor crónico, factores asociados e impacto en la vida diaria: ¿existen diferencias entre sexos?. *Cadernos de salud pública*, v. 28, pág. 1459-1467, 2012.
37. Malta DC et al. Factores asociados a la crónica de la columna en adultos en Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v. 51, p. 9 años, 2017.
38. Mitchell, C. Evaluación y manejo del dolor crónico en personas mayores. *H. J. Nurs*, v. 10, n. 5, pág. 296-304, 2001. doi : 10.12968/bjon.2001.10.5.5357. PMID: 12170672.
39. Sofaer-Bennet, B.; Schofield, Pensilvania; Cameron, PA *Dolor crónico en personas mayores. La mediana edad y más allá*, v. 42, n. 1, pág. 13-21, 2012.
40. Pachana, NA et al. Desarrollo y validación del Inventario de Ansiedad Geriátrica. *Psicogeriatría internacional*, v. 19, n. 1, pág. 103-114, 2007.
41. Alferi, FM; Silva, NCOV; Battistella, LR Estudio de la relación entre el peso corporal y el cuadro de limitación funcional y dorsal en pacientes con osteoartritis de joelho. *Einstein (16794508)*, v. 15, n. 3, 2017. DOI: 10.1590/S1679-45082017AO4082. Acceso el 30 de julio. 2020.
42. Pereira, LV et al. Prevalência, intensidade de dor crônica y autopercepción de salud entre idosos: estudio de base populacional. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 22, n. 4, pág. 662-669, 2014.
43. Bassols, A. et al. Comparación epidemiológica de las quejas de dolor en la población general de Cataluña (España). *Dolor*, v. 83, n. 1, pág. 9-16, 1999.
44. Wörz, R. Dolor en la depresión – depresión en el dolor. *Dolor, Actualizaciones Clínicas*, v. 11, n. 5, pág. 1-4, 2003.
45. Symreng, I.; Fishman, SM *Ansiedad y dolor*. *Dolor, Actualizaciones clínicas del dolor*, v. 12, n. 7, pág. 1-6, 2004.
46. Greenspan, JD y cols. Estudio de las diferencias de sexo y género en el dolor y la analgesia: un informe de consenso. *Dolor*, v. 132, p. T26-S45, 2007.
47. Wong, WS; Fielding, R. Prevalencia de fatiga crónica entre adultos chinos en Hong Kong: un estudio poblacional. *Revista de trastornos afectivos*, v. 127, n. 1-3, pág. 248-256, 2010.
48. Wijnhoven, HA; DE VET, HC; Picavet, HS J. Explicar las diferencias de sexo en el dolor musculoesquelético crónico en una población general. *Dolor*, v. 124, n. 1-2, pág. 158-166, 2006.
49. Smith, BH y cols. El impacto del dolor crónico en la comunidad. *Medicina de familia*, v. 18, n. 3, pág. 292-299, 2001.
50. Torrance, N. et al. La epidemiología del dolor crónico de origen predominantemente neuropático. Resultados de una encuesta de población general. *El Diario del Dolor*, v. 7, n. 4, pág. 281-289, 2006.
51. Bouhassira, D. et al. Prevalencia de dolor crónico con características neuropáticas en la población general. *Dolor*, v. 136, n. 3, pág. 380-387, 2008.
52. Cipriano, A.; Almeida, DBD; Vall, J. Perfil do paciente com dor crônica atendido em um ambulatório de dor de uma grande cidade do sul do Brasil. *Revista dor*, v. 12, n. 4, pág. 297-300, 2011.
53. Kreling, MCGD; Pimenta, Cadm; Garanhani, ML *A discriminação racial no tratamento da dor*. *Revista Dor*, v. 15, n. 3, pág. 230-235, 2014.
54. Johannes CB et al. La prevalencia del dolor crónico en adultos estadounidenses: resultados de una encuesta basada en Internet. *El diario de Dolor*, v. 11, n. 11, pág. 1230-1239, 2010.
55. Racine, M et al. Una revisión sistemática de la literatura de 10 años de investigación sobre sexo/género y percepción experimental del dolor – Parte 1: ¿Existen realmente diferencias entre mujeres y hombres? *Dolor*, v. 153, pág. 602-618, 2012.