

Dolor en el trastorno bipolar: prevalencia, características y relación con el riesgo de suicidio*

Ana Carolina Ferreira Rosa¹

 <https://orcid.org/0000-0001-6262-2145>

Eliseth Ribeiro Leão¹

 <https://orcid.org/0000-0003-0352-0549>

* Artículo parte de la disertación de maestría "A dor no paciente com Transtorno Afetivo Bipolar atendido no CAPS Adulto III Paraisópolis", presentada al Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein, Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein, São Paulo, SP, Brasil.

¹ Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein, Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein, São Paulo, SP, Brasil.

Objetivo: conocer la prevalencia y las características del dolor, verificar cómo se ha realizado el manejo del dolor por parte de los servicios de salud y correlacionar el riesgo de suicidio con la intensidad del dolor en pacientes con trastorno bipolar.

Método: se trata de un estudio observacional con abordaje cuantitativo. El estudio incluyó a personas con trastorno bipolar evaluadas mediante el Cuestionario de dolor de McGill – versión abreviada, el Diagrama Corporal, la Escala Visual Numérica y la Escala de Ideación Suicida (Beck). **Resultados:** la muestra de 60 participantes estuvo compuesta principalmente por mujeres con una edad promedio de 40 años y un tiempo promedio de tratamiento psiquiátrico de aproximadamente 13 años. El 83% de ellos manifestó sentir dolor en el momento de la entrevista. La mitad de los participantes indicó que el dolor interfiere en la rutina y el 80% no recibió atención en equipos de salud. Los principales descriptores que califican la experiencia dolorosa fueron: doloroso, pesadez y sensibilidad para los descriptores sensoriales, agotador y castigador en la categoría afectiva. El 57% de los participantes informó intento de suicidio. Se observó una correlación entre el riesgo de suicidio y la intensidad del dolor. **Conclusión:** el dolor tuvo una alta prevalencia. El riesgo de suicidio se identificó en más de la mitad de los participantes. La intensidad del dolor se correlacionó significativamente con el riesgo de suicidio.

Descriptores: Dolor; Manejo del Dolor; Trastorno Bipolar; Suicidio; Enfermería; Salud Mental.

Cómo citar este artículo

Rosa ACF, Leão ER. Pain in the bipolar disorder: prevalence, characteristics and relationship with suicide risk. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2021;29:e3463. [Access   ]; Available in:  .
DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.4737.3463>.

Introducción

La prevalencia del dolor en personas con trastornos mentales ha recibido poca atención⁽¹⁾. Este hecho nos sorprende, ya que las personas con Trastorno Bipolar (TB) tienen un riesgo significativo de padecer una serie de enfermedades físicas dolorosas⁽²⁾.

El TB es una enfermedad cíclica y heterogénea en sus presentaciones clínicas. Según la nueva Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11, 2018), se caracteriza por la presencia de episodios de manía/hipomanía, depresión y mixtos⁽³⁾. La prevalencia del TB en formas clásicas ronda el 2,4% y el impacto en la vida de las personas es bastante significativo⁽⁴⁾.

En general, la aparición de la enfermedad se manifiesta en la juventud, pasan en promedio ocho años hasta que la persona es diagnosticada y tratada adecuadamente, siendo la depresión unipolar el error diagnóstico más frecuente, lo que genera grandes perjuicios para la persona, su familia y la sociedad⁽³⁾.

El tratamiento más elegido es el de fármacos estabilizadores del estado de ánimo, anticonvulsivos y antipsicóticos atípicos. La combinación de fármacos con intervenciones psicosociales como la psicoterapia (individual o grupal) y los grupos psicoeducativos ha demostrado eficacia⁽⁵⁾.

Además, el riesgo de mortalidad en personas con TB es el doble que el de la población general⁽⁶⁾. Se estima que el 50% de las personas con TB intentan suicidarse al menos una vez en su vida y entre el 11 y el 19% alcanzan su objetivo⁽⁷⁾. También se sabe que los riesgos de comportamiento suicida y pérdidas funcionales son mayores para las personas que no son tratadas en las diferentes dimensiones de la atención de la salud (biopsicosocial)⁽⁸⁾.

En comparación con las personas sin trastornos mentales graves, las personas con TB tienen más probabilidades de experimentar afecciones que causan dolor y, concomitantemente, reciben una atención menos adecuada para controlarlo⁽²⁾. Este dato es relevante ya que el dolor también se asocia con el empeoramiento de los síntomas psiquiátricos⁽¹⁾. Los expertos en salud mental informan sobre las barreras que limitan su capacidad para tratar la comorbilidad física⁽⁹⁾.

Escuchar y valorar las quejas de dolor de las personas con trastornos mentales es importante, sin embargo, comúnmente se interpreta que las mismas están siempre relacionadas con conflictos emocionales, en lugar de interpretar el síntoma doloroso como una expresión de una posible correlación de eventos psicológicos con eventos orgánicos⁽⁹⁾.

El desarrollo científico ha avanzado y se ha traducido en la creación de varias disciplinas, lo que ha aportado

aspectos positivos y negativos al cuidado de la salud. Si bien, por un lado, la compartimentación del conocimiento en disciplinas le permitió al hombre alcanzar conocimientos extremadamente específicos sobre determinados temas, por otro lado, generó no solo una división del trabajo, sino también una sobreespecialización, lo que conduce a una pérdida de la visión general y a la fragmentación del conocimiento⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

De esta manera, vemos profesionales especializados en quejas físicas, sociales, mentales y espirituales que carecen, sin embargo, de una visión integradora del ser humano que oriente la asistencia de manera adecuada para satisfacer las necesidades humanas.

Se debe realizar una evaluación sistemática del dolor como parte del tratamiento de los trastornos mentales y se debe controlar el dolor durante el curso del tratamiento⁽¹²⁾. Por lo tanto, es fundamental que el tratamiento del equipo multidisciplinario en equipos de salud mental busque brindar una adecuada valoración y tratamiento del dolor en personas con TB. La literatura es escasa y, fundamentalmente, carece de artículos recientes sobre este tema.

Por ende, el presente estudio tuvo como objetivo: 1) Conocer la prevalencia y características del dolor en pacientes con TB; 2) verificar cómo los servicios de salud han manejado el dolor desde la perspectiva de los pacientes con TB; 3) correlacionar el riesgo de suicidio con la intensidad del dolor en pacientes con TB.

Método

Se trata de un estudio observacional, descriptivo con enfoque cuantitativo, desarrollado en el Centro de Atención Psicosocial (CAPS) para Adultos III Paraisópolis, en la zona sur de la ciudad de São Paulo, SP, Brasil, donde trabaja una de las investigadoras. Los Centros de Atención Psicosocial (CAPS) son servicios estratégicos con el objetivo de dar acceso y brindar integralidad al tratamiento de la salud mental de manera regionalizada. La recolección de datos duró tres meses (de marzo a mayo de 2019).

De la población diagnosticada con TB y con seguimiento en el servicio (63), solo tres se reusaron a participar del estudio. Los criterios de inclusión seguidos fueron tener diagnóstico de TB, seguimiento en CAPS Adultos III Paraisópolis, tener 18 años o más. Ningún participante cumplió con el criterio de exclusión evaluado clínicamente, que era presentar agitación psicomotora con riesgo de autoagresión y/o heteroagresión en el momento de la entrevista. De esta forma, 60 personas compusieron la muestra por conveniencia al final del estudio.

El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación (CEI) del Hospital

Israelita Albert Einstein - SP, fecha de aprobación: 9 de enero de 2019, CAAE: 04083218.0.0000.0071, número de dictamen: 3,109,674, y también fue aprobado por el CEI de la Secretaría Municipal de Salud de São Paulo, fecha de aprobación: 30 de enero de 2019, CAAE: 04083218.0.3001.0086, número de dictamen: 3,125,885, según resolución 466/12, del Consejo Nacional de Salud⁽¹³⁾. Todos los participantes del estudio acordaron firmar el Formulario de Consentimiento Libre e Informado para participar en la investigación, con copia del mismo contenido firmada por el investigador.

Se utilizaron instrumentos para investigar datos sociodemográficos y clínicos, caracterización del dolor y riesgo de suicidio en pacientes con trastorno bipolar.

El formulario de caracterización de la población consistió en datos sobre identificación, religión, estado civil, tiempo de conocimiento y tratamiento del trastorno mental y la existencia de otras enfermedades.

La evaluación del dolor fue realizada por medio del formulario de evaluación del dolor compuesto por: Diagrama Corporal, preguntas de opción múltiple sobre frecuencia, duración, factores de mejoría y empeoramiento del dolor, atención de la red de salud, impacto en la rutina, Cuestionario de Dolor de McGill (MPQ) - versión abreviada y la escala visual numérica (EVN).

El diagrama corporal de la ubicación del dolor consiste en una representación esquemática del cuerpo humano, por delante y por detrás, en la que el paciente indica dónde se encuentra el dolor. Las preguntas sobre la frecuencia del dolor van desde sentir dolor todos los días hasta sentir dolor una vez al mes.

La duración del dolor fue evaluada según la sensación dolorosa, si es "continua" o "se detiene y luego vuelve", y según el tiempo (minutos, horas, días o constante). Las últimas preguntas de esta etapa del cuestionario se relacionan con lo que mejora o empeora el dolor, si el dolor interfiere en la rutina y finalmente si el entrevistado recibió apoyo en la red de salud con respecto al dolor.

El Cuestionario de Dolor de McGill (MPQ) - versión abreviada tiene como objetivo proporcionar medidas cualitativas de dolor que puedan ser analizadas estadísticamente⁽¹⁴⁾. El MPQ fue diseñado para evaluar la naturaleza multidimensional de la experiencia del dolor y demostró ser una herramienta de medición confiable, válida y consistente⁽¹⁵⁾. En esta investigación se utilizó el MPQ traducido y adaptado al portugués⁽¹⁶⁾, siendo su versión original elaborada en 1975⁽¹⁴⁾.

El instrumento multidimensional evalúa diversos aspectos del dolor utilizando 15 palabras (descriptores) que el paciente elige para expresar su dolor. Los descriptores se dividen en dos grupos: sensorial y afectivo. El índice numérico de descriptores es el número de palabras elegidas por el paciente para caracterizar su

dolor, cada una de estas palabras recibe un valor entre 0 y 3 puntos, 0 corresponde a "sin dolor" y 3 corresponde a dolor "severo". Los puntajes calculados son: puntaje sensorial (varía entre 0 y 33), puntaje afectivo (varía entre 0 y 12) y puntaje total (varía entre 0 y 45)⁽¹⁶⁾.

La Escala Visual Numérica (EVN) es un instrumento unidimensional para evaluar la intensidad del dolor. La EVN consta de una regla dividida en once partes iguales, numeradas sucesivamente del 0 al 10. El entrevistado manifestó la equivalencia entre la intensidad de su dolor y una clasificación numérica, siendo indoloro (0), leve (1 a 3), moderado (4 a 7) y dolor intenso/excesivo (8 a 10)⁽¹⁷⁾.

El tercer instrumento utilizado fue la escala de Ideación Suicida de Beck (ISB), que evalúa la presencia de ideación suicida, la gravedad de las ideas, planes y deseos suicidas. No existe un punto de corte o nivel específico, ya que una puntuación superior a 0 ya indica la existencia de ideación suicida y requiere atención⁽¹⁸⁾.

La ISB consta de 21 ítems y los primeros 19 ítems, que cuentan con tres respuestas alternativas, reflejan gradaciones de la severidad de los deseos, actitudes y planes suicidas. Los dos últimos ítems, no incluidos en la puntuación final, son informativos, aportan información importante sobre el paciente, el número de intentos de suicidio previos y la gravedad de la intención de morir en el último⁽¹⁸⁾.

En esta investigación se utilizó la versión traducida y adaptada al portugués⁽¹⁸⁾, su versión original es la *Scale for Suicide Ideation*, SSI, presentada en 1979⁽¹⁹⁾. Se investigó la calidad de las características psicométricas de la SSI, y se utilizó como instrumento en la investigación y el trabajo clínico, basado en pacientes psiquiátricos adultos, hospitalizados y ambulatorios⁽²⁰⁾.

De acuerdo con los criterios del manual original, la aplicación y puntuación de la ISB puede estar a cargo de un paraprofesional, mientras que la interpretación debe estar a cargo del profesional con experiencia clínica. En el presente estudio, las mismas autoras fueron las responsables de la recolección de datos y del análisis de los datos estadísticos, ya que contemplan los prerrequisitos del manual. Cabe destacar que, la interpretación de los resultados de este instrumento se realizó mediante la descripción de los resultados estadísticos, y no según la interpretación subjetiva de cada dominio de la escala⁽¹⁸⁾.

Las investigadoras programaron una cita para todos los pacientes con TB que estaban siendo monitoreados en el CAPS Adultos III Paraisópolis. Los posibles participantes ya recibían seguimiento en el CAPS, por lo que para optimizar la recopilación de datos y no generarles ningún costo a los pacientes, se priorizó la programación de la recopilación de datos para los días que coincidían con el tratamiento en el CAPS.

A la hora prevista, los posibles participantes fueron remitidos a la oficina del CAPS Adultos III Paraisópolis. Luego de evaluar los criterios de inclusión y exclusión, se les explicaron los objetivos del estudio.

Después de leer y firmar el Formulario de Consentimiento Libre e Informado (FCLI), cada participante recibió una copia de los tres instrumentos de investigación para acompañar la lectura durante la entrevista. La investigadora leyó el instrumento indicando las respuestas dadas por el entrevistado. La entrevistadora releyó la pregunta no comprendida, lentamente, sin ninguna otra explicación o uso de sinónimo. Al final de la entrevista, se aclararon las dudas del participante.

Las variables cuantitativas se describieron mediante medias, desviación estándar, mediana, rango intercuartílico y valores extremos. Las variables cualitativas se describieron mediante frecuencia absoluta y porcentaje⁽²¹⁾.

La distribución de los datos de ideación suicida, medida por la escala de Ideación Suicida Total de Beck, fue bastante asimétrica, con una concentración de valores cero en la muestra. Los valores observados variaron entre cero y 27, con una mediana de cero, primer cuartil cero y tercer cuartil 11. Con esta distribución, era necesario encontrar no solo un modelo que contemplase una distribución asimétrica sino también uno que contemplase el exceso de ceros en la muestra. Debido a que es una puntuación discreta, es decir, sin decimales, una distribución candidata fue la distribución binomial negativa, adecuada para comportamientos asimétricos y datos discretos.

Para contemplar la inflación cero se utilizó un modelo mixto, con la ayuda del paquete *Generalized additive models for location, scale and shape* (GAMLSS) del paquete R, que considera una distribución binomial negativa ajustada por el exceso de ceros⁽²²⁻²³⁾. La verificación de la calidad de ajuste se realizó mediante el análisis gráfico de los residuos del modelo, el cual mostró un comportamiento satisfactorio para poder extraer conclusiones inferenciales del modelo ajustado.

Los resultados se presentaron mediante medias estimadas, intervalos de confianza del 95% en los grupos y valores p para las comparaciones. Los análisis se realizaron con la ayuda de los paquetes *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS)⁽²⁴⁾, R⁽²³⁾ y GAMLSS⁽²²⁾, y considerando un nivel de significancia del 5%.

Resultados

La muestra estuvo constituida por 60 personas con Trastorno Bipolar que recibían seguimiento en el CAPS Adultos III Paraisópolis. Como se muestra en la Tabla 1, la edad promedio de los participantes fue de 40

años. La mayor parte de la muestra estuvo compuesta por mujeres.

El tiempo promedio de tratamiento psiquiátrico fue de aproximadamente 13 años, pero el tiempo promedio en el que recibieron el diagnóstico de TB fue de 9 años. A lo largo de sus vidas, los participantes experimentaron 8 hospitalizaciones psiquiátricas (promedio).

Tabla 1 - Características sociodemográficas y clínicas de los pacientes con TB*. São Paulo, SP, Brasil, 2019

Variables	Total
Edad (años)	
Media (DE [†])	40,92 (11,36)
Mediana [IIQ [‡]]	40,00 [32,00; 51,25]
Mínimo - Máximo (n)	21,00 - 65,00 (60)
Sexo - n (%) (N=60)	
Femenino	43 (71,7)
Masculino	17 (28,3)
Cuánto tiempo hace que sabe del TB' (años)	
Media (DE [†])	9,20 (7,82)
Mediana [IIQ [‡]]	7,50 [2,00; 15,00]
Mínimo - Máximo (n)	0,08 - 30,00 (60)
Cuánto tiempo hace que recibe tratamiento psiquiátrico (años)	
Media (DE [†])	13,36 (9,36)
Mediana [IIQ [‡]]	12,00 [7,00; 20,00]
Mínimo - Máximo (n)	0,08 - 39,00 (60)
Número de internaciones psiquiátricas	
Media (DE [†])	7,90 (9,94)
Mediana [IIQ [‡]]	4,00 [1,75; 10,00]
Mínimo - Máximo (n)	0,00 - 40,00 (60)
Tiene otra enfermedad o problema de salud - n (%) (N=60)	
No	37 (61,7)
Sí	13 (21,7)
No sé	10 (16,7)

*TB = Trastorno Bipolar; [†]DE = Desviación estándar; [‡]IIQ = Intervalo Intercuartílico

La Tabla 2 muestra la prevalencia y caracterización del dolor. De los sesenta participantes del estudio, cincuenta informaron sentir dolor en el momento de la entrevista (83%), y el 60% de los participantes sintieron dolor musculoesquelético. La columna fue la más mencionada y el 44% de los participantes siente dolor todos los días.

En la intensidad del dolor medida por la Escala Visual Numérica (EVN), los valores variaron de cero a diez, con una mediana de seis (dolor moderado).

Tabla 2 – Prevalencia y caracterización del dolor en pacientes con TB*. São Paulo, SP, Brasil, 2019

Variables	Total
Presencia de Dolor - n (%) (N=60)	
No	10 (16,7)
Sí	50 (83,3)
Intensidad del dolor (0 a 10) (N=60)	
Media (DE [†])	5,68 (3,31)
Mediana [IIQ [‡]]	6,00 [3,75; 8,00]
Mínimo - Máximo	0,00 - 10,00
Ubicación del dolor principal - n (%) (N=50)	
Cefálico	8 (16,0)
Torácico	4 (8,0)
Columna	21 (42,0)
Abdomen	2 (4,0)
MMSS [§]	7 (14,0)
MMII	8 (16,0)
Frecuencia del dolor - n (%) (N=50)	
Todos los días	22 (44,0)
Tres veces por semana	5 (10,0)
Dos veces por semana	6 (12,0)
Una vez por semana	7 (14,0)
Una o dos veces por mes	10 (20,0)
¿Qué hace para mejorar su dolor? - n (%) (N=50)	
No hago nada	7 (14,0)
Tomo medicamentos que compro directamente en la farmacia	4 (8,0)
Tomo medicamentos prescritos por el médico	12 (24,0)
Concurro al servicio de salud	4 (8,0)
Uso hiervas medicinales	1 (2,0)
Recurro a la religión	2 (4,0)
Descanso	6 (12,0)
Camino	2 (4,0)
Converso con alguien	5 (10,0)
Otros	7 (14,0)
¿Qué empeora su dolor? - n (%) (N=50)	
Descansar	8 (16,0)
Caminar	18 (36,0)
Estar nervioso	16 (32,0)

*TB = Trastorno Bipolar; [†]DE = Desviación Estándar; [‡]IIQ = Intervalo Intercuartílico; [§]MMSS = Miembros Superiores; ^{||} MMII = Miembros Inferiores

En la Tabla 3 se muestra cómo se ha realizado el manejo del dolor desde la perspectiva del paciente con TB. Una parte significativa de los participantes no recibió tratamiento para el dolor y no se sintió acogido en los servicios de salud. La mitad de los participantes indicó que el dolor interfiere en su rutina.

Tabla 3 – Manejo del dolor de los pacientes con TB* en los servicios de salud. São Paulo, SP, Brasil, 2019

Variables	Total
¿Recibió atención para el dolor en algún servicio de salud? - n (%) (N=50)	
Sí, en el Centro de Atención Psicosocial	1 (2,0)
Sí, en la Unidad Básica de Salud	4 (8,0)
Sí, en Asistencia Médica Ambulatoria	1 (2,0)
Sí, en la Sala de Emergencias	2 (4,0)
No	40 (80,0)
Otros	2 (4,0)
¿Qué otro cuidado recibió? - n (%) (N=2)	
Ortopedista – ambulatorio	1 (50,0)
Ortopedista privado	1 (50,0)
Acogida en el momento de la queja de dolor - n (%) (N=50)	
No	42 (84,0)
Sí	8 (16,0)
El dolor interfiere en su rutina - n (%) (N=50)	
No	25 (50,0)
Sí	25 (50,0)

*TB = Trastorno Bipolar

La Tabla 4 muestra las respuestas de la experiencia subjetiva de dolor utilizando el cuestionario de dolor de McGill - versión abreviada. El valor mediano de la puntuación sensorial fue igual a 12,5, la puntuación afectiva fue igual a 6,0 y, por último, el valor mediano de la puntuación total fue igual a 18,0.

Se observa que los descriptores que califican la experiencia dolorosa con puntuaciones más altas fueron: doloroso, pesadez y sensibilidad para los descriptores sensoriales, agotador/exhaustivo y castigador/atormentador en la categoría afectiva.

Tabla 4 – Evaluación del dolor mediante el cuestionario de dolor de McGill. São Paulo, SP, Brasil, 2019

McGill	Intensidad							
	0*		1†		2‡		3§	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sensorial								
Palpitante	21	35,0%	15	25,0%	14	23,3%	10	16,7%
Punzante	24	40,0%	9	15,0%	21	35,0%	6	10,0%
Agudo	29	48,3%	8	13,3%	11	18,3%	12	20,0%
Cólico	54	90,0%	0	0,0%	4	6,7%	2	3,3%
Como una mordedura	46	76,7%	6	10,0%	6	10,0%	2	3,3%
Calor-quemazón	33	55,0%	7	11,7%	10	16,7%	10	16,7%
Doloroso	13	21,7%	6	10,0%	21	35,0%	20	33,3%
Pesadez	17	28,3%	4	6,7%	18	30,0%	21	35,0%
Sensibilidad	20	33,3%	5	8,3%	16	26,7%	19	31,7%
Como un desgarró	29	48,3%	14	23,3%	11	18,3%	6	10,0%
Afectiva								
Agotador-exhaustivo	16	26,7%	7	11,7%	14	23,3%	23	38,3%
Que maree	46	76,7%	2	3,3%	7	11,7%	5	8,3%
Atemorizante	29	48,3%	6	10,0%	10	16,7%	15	25,0%
Castigador-atormentador	14	23,3%	5	8,3%	19	31,7%	22	36,7%

*0 = Sin dolor; †1 = Dolor leve; ‡2 = Dolor moderado; §3 = Dolor severo

En cuanto a las respuestas al cuestionario de la escala de ideación suicida de Beck, la puntuación total (ideación y planificación suicidas) osciló entre 0 y 28. Aproximadamente el 57% de los encuestados intentó suicidarse al menos una vez con un deseo de moderado a alto.

En la Tabla 5, observamos la relación estadísticamente significativa entre el dolor medido por la escala visual numérica (EVN) y la ideación suicida.

Tabla 5 - Relación entre dolor e ideación suicida. São Paulo, SP, Brasil, 2019

	Con dolor (n=50)		Total (n=60)	
	Razón de medias (IC 95%)	valorp†	Razón de medias (IC 95%)	valorp†
Dolor en la Escala Numérica Visual ENV‡	1,127 (1,006; 1,263)	0,044	1,145 (1,003; 1,307)	0,049
Dolor en McGill (MPQ§) - puntuación Sensorial	1,039 (0,996; 1,083)	0,085	1,040 (0,996; 1,087)	0,084
Dolor en McGill (MPQ§) - puntuación Afectiva	1,005 (0,919; 1,100)	0,907	1,145 (0,920; 1,102)	0,883
Dolor en McGill (MPQ§) - puntuación Total	1,025 (0,990; 1,060)	0,167	1,026 (0,990; 1,064)	0,163

†IC = Intervalo de Confianza; †Valor p = Nivel de significancia; ‡EVN = Escala Visual Numérica; §MPQ = Cuestionario de dolor de McGill

Los datos de la Tabla 5 demuestran además que, con cada adición de un punto en la escala de dolor, se espera un aumento promedio del 14,5% en la puntuación promedio de ideación suicida (IC del 95%: 0,3% a 30,7%, valor p 0,049) para la muestra total. Para la muestra con dolor, esta relación también es significativa, con cada aumento de un punto en la escala de dolor, esperamos un aumento del 12,7% en la puntuación media de ideación

suicida (IC del 95% de 0,6% a 26,3%, valor p 0,044), es decir, a mayor dolor, mayor puntuación de ideación suicida.

Discusión

En este estudio sobre el dolor, la muestra estuvo formada por 60 personas con Trastorno Bipolar que reciben seguimiento en el CAPS Adultos III Paraisópolis.

La primera observación a realizar es el predominio de mujeres en la muestra, a diferencia de los estudios de prevalencia de TB, que no mostraron diferencia significativa en la distribución por sexo⁽²⁵⁻²⁶⁾. Una de las posibles explicaciones es la mayor demanda femenina de servicios de salud, lo que coincide con otros estudios⁽²⁷⁻²⁸⁾, ya que ser mujer fue un predictor de mayor demanda de atención de salud⁽²⁸⁾.

Nuestros resultados concuerdan con los estudios que identificaron el retraso y los desafíos del diagnóstico del Trastorno Bipolar⁽³⁾. Se sabe que el 69% de los pacientes no son diagnosticados correctamente y terminan consultando, en promedio, a cuatro médicos antes de recibir un diagnóstico adecuado⁽⁵⁾.

El diagnóstico tardío y las numerosas hospitalizaciones experimentadas por los entrevistados nos alertan sobre el riesgo de aumento de la morbilidad y la mortalidad de estas personas, ya que las consecuencias del retraso en el diagnóstico se asocian a una menor probabilidad de tratamiento farmacológico adecuado, mayores tasas de suicidio y hospitalización⁽⁵⁾, que se reflejan en el pronóstico y la calidad de vida de estas personas.

Estudios en la ciudad de São Paulo indican una prevalencia del dolor del 28,1% en las encuestas telefónicas domiciliarias, y alcanza el 43%, cuando los datos se obtuvieron mediante entrevistas presenciales⁽²⁹⁻³⁰⁾. Uno de los pocos estudios sobre la prevalencia del dolor en personas con trastorno bipolar detectó que una de cada cuatro personas con TB se ve afectada por dolor crónico y la migraña es tres veces más común que en la población general⁽¹²⁾.

La prevalencia del dolor en las personas sin hogar es mayor (82,6%) y más similar a los hallazgos de este estudio, lo que demuestra que las poblaciones desatendidas tienden a tener condiciones más críticas cuando se las estudia⁽³¹⁾.

En este estudio, casi la totalidad de los participantes reportaron dolor en el momento de la entrevista, siendo la mayoría de naturaleza musculoesquelética y con frecuencia diaria. Indican una mejoría del dolor al tomar la medicación prescrita por el médico y un empeoramiento al caminar y cuando se ponen nerviosos. La mitad de los encuestados indicó que el dolor interfiere en la rutina.

Según nuestros resultados, se sabe que el dolor musculoesquelético es prevalente en la población, empeorando con el aumento de carga (caminar, levantar, bajar, cargar objetos) y mejora con el reposo y el consumo de medicación⁽³²⁻³³⁾. En el presente estudio, el empeoramiento del dolor también se asocia con la sensación de nerviosismo, resultado que también se observó en el estudio de personas esquizofrénicas con dolor crónico⁽³³⁾.

La duración y frecuencia del dolor influyen en la vida de las personas. Los dolores frecuentes desgastan a quienes los sienten, demandan la búsqueda de equipos de salud, sobrecargan económicamente a la familia, le quitan energía a las actividades de la vida diaria y, posiblemente, a la disposición para las actividades de rehabilitación psicosocial⁽³³⁾.

En esta muestra, la intensidad media del dolor fue moderada, mientras que los descriptores con puntuaciones más altas que califican la experiencia dolorosa de los entrevistados fueron: doloroso, pesadez y sensibilidad para los descriptores sensoriales, agotador/exhaustivo y castigador/atormentador en la categoría afectiva.

El dolor más severo tiende a ser más invalidante, y la intensidad de la queja es un factor importante cuando es informado a los profesionales y familiares, para la realización de la terapia, e inclusive para tomar la decisión de derivar al paciente a otras especialidades, o no⁽³⁴⁾.

La calidad sensorial del dolor a menudo indica la etiopatogenia de la afección. El dolor punzante, cólico y torsional a menudo indica procesos en vísceras huecas; ardor, quemazón, *shock*, a menudo se relaciona con condiciones donde hay neuropatías; el dolor descrito como doloroso, pesadez, a menudo se refiere a situaciones que involucran estructuras musculares profundas⁽¹³⁻¹⁵⁾. Son indicaciones que se relacionan con nuestros resultados a partir de descriptores sensoriales, ya que el dolor musculoesquelético fue el más frecuente en la muestra. Las cualidades afectivas del dolor indican el componente emocional que tiene cualquier cuadro de dolor^(16,33).

Los hallazgos que caracterizaron el dolor en nuestra muestra colaboraron para dilucidar cómo la experiencia dolorosa involucra los aspectos sensibles, emocionales, cognitivos y socioculturales, y por ende, nos invitan a repensar la importancia de evaluar el dolor en las personas con TB⁽³⁴⁾.

Una parte significativa de los participantes no se sintió acogida en el equipo de salud al presentar la queja de dolor, resultado que demuestra que no se prioriza la evaluación del dolor de las personas con trastorno mental⁽³⁴⁾, además de alertarnos sobre los desafíos que enfrenta el profesional de la salud que atiende a la persona con TB en relación con las quejas de dolor.

Durante la entrevista, muchos de los participantes se sorprendieron por las preguntas porque no estaban acostumbrados a este tipo de cuidados, reacción que nos llamó la atención dado que en algunos casos la verbalización del dolor ayuda a aliviarlo⁽³⁴⁾.

A partir de estos hallazgos, es posible resaltar la relevancia de la comunicación de la experiencia dolorosa por parte de los pacientes a los profesionales de la salud para comprender el dolor. El desafío del profesional para

identificar la queja puede estar relacionado con la forma en que se realiza el estudio de los síntomas en la atención.

Además de esa posibilidad, no podemos ignorar la desvalorización de la queja del dolor por el estigma que rodea a las personas con trastorno bipolar. El comportamiento de la persona comienza a verse como impredecible, voluble y problemático, despierta angustia, miedo y ansiedad, porque genera la sensación de estar frente a algo desconocido, fuera de control, lo que causa impotencia y frustración a los profesionales⁽³⁵⁾.

La atención al usuario de salud mental, en general, suele darse en las etapas más avanzadas de la enfermedad, cuando hay mayor dificultad para llevar a cabo el tratamiento, y por ende, se realiza una menor inversión, lo que implica un deterioro de las condiciones de salud y una reducción de la calidad de vida⁽³⁶⁾.

En cuanto al riesgo de suicidio, más de la mitad de los participantes intentó suicidarse al menos una vez en su vida, hallazgo que corrobora el alto riesgo de suicidio de las personas con TB⁽⁸⁾.

En el estudio se demostró otro aspecto relacionado con la conducta suicida en pacientes bipolares, que reveló que el riesgo de suicidio en esta población puede ser mayor en los primeros años de la enfermedad. Por lo tanto, un retraso en el diagnóstico y, en consecuencia, en la estabilización del estado de ánimo podría incrementar el riesgo de suicidio^(4,8).

El TB es un trastorno mental grave asociado con la conducta suicida. Por lo tanto, comprender los correlatos clínicos y neurobiológicos de la conducta suicida puede contribuir a reducir las tasas de suicidio en esta población.

La correlación entre la intensidad del dolor y el riesgo de suicidio fue estadísticamente significativa, cuando el dolor se intensificó, el riesgo de suicidio en la muestra aumentó. No hemos identificado estudios en la literatura con esta relación en personas diagnosticadas con TB, escenario que aumenta la necesidad de la realización de estudios de dolor en el campo de la salud mental.

Entre las limitaciones del estudio, está el hecho de que la muestra es pequeña y corresponde a un solo servicio, que hay escasez de información sobre las características de la enfermedad, además de que existe la posibilidad de que el informe de dolor varíe según las fases y polaridades del Trastorno Bipolar, lo que amerita ser investigado en el futuro. El número de participantes también está relacionado con una de las principales dificultades en el tratamiento de la persona con TB, ya que aproximadamente el 50% interrumpe el tratamiento al menos una vez, mientras que el 30% de ellos lo hace al menos dos veces^(3,14). Por su magnitud, la no adherencia o baja adherencia a la terapia son problemas de salud pública⁽³⁾.

Si bien el tema del dolor en personas con trastornos mentales es relevante y presente, aún está poco explorado en las investigaciones en nuestro ámbito. Este estudio, por lo tanto, presenta contribuciones relevantes para el estudio del dolor en poblaciones vulnerables y, sobre todo, desatendidas. Se trata de un estudio pionero que amplía la discusión para los profesionales de la salud mental que atienden a esta población y que en ocasiones no incluyen la evaluación del dolor en su trabajo diario. Los hallazgos también pueden respaldar discusiones enriquecedoras para la enseñanza y sugieren la necesidad de ampliación y de realización de estudios adicionales sobre el dolor en este y otros trastornos mentales.

El tratamiento del dolor en el campo de la salud mental puede contribuir a *insights* (una comprensión) más profunda y sofisticada de los síndromes de dolor y de la morbilidad psiquiátrica en general, independientemente del estado de dolor de las personas, a fin de promover fuertes interacciones entre diferentes especialidades⁽¹⁾.

Conclusión

El estudio reveló dolor moderado de alta prevalencia en pacientes con TB, principalmente musculoesquelético, que mejora con tratamiento farmacológico, y que empeora con la actividad física y con aspectos emocionales. Una parte significativa de los participantes refirió haberse quejado de dolor y no haber recibido atención en los equipos de salud. El riesgo de suicidio se identificó en más de la mitad de los participantes y mostró una correlación significativa con la intensidad del dolor.

Referencias

1. Elman I, Zubieta JK, Borsook D. The missing p in psychiatric training: why it is important to teach pain to psychiatrists. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;68(1):12-20. doi: <http://dx.doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.174>
2. DE Hert M, Correll CU, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Cohen D, Asai I, et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry*. 2011;10(1):52-77. Disponible em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21379357>
3. World Health Organization. International Classification of Diseases 11 (ICD) for Mortality and Morbidity Statistics. Mental, Behavioural or Neurodevelopmental Disorders. [Internet] Geneva: WHO; 2018 [cited Aug 10, 2020]. Available from: <https://www.who.int/classifications/classification-of-diseases>
4. Jones S, Riste L, Barrowclough C, Bartlett P, Clements C, Davies L, et al. Reducing relapse and suicide in bipolar disorder: practical clinical approaches to identifying risk,

- reducing harm and engaging service users in planning and delivery of care – the PARADES (Psychoeducation, Anxiety, Relapse, Advance Directive Evaluation and Suicidality) Programme. [Internet]. Southampton: NIHR Journals Library; 2018 [cited Aug 10, 2020]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30222285/>
5. Bosaipo NB, Borges VF, Juruena MF. Transtorno bipolar: uma revisão dos aspectos conceituais e clínicos. *Medicina (Ribeirao Preto)*. [Internet]. 2017 [Acesso 10 ago 2020];50(1):72-84. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/127541>
 6. Stroppa A, Colugnati FA, Koenig HG, Moreira-Almeida A. Religiosity, depression, and quality of life in bipolar disorder: a two-year prospective study. *Braz J Psychiatry*. 2018 Jul-Sep;40(3):238-43. doi: <http://10.1590/1516-4446-2017-2365>
 7. Bezerra S Filho, Galvão-de-Almeida A, Studart P, Martins DF Jr, Caribé AC, Schwingel PA, et al. Suicide attempts in bipolar I patients: impact of comorbid personality disorders. *Rev Bras Psiquiatr*. 2017;39(2):133-9. doi: <http://10.1590/1516-4446-2016-19822>
 8. Miranda-Scippa A. Transtorno bipolar e suicídio. *Med Int Méx*. [Internet]. 2020 [Acesso 10 ago 2020];36(1):S6-S8. Disponível em: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2020/mims201c.pdf>
 9. Corgozinho MM, Barbosa LO, Araújo IP, Araújo GTF. Pain and suffering from the perspective of patient-centered care. *Rev Bioét*. 2020;28(2):249-56. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-80422020282386>
 10. Almeida JMC. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. *Cad Saúde Pública*. 2019;35(11):1-6. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00129519>
 11. Amarante P, Nunes MO. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2018;23(6):2067-74. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>
 12. Stubbs B, Eggermont L, Mitchell AJ, De Hert M, Correll CU, Soundy A, et al. The prevalence of pain in bipolar disorder: a systematic review and large-scale meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand*. 2015;131:75-88. doi: <http://10.1111/acps.12325>
 13. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília, 12 dez 2012 [Acesso 10 ago 2020]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
 14. Melzack R. The short-form McGill pain questionnaire. *Pain*. 1987;30(2):191-7. doi: [http://10.1016/0304-3959\(87\)91074-8](http://10.1016/0304-3959(87)91074-8)
 15. Lovejoy TI, Turk DC, Morasco BJ. Evaluation of the psychometric properties of the revised short-form McGill Pain Questionnaire. *J Pain*. 2012;13(12):1250-7. doi: <http://10.1016/j.jpain.2012.09.011>
 16. Pimenta CA, Teixeira MJ. Adaptation of McGill questionnaire to Portuguese language. *Rev Esc Enferm USP*. 1996;30(3):473-83. doi: <https://doi.org/10.1590/S0080-62341996000300009>
 17. Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor. Hospital sem dor: diretrizes para implantação da dor como 5º sinal vital. [Internet]. São Paulo: SBED; 2018. Disponível em: http://www.dor.org.br/profissionais/5_sinal_vital.asp
 18. Cunha JA. Manual da versão em português das escalas de Beck. [Internet]. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001 [Acesso 10 ago 2020]. Disponível em: <https://www.livrariadopsicologo.com.br/livro-escalas-beck-manual-9788573961577,CUN009.html>
 19. Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Assessment of suicidal intention: The Scale for Suicide Ideation. *J Consult Clin Psychol*. 1979;47(2):343-52. doi: <https://doi.org/10.1037/0022-006X.47.2.343>
 20. Beck AT, Brown GK, Steer RA. Psychometric characteristics of the Scale for Suicide Ideation with psychiatric outpatients. *Behav Res Ther*. 1997;35(11):1039-46. doi: [http://10.1016/s0005-7967\(97\)00073-9](http://10.1016/s0005-7967(97)00073-9)
 21. Altman DG. Practical statistics for medical research. [Internet]. London: CRC Press; 1991 [cited Aug 10, 2020]. Disponível em: https://books.google.com.br/books?hl=en&lr=&id=v-walRnRxWQC&oi=fnd&pg=PR11&dq=Altman+Practical+statistics+for+medical+research.+&ots=SyVUGgwq1i&sig=OnlhCM6NtO_DDHI-4UYI8B6oF-I&redir_esc=y#v=onepage&q=Altman%20Practical%20statistics%20for%20medical%20research.&f=false
 22. Stanispoulos DM, Rigby RA. Generalized additive models for location, scale and shape (GAMLSS) in R. *J Stat Softw*. [Internet]. 2007 [cited Aug 10, 2020];23(7):1-46. Available from: <https://www.jstatsoft.org/v23/i07/paper>
 23. R Core Team. R: A language and environment for statistical computing. [Homepage]. Vienna: R Foundation for Statistical Computing; 2020 [cited Aug 10, 2020]. Available from: <https://www.R-project.org/>
 24. IBM Corp. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 24.0. Armonk: IBM Corp; 2016.
 25. Almeida-Filho N, Mari JJ, Coutinho E, França JF, Fernando JG, Andreoli SB, et al. Estudo multicêntrico em áreas urbanas brasileiras. *Rev ABP-APAL*. [Internet]. 1992 [Acesso 10 ago 2020];14(3):93-104. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000092&pid=S1516-4446200000010000400011&lng=en
 26. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, et al. Lifetime and 12-month prevalence

of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatr.* 1994;51(1):8-19. doi: <http://10.1001/archpsyc.1994.03950010008002>

27. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2010. [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2010 [Acesso 10 ago 2020]. Disponível em: <https://servicodados.ibge.gov.br/Download/Download.ashx?http=1&u=biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv45700.pdf>

28. Levorato CD, Mello LM, Silva AS, Nunes AA. Factors associated with the demand for health services from a gender-relational perspective. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2014;19(4):1263-74. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014194.01242013>

29. Leão Ferreira KA, Bastos TR, Andrade DC, Silva AM, Appolinario JC, Teixeira MJ, et al. Prevalence of chronic pain in a metropolitan area of a developing country: a population-based study. *Arq Neuropsiquiatr.* 2016;74(12):990-8. doi: <https://doi.org/10.1590/0004-282x20160156>

30. Maia Costa DC, Sawaya Botelho EB, Dylese Prescatan JP, Eluf-Neto J. Chronic pain prevalence and associated factors in a segment of the population of São Paulo City. *J Pain.* 2014;15(11):1081-91. doi: <http://10.1016/j.jpain.2014.07.001>

31. Campos AG, Victor ES, Seeley M, Leão ER. Pain in Brazilian people experiencing homelessness. *Pain Rep.* 2019;4(6):792 doi: <http://10.1097/PR9.0000000000000792>

32. Bastos D, Silva G, Teixeira L, Lustosa M, Borda M, Couto S, et al. Dor. *Rev Soc Bras. Psicol Hosp.* 2007;10(1):86-96. doi: <http://10.1590/1413-81232014197.08992013>

33. Almeida JG, Kurita GP, Braga PE, Pimenta CA. Dor crônica em pacientes esquizofrênicos: prevalência e características. *Cad Saúde Pública* 2010;26(3):591-602. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000300016>

34. Ciaramella A. Mood Spectrum Disorders and Perception of Pain. *Psychiatr Q.* 2017;88(4):687-700. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s11126-017-9489-8>

35. Prado MF, Sá MC, Miranda L. The patient with severe mental disorders in general hospital: a literature review. *Saúde Debate.* 2015;39(n. esp.):320-37. doi: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2015S005419>

36. Rocha FL, Hara C, Paprocki J. Doença Mental e Estigma. *Rev Med Minas Gerais.* 2015;25(4):590-6. doi: <http://www.dx.doi.org/10.5935/2238-3182.20150127>

Contribución de los autores:

Concepción y dibujo de la pesquisa: Ana Carolina Ferreira Rosa, Eliseth Ribeiro Leão. **Obtención de datos:** Ana Carolina Ferreira Rosa. **Análisis e interpretación de los datos:** Ana Carolina Ferreira Rosa, Eliseth Ribeiro Leão. **Análisis estadístico:** Ana Carolina Ferreira Rosa, Eliseth Ribeiro Leão. **Redacción del manuscrito:** Ana Carolina Ferreira Rosa, Eliseth Ribeiro Leão. **Revisión crítica del manuscrito en cuanto al contenido intelectual importante:** Ana Carolina Ferreira Rosa, Eliseth Ribeiro Leão.

Todos los autores aprobaron la versión final del texto.

Conflicto de intereses: los autores han declarado que no existe ningún conflicto de intereses.

Recibido: 10.08.2020

Aceptado: 26.12.2020

Editora Asociada:
Sueli Aparecida Frari Galera

Copyright © 2021 Revista Latino-Americana de Enfermagem
Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.

Autor de correspondencia:
Ana Carolina Ferreira Rosa
E-mail: anacfr19@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0001-6262-2145>