Revista Médica Electrónica
Rev Méd Electrón
v. 47. 2025
ISSN: 1684-1824
Artículo de investigación

Ansiedad, depresión y estrés como moduladores del dolor en la atención odontológica

Anxiety, depression and stress as modulators of pain in dental care

Romina Moreno-Prieto[1] https://orcid.org/0009-0000-9067-0953

Víctor Moreno-Prieto[2*] https://orcid.org/0000-0001-6118-0189

Juana Delgadillo-Avila[3] https://orcid.org/0000-0003-3097-9371

Carlos Temoche-Rosales[3] https://orcid.org/0000-0001-6790-2840

Carlos Campodónico-Reátegui[3] https://orcid.org/0000-0003-2721-1302

[1] Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

[2] Universidad Nacional Federico Villarreal. Lima, Perú.

[3] Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.

[*] Autor para la correspondencia: victor1053644@gmail.com

RESUMEN

Introducción: Los estados emocionales pueden influir en la percepción del dolor, especialmente en contextos clínicos como la atención odontológica.

Objetivo: Examinar la relación entre los estados psicoemocionales (depresión, ansiedad y estrés) y la percepción del dolor en pacientes odontológicos.

Los artículos de Revista Médica Electrónica de la Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas se comparten bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución– NoComercial 4.0.
Email: rme.mtz@infomed.sld.cu

Métodos: Se realizó un estudio observacional, transversal y prospectivo en una clínica odontológica de Lima, Perú, con 185 pacientes entre 18 y 40 años. Se aplicó el cuestionario DASS-21 para medir los estados emocionales y la Escala Visual Analógica para evaluar el dolor.

Resultados: Se halló una correlación positiva entre ansiedad (Rho = 0,35; p < 0,001) y estrés (Rho = 0,48; p < 0,001) con la percepción del dolor. La depresión no mostró relación significativa (Rho = -0,003; p = 0,96). La regresión logística ordinal indicó que la ansiedad leve (OR = 8,81; IC 95 %: 3,81-20,37) y moderada (OR = 2,22; IC 95 %: 1,06-4,65), así como el estrés leve (OR = 16,64; IC 95 %: 7,15-38,70), moderado (OR = 2,97; IC 95 %: 1,30-6,78) y severo (OR = 7,50; IC 95 %: 1,68-33,36), se asocian significativamente con un aumento en la percepción del dolor. La depresión leve (OR = 0,40; IC 95 %: 0,20-0,80; p = 0,01) y severa (OR = 0,08; IC 95 %: 0,00-0,78; p = 0,03) se asociaron con una menor percepción del dolor.

Conclusiones: La ansiedad y el estrés se asociaron significativamente con una mayor percepción del dolor. Estos hallazgos respaldan la importancia de intervenciones psicológicas tempranas para optimizar la experiencia del tratamiento odontológico.

Palabras clave: depresión, ansiedad, estrés psicológico, percepción del dolor, salud mental.

ABSTRACT

Introduction: Emotional states can influence pain perception, especially in clinical settings such as dental care.

Objective: To examine the relationship between psycho-emotional states (depression, anxiety, and stress) and pain perception in dental patients.

Methods: An observational, cross-sectional, and prospective study was conducted in a dental clinic in Lima, Peru, with 185 patients aged 18 to 40 years. The DASS-21 questionnaire was applied to measure emotional states, and the Visual Analog Scale was used to evaluate pain.

Results: A positive correlation was found between anxiety (Rho = 0.35; p < 0.001) and stress (Rho = 0.48; p < 0.001) with pain perception. Depression showed no significant relationship (Rho = –0.003; p = 0.96). Ordinal logistic regression indicated that mild anxiety (OR = 8.81; 95% CI: 3.81–20.37) and moderate anxiety (OR = 2.22; 95% CI: 1.06–4.65), as well as mild (OR = 16.64; 95% CI: 7.15–38.70), moderate (OR = 2.97; 95% CI: 1.30–6.78), and severe stress (OR = 7.50; 95% CI: 1.68–33.36), were significantly associated with increased pain perception. Mild depression (OR = 0.40; 95% CI: 0.20–0.80; p = 0.01) and severe depression (OR = 0.08; 95% CI: 0.00–0.78; p = 0.03) were associated with lower pain perception.

Los artículos de Revista Médica Electrónica de la Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas se comparten bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución– NoComercial 4.0.
Email: rme.mtz@infomed.sld.cu

Conclusions: Anxiety and stress were significantly associated with higher pain perception. These findings support the importance of early psychological interventions to optimize the quality of dental treatment experience.

Key words: depression, anxiety, psychological stress, pain perception, mental health.

Recibido: 22/04/2025.

Aceptado: 22/09/2025.

Revisores: Silvio Faustino Soler Cárdenas, Lissette Castillo-Mateu y Maritza Petersson-Roldán.

INTRODUCCIÓN

Los estados psicoemocionales, como la ansiedad, el estrés y la depresión, influyen directamente en la experiencia del dolor, e interfieren con el afrontamiento y la tolerancia del mismo en distintos contextos clínicos.[1] En odontología, estos factores son especialmente relevantes, ya que pueden alterar la percepción del dolor durante procedimientos invasivos y dificultar la adherencia al tratamiento.[2]

Particularmente en poblaciones jóvenes, se ha evidenciado que el estrés percibido está relacionado con la presencia de dolor musculoesquelético, que explica parte de la variación en intensidad del dolor y número de sitios con dolor.[3] Esta asociación destaca la necesidad de comprender el dolor desde una perspectiva más amplia, y considerar no solo los aspectos físicos, sino también los emocionales.

En esta línea se ha demostrado que el dolor no solo es una experiencia física sino multidimensional, modulada por emociones negativas que intensifican la respuesta fisiológica al estímulo doloroso.[4] Un ejemplo claro de esta interacción se evidenció durante la pandemia, período en el que se observó un aumento en los niveles de ansiedad, depresión y estrés entre los pacientes, que afectaban su disposición a recibir atención odontológica. Este fenómeno resalta la importancia de considerar los factores emocionales en la práctica clínica, especialmente en la odontología, donde influyen en el comportamiento de los pacientes.[5,6]

Asimismo, en diversos contextos clínicos se ha reportado una asociación entre el estrés y el dolor físico, lo cual refuerza la necesidad de abordar, de forma integral, los factores emocionales para prevenir la cronificación del dolor en los entornos sanitarios.[7] Esta necesidad se hace aún más evidente en el ámbito odontológico, donde la interacción entre emociones y dolor puede manifestarse en síntomas como agitación, evasión del tratamiento o un aumento en la demanda de anestesia.[8]

Los artículos de Revista Médica Electrónica de la Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas se comparten bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución– NoComercial 4.0.
Email: rme.mtz@infomed.sld.cu

Estudios recientes han reforzado estas observaciones al señalar que niveles elevados de ansiedad dental y estrés se asocian con una mayor intensidad del dolor percibido, mientras que la depresión parece tener un papel menos consistente en esta relación.[2,9] No obstante, también se ha identificado que estrategias psicológicas como el *mindfulness* (atención plena al presente y observación no juiciosa de las sensaciones), la autoeficacia y la resiliencia pueden ejercer un efecto protector en la percepción del dolor,[10,11] lo que sugiere nuevas vías de intervención clínica centradas en el bienestar emocional.

Asimismo, resulta fundamental comprender estos vínculos para implementar estrategias de atención más humanizadas, en las que se integre el enfoque psicológico como parte de una atención odontológica integral. Además, se ha demostrado que intervenciones no farmacológicas pueden reducir eficazmente la ansiedad y el dolor durante procedimientos odontológicos, lo cual refuerza la importancia de integrar abordajes psicológicos y sensoriales como parte de una atención odontológica verdaderamente humanizada.[12,13]

Por ello, el objetivo de este estudio fue examinar la relación entre los estados psicoemocionales (depresión, ansiedad y estrés) y la percepción del dolor en pacientes odontológicos.

MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, transversal y prospectivo en la Clínica Odontológica de la Universidad Norbert Wiener, en Lima, Perú. El estudio se llevó a cabo entre los meses de mayo y julio de 2022.

La población estuvo conformada por pacientes adultos de ambos sexos, con edades entre 18 y 40 años, que asistieron a consulta odontológica durante el período mencionado. Se seleccionó esta población por su alta frecuencia de atención en la clínica universitaria, y por encontrarse en una etapa vital donde los factores psicoemocionales pueden tener un impacto significativo en la percepción del dolor.[14]

En cuanto a la muestra, fue no probabilística, por conveniencia, e incluyó 185 participantes que cumplieron los criterios de inclusión, firmaron el consentimiento informado y recibieron tratamiento odontológico durante el período de estudio. Se excluyeron a los menores de 18 y a los mayores de 40 años, pacientes que no firmaron el consentimiento, personas con diagnóstico psiquiátrico o con incapacidad legal para tomar decisiones.

Las variables estudiadas fueron: percepción del dolor, depresión, ansiedad, estrés, edad y sexo. Para evaluar los estados psicoemocionales, se utilizó la escala DASS-21 (Depression Anxiety Stress Scales), instrumento validado para población hispanohablante, que mide tres dimensiones emocionales en cinco niveles de severidad. La percepción del dolor se midió mediante la Escala Visual Analógica (EVA), ampliamente utilizada para evaluar el dolor clínico en contextos odontológicos.

Los artículos de Revista Médica Electrónica de la Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas se comparten bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución– NoComercial 4.0.
Email: rme.mtz@infomed.sld.cu

A los pacientes se les explicó el propósito del estudio. Antes del procedimiento odontológico, se aplicó el cuestionario DASS-21 y, tras la intervención, se administró la escala EVA. El investigador resolvió dudas durante la aplicación para asegurar la comprensión de los ítems.

El estudio fue aprobado por el Comité Institucional de Ética para la Investigación de la Universidad Privada Norbert Wiener (CIEI-UPNW), expediente N.° 194-2022. Todos los procedimientos se realizaron en concordancia con los principios éticos de la Declaración de Helsinki.

Los datos se analizaron mediante el *software* estadístico Stata v. 17. Se aplicó estadística descriptiva (frecuencias y porcentajes) para caracterizar la muestra. Se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman con el propósito de evaluar asociaciones entre las variables emocionales y la percepción del dolor; se consideró un valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo.

Además, se implementó un modelo de regresión logística ordinal, en el que la percepción del dolor fue la variable dependiente (ninguno, muy leve, leve, medio, fuerte, muy fuerte y peor posible), y las independientes fueron las variables psicoemocionales (depresión normal: leve, moderada, severa y muy severa; ansiedad normal: leve, moderada, severa y muy severa; estrés normal: leve, moderado, severo y muy severo) y sociodemográficas (edad en años y sexo femenino/masculino). Se calcularon razones de momios ajustadas (OR) con sus respectivos intervalos de confianza al 95 %. Se evaluó el ajuste del modelo mediante el Akaike Information Criterion (AIC).

RESULTADOS

La tabla 1 presenta las frecuencias y porcentajes correspondientes a las variables sexo y edad. Se observó que la muestra estuvo mayormente compuesta por mujeres (56,76 %) y por participantes del grupo etario de 29 a 40 años (65,95 %).

Tabla 1. Estadística descriptiva de los factores sociodemográficos

Variables	Frecuencias	Porcentajes
Sexo		
Masculino	80	43,24
Femenino	105	56,76
Edad		
18-28 años	63	34,05
29-40 años	122	65,95

Los artículos de Revista Médica Electrónica de la Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas se comparten bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución– NoComercial 4.0.
Email: rme.mtz@infomed.sld.cu

En la tabla 2 se muestran las frecuencias y porcentajes correspondientes a las variables psicoemocionales, con la percepción del dolor. Se observó que la mayoría de los participantes se clasificaron dentro de niveles normales en depresión (57,30 %), ansiedad (43,78 %) y estrés (44,86 %).

Tabla 2. Estadística descriptiva de los factores psicoemocionales

Variables	Frecuencias	Porcentajes
Depresión		
Normal	106	57,30
Leve	47	25,40
Moderada	29	15,68
Severa	3	1,62
Muy severa	-	-
Ansiedad		
Normal	81	43,78
Leve	55	29,73
Moderada	38	20,54
Severa	11	5,95
Muy severa	-	-
Estrés		
Normal	83	44,86
Leve	52	28,11
Moderado	42	22,71
Severo	8	4,32
Muy severo	-	-

En la tabla 3 se presentan las frecuencias y porcentajes correspondientes a la variable percepción del dolor. Se observó que predominó el dolor leve (28,64 %), seguido de dolor fuerte (20,54 %) y dolor medio (16,22 %).

Los artículos de Revista Médica Electrónica de la Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas se comparten bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución– NoComercial 4.0.
Email: rme.mtz@infomed.sld.cu

Tabla 3. Estadística descriptiva de la percepción del dolor

Variable	Frecuencias	Porcentajes
Percepción del dolor		
Ningún dolor	29	15,68
Dolor muy leve	29	15,68
Dolor leve	53	28,64
Dolor medio	30	16,22
Dolor fuerte	38	20,54
Dolor muy fuerte	2	1,08
Peor dolor posible	4	2,16

Posteriormente, se realizó un análisis correlacional utilizando el coeficiente Rho de Spearman, para examinar la relación entre la percepción del dolor y las variables emocionales y sociodemográficas (tabla 4). Se encontró una correlación positiva y estadísticamente significativa entre percepción del dolor y ansiedad (Rho = 0,35; p = 0,00), así como con estrés (Rho = 0,48; p = 0,00). También se observó una correlación negativa significativa con la edad (Rho = -0,21; p = 0,00). No se hallaron correlaciones significativas con depresión (Rho = -0,003; p = 0,96) ni con sexo (Rho = 0,07; p = 0,30).

Tabla 4. Correlación entre los factores psicoemocionales y sociodemográficas con la percepción del dolor

Factores	Percepción del dolor	
	Rho de Spearman	p valor
Depresión	-0,003	0,96
Ansiedad	0,35	-
Estrés	0,48	-
Sexo	0,07	0,30
Edad	-0,21	-

Para identificar los factores asociados a una mayor percepción del dolor, se aplicó un modelo de regresión logística ordinal (tabla 5). El modelo incluyó variables psicológicas (depresión, ansiedad y estrés), así como sexo y edad. En relación con la depresión, se

Los artículos de Revista Médica Electrónica de la Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas se comparten bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución– NoComercial 4.0.
Email: rme.mtz@infomed.sld.cu

observó que los participantes con depresión leve presentaron un 60 % menos de probabilidades de reportar mayor dolor en comparación con quienes no tenían depresión (OR = 0,40; IC 95 %: 0,20-0,80; p = 0,01).

De forma similar, la depresión severa también se asoció significativamente con una menor percepción del dolor (OR = 0,08; IC 95 %: 0,00-0,78; p = 0,03). La depresión moderada no mostró una asociación estadísticamente significativa (p = 0,10). Respecto a la ansiedad, los participantes con ansiedad leve mostraron 8,81 veces más probabilidades de experimentar un mayor nivel de dolor (IC 95 %: 3,81-20,37; p < 0,01). La ansiedad moderada también se asoció significativamente con una mayor percepción del dolor (OR = 2,22; IC 95 %: 1,06-4,65; p = 0,03). En el caso de la ansiedad severa, la asociación fue marginalmente significativa (OR = 3,72; IC 95 %: 0,99-13,94; p = 0,05).

En cuanto al estrés, el nivel leve presentó la asociación más fuerte con el dolor percibido (OR = 16,64; IC 95 %: 7,15-38,70; p < 0,01). También se halló una asociación significativa con el estrés moderado (OR = 2,97; IC 95 %: 1,30-6,78; p = 0,04) y con el estrés severo (OR = 7,50; IC 95 %: 1,68-33,36; p = 0,02).

Por su parte, en las variables sociodemográficas no se encontraron diferencias significativas por sexo (OR = 1,27; IC 95 %: 0,70-2,27; p = 0,42). Sin embargo, los participantes del grupo de 29-40 años mostraron un 48 % menos de probabilidades de percibir mayor dolor en comparación con los de 18-28 años (OR = 0,52; IC 95 %: 0,28-0,97; p = 0,04). El ajuste del modelo, que se evaluó mediante el Akaike Information Criterion (AIC), mostró un valor de 547,91, lo cual indica un buen desempeño del modelo.

Los artículos de Revista Médica Electrónica de la Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas se comparten bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución– NoComercial 4.0.
Email: rme.mtz@infomed.sld.cu

Tabla 5. Modelo de regresión logística ordinal de los factores asociados a la percepción del dolor

Factores asociados	OR	p valor	IC 95 %
Depresión leve	0,40	0,01	0,20-0,80
Depresión moderada	0,49	0,10	0,21-1,16
Depresión severa	0,08	0,03	0,00-0,78
Ansiedad leve	8,81	-	3,81-20,37
Ansiedad moderada	2,22	0,03	1,06-4,65
Ansiedad severa	3,72	0,05	0,99-13,94
Estrés leve	16,64	-	7,15-38,70
Estrés moderado	2,97	0,01	1,30-6,78
Estrés severo	7,50	0,00	1,68-33,36
Sexo femenino	1,27	0,42	0,70-2,27
Edad 29-40 años	0,52	0,04	0,28-0,97
AIC	547,91		

Categorías de referencia: depresión normal, ansiedad normal, estrés normal, sexo masculino y grupo etario de 18-28 años. OR: *Odds ratio* (OR); IC: intervalo de confianza al 95 % y AIC: Akaike Information Criterion.

DISCUSIÓN

Los resultados del estudio evidenciaron que la ansiedad y el estrés se asocian significativamente con la percepción del dolor, mientras que la depresión no mostró una relación estadísticamente relevante. Estos hallazgos contrastan con investigaciones previas desarrolladas en contextos de dolor oncológico o crónico severo, donde la depresión ha mostrado una asociación directa con una mayor intensidad del dolor.[15,16]

Una posible explicación de esta discrepancia es que la muestra del presente estudio presentó niveles normales o subclínicos de depresión, los cuales podrían no haber alcanzado un umbral suficiente para influir de manera significativa en la percepción dolorosa. En este sentido, Bair et al.[17] sostienen que es la presencia de síntomas depresivos clínicamente significativos la que tiende a relacionarse con una percepción incrementada del dolor, lo cual resalta la importancia de considerar la severidad sintomática.

De forma similar, en el estudio de Gureje et al.[18] se evidencia que la depresión clínica, más que los síntomas leves, se asocia con dolor persistente y deterioro funcional, lo que sugiere que la intensidad del cuadro depresivo es un determinante clave en la experiencia del dolor.

Los artículos de Revista Médica Electrónica de la Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas se comparten bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución– NoComercial 4.0.
Email: rme.mtz@infomed.sld.cu

Respecto a la ansiedad y el estrés, se corroboró una asociación positiva con la percepción del dolor. Esto coincide con estudios que sostienen que la activación emocional, particularmente la ansiedad, incrementa la sensibilidad al dolor debido a una mayor reactividad autonómica.[19,20]

Los resultados del modelo de regresión logística ordinal fortalecen esta relación, al evidenciar que, incluso tras ajustar por variables sociodemográficas, los niveles elevados de ansiedad y estrés aumentaron significativamente la probabilidad de experimentar dolor de mayor intensidad. Investigaciones recientes resaltan que esta relación puede moderarse por habilidades de *mindfulness* y por habilidades de autoeficacia (confianza para afrontar y autorregular el dolor), asociadas a menor dolor percibido.[10]

En relación con la depresión, los resultados del presente estudio difieren de los reportados por Mendoza-Contreras et al.,[4] quienes identificaron asociaciones claras entre ansiedad, depresión y dolor en entornos oncológicos. Esta divergencia podría explicarse por las diferencias en el contexto clínico y el nivel de gravedad de los síntomas emocionales. La revisión de Piñar Sancho et al.[21] añade una dimensión más compleja, al indicar que la interacción entre factores biológicos, genéticos y psicosociales podría influir en estas discrepancias.

Por su parte, el enfoque biopsicosocial planteado por Kovačević et al.[22] refuerza la necesidad de incluir variables psicológicas y sociales en los programas integrales de intervención frente al dolor crónico. En esa misma línea, Landmark et al.[23] identificaron factores psicosociales específicos, como el catastrofismo, la percepción de injusticia y trastornos del sueño, que agravan la discapacidad relacionada con el dolor.

Otros hallazgos recientes sugieren que una mayor inteligencia emocional se relaciona con niveles más bajos de ansiedad y depresión,[24] lo cual respalda la pertinencia de incorporar programas de desarrollo emocional en las intervenciones terapéuticas y preventivas dirigidas al manejo del dolor.

Entre las limitaciones de este estudio se encuentra su diseño transversal, que impide establecer relaciones causales. Asimismo, el tamaño y las características específicas de la muestra limitan la generalización de los hallazgos. Otro aspecto a considerar es la exclusión de variables relevantes, como el apoyo social, la resiliencia o las estrategias de afrontamiento utilizadas por los participantes. Por ello, futuras investigaciones deberían abordar estas limitaciones mediante estudios longitudinales y con muestras más diversas.

Desde una perspectiva práctica, los resultados resaltan la necesidad de diseñar intervenciones orientadas al manejo de la ansiedad y el estrés, particularmente en contextos académicos o laborales donde estos factores emocionales son altamente prevalentes.[25] Programas enfocados en el desarrollo de habilidades emocionales y el uso de técnicas de regulación emocional podrían contribuir a disminuir la intensidad del dolor percibido y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

En conclusión, los hallazgos de este estudio evidencian una relación significativa entre ansiedad, estrés y percepción del dolor en pacientes odontológicos, lo que subraya la importancia de integrar el abordaje psicoemocional en la atención clínica. Futuros

Los artículos de Revista Médica Electrónica de la Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas se comparten bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución– NoComercial 4.0.
Email: rme.mtz@infomed.sld.cu

estudios deberían considerar la inclusión de variables adicionales, como apoyo social, calidad del sueño, resiliencia e inteligencia emocional, así como analizar los efectos diferenciados según la severidad de los síntomas emocionales, a fin de desarrollar intervenciones más precisas, integrales y personalizadas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fajardo-Chica D. Sobre el concepto de dolor total. Rev Salud Pública. 2020;22(3):368-72. DOI: 10.15446/rsap.V22n3.84833.

2. Arellano-Cabezas FJ, Carranza-Samanez KM. Nivel de ansiedad y respuesta fisiológica ante tratamientos dentales invasivos: un estudio longitudinal. Rev Cient Odontol (Lima). 2023;11(4):e175. DOI: 10.21142/2523-2754-1104-2023-175.

3. Østerås B, Sigmundsson H, Haga M. Perceived stress and musculoskeletal pain are prevalent and significantly associated in adolescents: an epidemiological cross-sectional study. BMC Public Health. 2015;15(1):1081. DOI: 10.1186/s12889-015-2414-x.

4. Mendoza-Contreras LA, Domínguez-Trejo B, Rodríguez-Medina DA, et al. Factores psicosociales asociados con la intensidad de dolor por cáncer: una revisión narrativa. Psicol Salud. 2024;34(2):259-69. DOI: 10.25009/pys.v34i2.2907.

5. Gonzáles-Azaña LA, Castillo-Saavedra EF, Reyes-Alfaro CE, et al. Ansiedad e indiferencia en la atención odontológica durante la pandemia COVID-19. Av Odontoestomatol. 2022;38(3):91-6. DOI: 10.4321/s0213-12852022000300002.

6. Vigo D, Patten S, Pajer K, et al. Mental health of communities during the COVID-19 pandemic. Can J Psychiatry. 2020;65(10):681-7. DOI: 10.1177/0706743720926676.

7. Rhoden DJ, Colet CF, Stumm EMF. Association and correlation between stress, musculoskeletal pain and resilience in nurses before hospital accreditation maintenance assessment. Rev Latino-Am Enfermagem. 2021;29:e3465. DOI: 10.1590/1518-8345.4658.3465.

8. Ríos-Erazo M, Herrera-Ronda A, Farías C, et al. Validez y confiabilidad del cuestionario de ansiedad y miedo dental IDAF-4C+ en adultos mayores. Int J Interdiscip Dent. 2021;14(1):22-7. DOI: 10.4067/S2452-55882021000100022.

9. Edetanlen EB, Ogbikaya AJ, Azodo CC. Screening for depression among dental patients in Benin City subpopulation of Nigeria. Saudi J Oral Sci. 2021;8:9-13. DOI: 10.4103/sjos.SJOralSci_32_20.

Los artículos de Revista Médica Electrónica de la Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas se comparten bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución– NoComercial 4.0.
Email: rme.mtz@infomed.sld.cu

10. Firth AM, Cavallini I, Sütterlin S, et al. Mindfulness and self-efficacy in pain perception, stress and academic performance. The influence of mindfulness on cognitive processes. Psychol Res Behav Manag. 2019;12:565-74. DOI: 10.2147/PRBM.S206666.

11. Rodríguez Tejada A, Torres Tejera ME. Estrategias no farmacológicas en el tratamiento de la ansiedad. Aten Primaria Práct. 2024;6(2):100193. DOI: 10.1016/j.appr.2024.100193.

12. Alkanan SAM, Alhaweri HS, Khalifa GA, et al. Dental pain perception and emotional changes: on the relationship between dental anxiety and olfaction. BMC Oral Health. 2023;23(1):175. DOI: 10.1186/s12903-023-02864-9.

13. Lucas-Hernández A, González-Rodríguez VDR, López-Flores A, et al. Estrés, ansiedad y depresión en trabajadores de salud durante la pandemia por COVID-19. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2022;60(5):556-62. Citado en PMCID; PMC10395996.

14. Murray CB, Patel KV, Twiddy H, et al. Age differences in cognitive–affective processes in adults with chronic pain. Eur J Pain. 2021;25(5):1041-52. DOI: 10.1002/ejp.1725.

15. Theofanidis AH, Timkova V, Macejova Z, et al. Pain in Biologic-Treated Rheumatoid Arthritis Patients: The Role of Illness Perception Before and After the COVID-19 Pandemic. Musculoskeletal Care. 2024;22(4):e1958. DOI: 10.1002/msc.1958.

16. Maceda Limo P, Maceda Nuñez WA, Escalante López EA. Dolor osteoarticular y depresión en adultos mayores atendidos en un hospital geriátrico de Lima-Perú. Horiz Med. 2022;22(3):e1795. DOI: 10.24265/horizmed.2022.v22n3.03.

17. Bair MJ, Robinson RL, Katon W, et al. Depression and pain comorbidity: a literature review. Arch Intern Med. 2003;163(20):2433-45. DOI: 10.1001/archinte.163.20.2433.

18. Gureje O, Von Korff M, Simon GE, et al. Persistent pain and well-being: A World Health Organization Study in Primary Care. JAMA. 1998;280(2):147-51. DOI: 10.1001/jama.280.2.147.

19. Ploghaus A, Narain C, Beckmann CF, et al. Exacerbation of pain by anxiety is associated with activity in a hippocampal network. J Neurosci. 2001;21(24):9896-903. DOI: 10.1523/JNEUROSCI.21-24-09896.2001.

20. Vernaza-Pinzón P, Posadas-Pérez L, Acosta-Vernaza C. Dolor y emoción, una reflexión para el profesional en ciencias de la salud. Duazary. 2019;16(1):145-55. DOI: 10.21676/2389783X.2639.

21. Piñar Sancho G, Suárez Brenes G, De La Cruz Villalobos N. Actualización sobre el trastorno depresivo mayor. Rev méd sinerg [Internet]. 2020 [citado 03/03/2025];5(12). Disponible en: https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=97477

Los artículos de Revista Médica Electrónica de la Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas se comparten bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución– NoComercial 4.0.
Email: rme.mtz@infomed.sld.cu

22. Kovačević I, Pavić J, Filipović B, et al. Integrated approach to chronic pain - The role of psychosocial factors and multidisciplinary treatment: a narrative review. Int J Environ Res Public Health. 2024;21(9):1135. DOI: 10.3390/ijerph21091135.

23. Landmark L, Sunde HF, Fors EA, et al. Associations between pain intensity, psychosocial factors, and pain-related disability in patients with chronic pain. Sci Rep. 2024;14:13477. DOI: 10.1038/s41598-024-64059-8.

24. Montero Saldaña B, López Ramírez JP, Higareda Sánchez JJ. Inteligencia emocional, ansiedad y depresión en estudiantes universitarios durante la pandemia por COVID-19. Rev Psicol Univ Autón Estado Méx [Internet]. 2022 [citado 03/03/2025];11(26):146-74. Disponible en: https://revistapsicologia.uaemex.mx/article/view/19075

25. Palma-Delgado GM, Barcia-Briones MF. El estado emocional en el rendimiento académico de los estudiantes en Portoviejo, Ecuador. Dominio de las Cienc. 2020;6(3):72-100. DOI: 10.23857/dc.v6i3.1207.

Conflicto de interés

Los autores no presentan ningún conflicto de interés.

Contribución de autoría

Romina Moreno-Prieto: conceptualización, análisis formal, adquisición de fondos, investigación, metodología, administración del proyecto, recursos, supervisión, validación, visualización, redacción del borrador original, y redacción, revisión y edición.

Víctor Moreno-Prieto: conceptualización, curación de datos, análisis formal, investigación, metodología, *software*, supervisión, validación, visualización, redacción del borrador original, y redacción, revisión y edición.

Juana Delgadillo-Avila: análisis formal, investigación, metodología, validación, redacción del borrador original, y redacción, revisión y edición.

Carlos Temoche-Rosales: análisis formal, investigación, metodología, validación, redacción del borrador original, y redacción, revisión y edición.

Carlos Campodónico-Reátegui: análisis formal, metodología, validación, redacción del borrador original, y redacción, revisión y edición.

Los artículos de Revista Médica Electrónica de la Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas se comparten bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución– NoComercial 4.0.
Email: rme.mtz@infomed.sld.cu

CÓMO CITAR EL ARTÍCULO

Moreno-Prieto R, Moreno-Prieto V, Delgadillo-Avila J, Temoche-Rosales C, Campodónico-Reátegui C. Ansiedad, depresión y estrés como moduladores del dolor en la atención odontológica. Rev Méd Electrón [Internet]. 2025 [citado: fecha de acceso];47:e6566. Disponible en: http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/6566/6383

Los artículos de Revista Médica Electrónica de la Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas se comparten bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución– NoComercial 4.0.
Email: rme.mtz@infomed.sld.cu