



**UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

---



**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

**RELACIÓN DE LOS FACTORES PSICOLÓGICOS  
EN LA ENFERMEDAD PERIDONTAL**

**T E S I N A**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE**

**CIRUJANA DENTISTA**

**P R E S E N T A :**

**CLAUDIA LUCIA DOSAMANTES RAMÍREZ**

**DIRECTORA: DRA. NORMA REBECA ROJO BOTELLO.**

MÉXICO D. F.

2006



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



---

## **A mis padres**

Blanca y Homero: Bien saben cuanto los amo, les quiero agradecer no solo por haberme dado la vida, sino por esta herencia que me han brindado. Mil gracias por su apoyo incondicional.

## **A la memoria de mi abuelita**

Gracias por todos los momentos maravillosos que me brindaste, nunca te voy a olvidar.

## **A Omar**

Eres un excelente hermano y persona, sigue siendo así de inteligente y emprendedor, yo sé que vas a lograr todas tus metas. Te quiero mucho.

## **A la Dra. Rebeca Rojo Botello**

Mil gracias por todo su apoyo, tiempo, dedicación y por sus conocimientos impartidos en mi capacitación profesional y como directora de tesina.



---

## **A mi familia**

A todos mis tíos, primos en especial a mis tíos Oscar, Manuel, Paty, Rosita, Roberto, Alfonso, a mis primos Paty, Xime y Victor los quiero.

## **A mis amigos**

Gracias a todas las personas que han estado en los momentos más alegres, difíciles y tristes de mi vida, yo sé que cuento con ustedes hoy y siempre. A mis amigos Oscar, Poncho, Paola A, Lety, Clau, Lili, Martha, Jess, Rafael, Luis, Gustavo, Gina, Di, Paola C, Viri, Herny, Adri, Paco, Cuau, Isaias. Los quiero mucho.

## **A mi Universidad Nacional Autónoma de México**

Muchas gracias por todos estos años, en tus instalaciones. Por eso hoy y siempre soy orgullosamente UNAM.



## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	6
CAPITULO 1. ENFERMEDAD PERIODONTAL	7
1.1 Definición y etiología de la Enfermedad Periodontal	8
1.2 Indicadores de riesgo	9
1.3 Predictores de riesgo/marcadores de riesgo	9
1.4 Factores de riesgo	9
1.5 Factores de riesgo de la enfermedad periodontal	10
1.51 Factores de riesgo psicológicos	14
1.52 Modelos de la relación de los factores psicológicos con enfermedad periodontal	15
CAPITULO 2. DEPRESIÓN	20
2.1 Cuadro clínico	22
2.2 Bioquímica de la sinopsis	23
2.3 Tratamiento	25
2.4 Antidepresivos	27
2.5 Reacciones secundarias de los antidepresivos	28
2.6 Relación de la depresión y la enfermedad periodontal	30



---

CAPITULO 3. ESTRÉS	36
3.1 Cuadro clínico	38
3.2 Tratamiento	39
3.3 Relación del estrés y la enfermedad periodontal	41
CAPITULO 4. ANSIEDAD	48
4.1 Cuadro clínico	49
4.2 Tratamiento	52
4.3 Relación de la ansiedad y la enfermedad periodontal	54
CONCLUSIONES	55
FUENTES DE INFORMACIÓN	57



---

## INTRODUCCIÓN

El siguiente trabajo tiene como finalidad dar a conocer la relación de los factores psicológicos (depresión, estrés y ansiedad) en la etiología y evolución de la enfermedad periodontal.

Es importante, mencionar que en los factores psicológicos influyen los eventos de vida positivos y negativos que llegan a repercutir en la salud del individuo; ocasionando que ésta pueda llegar a deteriorar cada vez más. En los eventos de vida negativos el paciente tiene menor motivación para la salud bucal, niveles bajos de higiene y por lo tanto mayor acumulación de biopelícula, b que aumenta el número de bacterias en la cavidad bucal provocando que el paciente sea más susceptible a la enfermedad periodontal.

El resultado fisiológico a condiciones externas que perturban el equilibrio emocional; es huir de la situación o confrontarla, en estas reacciones participan casi todos los órganos y funciones del cuerpo así como importantes trastornos en la regulación entre las bacterias y el sistema inmunológico, modificando la respuesta inmune, provocando que el individuo sea más susceptible a desarrollar una enfermedad.

Las repercusiones de los factores psicológicos en la cavidad oral requieren de más estudios; ya que estos pueden interferir en el curso de las condiciones bucales, causar formas necrosantes de enfermedades periodontales e influir en su incidencia y severidad, así mismo afectar en el plan de tratamiento y pronóstico de la periodontitis crónica en pacientes con alteraciones psicoemocionales.



---

# CAPÍTULO 1

## ENFERMEDAD PERIODONTAL



## 1.1 Definición y etiología de la enfermedad periodontal

Existen múltiples evidencias empíricas y teóricas que indican que muchas enfermedades tienen más de una causa, es decir que son de etiología multifactorial.<sup>1, 2</sup>

La enfermedad periodontal es una de ellas; la manifestación y progresión esta influenciada por la composición de la biopelícula y una variedad de factores determinantes, incluyendo las características del sujeto, los factores sociales, sistémicos y genéticos. Por lo que se investiga una relación causal, la especificidad de la relación entre la exposición a uno o varios agentes etiológicos y su efecto.<sup>1, 2, 3</sup>

Los factores cada vez más investigados en estudios recientes incluyen: osteopenia/osteoporosis, así como el tratamiento de reemplazo hormonal en mujeres posmenopáusicas, el estrés psicosocial y las conductas para enfrentarlo.<sup>2</sup>

La necesidad de conocer como influyen los diversos factores en la enfermedad periodontal, para evitarlos han llevado al conocimiento de la etiología y de variables que son asociadas con está. Dentro de la clasificación de la enfermedad periodontal encontramos que se incluye a los factores psicosociales en el apartado de la periodontitis crónica, utilizados para comprender el nivel de influencia de estas variables se describirán a continuación los términos usados para la relación de estas variables en la etiopatogenia de la enfermedad periodontal.<sup>3</sup>



## **1.2 Indicadores de riesgo**

Son variables probables o putativas que no son necesarias en la etiología de la enfermedad; pero si se asocian con esta; se identifican en estudios transversales y no se confirman mediante estudios longitudinales, para la enfermedad periodontal encontramos al Virus de Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, osteoporosis y visitas esporádicas al consultorio dental, los indicadores son buenos candidatos para factor de riesgo y factor pronóstico.<sup>3, 4, 5, 6, 7, 8, 9</sup>

## **1.3 Predictores / marcadores de riesgo**

Aunque relacionados con el mayor riesgo de la enfermedad, no la causan; se identifican en estudios transversales y longitudinales, entre estos encontramos a pacientes con antecedentes de enfermedad periodontal y sangrado al sondeo.<sup>3, 5</sup>

## **1.4 Factores de riesgo**

Existen tres tipos de causa que son identificadas generalmente para que se presente la enfermedad, estas características son parte de la “cadena causal” y tienen relación directa con el establecimiento de la enfermedad.<sup>3, 5, 7, 8, 9</sup>



- 1) **Causa suficiente:** Se refiere a alguna condición, característica o exposición, que siempre va existir (anomalías genéticas).
- 2) **Causa necesaria:** Está condición, característica o exposición, debe estar presente para que la enfermedad se manifieste (microorganismos).
- 3) **Factor de riesgo:** Factores ambientales, de comportamiento o biológicos, que al estar presentes, aumentan la probabilidad de que un individuo contraiga una enfermedad en un cierto período.

Los factores de riesgo se identifican mediante estudios longitudinales en pacientes con la enfermedad de interés; la exposición a un factor o varios puede ocurrir en un punto único en el tiempo, en puntos separados o de forma continua. Sin embargo, para que se identifique como factor de riesgo, la exposición debe ocurrir antes del inicio de la enfermedad.<sup>3, 5, 7</sup>

## 1.5 Factores de riesgo en la enfermedad periodontal

### Factores de riesgo microbiano

Aunque la cantidad de microorganismo no indique riesgo, hay pruebas de que la composición o calidad de la biopelícula compleja es importante; desde este punto de vista se identificaron tres bacterias



específicas como factores de riesgo causales de la periodontitis: *Actinobacillus actinomycetemcomitans*, *Porphyromona gingivalis* y *Bacteroides forsythus*; estudios transversales y longitudinales lo avalan.<sup>3, 5, 10</sup>

## Factores genéticos

Hay evidencias de que las diferencias genéticas entre las personas explicarían por qué algunos pacientes presentan enfermedad periodontal y otros no; mediante estudios realizados en gemelos se dio a conocer que los factores genéticos influyen en la profundidad de bolsa, pérdida de inserción y altura del hueso interproximal; los casos con periodontitis agresiva localizada o generalizada que se observan en varios miembros de ciertas familias señalan una intervención de la genética en estas enfermedades.<sup>5, 10, 11</sup>

## Edad

Tanto la prevalencia como la severidad de la enfermedad periodontal aumentan con la edad; es posible que los cambios degenerativos relacionados con la edad aumenten la predisposición a la periodontitis. Sin embargo, también la pérdida de inserción en personas de la tercera edad puede ser el resultado de la exposición prolongada a otros factores de riesgo que crean un efecto acumulativo con el correr del tiempo, queda por establecer si los cambios relacionados al envejecimiento, como la ingesta de medicamentos, menor función inmunitaria y alteración del estado nutricional



interactúan con otros factores de riesgo para aumentar la susceptibilidad a la periodontitis.

Las manifestaciones de pérdida de inserción pueden tener mayores consecuencias en pacientes jóvenes; ya que es mayor el tiempo que tiene que quedar expuesto a factores causales. Además, la periodontitis agresiva en jóvenes suele ser vinculada con un factor de riesgo inmodificable como la predisposición genética a la enfermedad.<sup>3, 4, 10, 12</sup>

## Género

Mediante las encuestas nacionales realizadas en Estados Unidos desde 1960, se ha revelado que los varones tienen peor higiene bucal que las mujeres, estos presentan mayor cantidad de placa y cálculo, así que, las diferencias por género en la prevalencia y severidad de la periodontitis se relacionan más con hábitos de prevención que con factores genéticos.<sup>3, 13</sup>

## Enfermedades sistémicas

### Diabetes Mellitus

Esta enfermedad es un claro factor de riesgo para la periodontitis, los datos epidemiológicos revelan que la prevalencia y severidad de la periodontitis es significativamente superior en pacientes con diabetes tipo I, II y el grado de control del nivel de glucosa en el paciente bajo tratamiento, también es una variable importante en esta relación.<sup>5, 10, 11, 13</sup>



## Factores sociales y de conducta

### Clase social

Es posible relacionar la gingivitis y la mala higiene bucal con el estado socioeconómico o clase social baja; esta situación es más atribuible a la menor conciencia dental y menor frecuencia de atención comparado con individuos de nivel socioeconómico superior; una vez hechos los ajustes para otros factores de riesgo, como el fumar y la mala higiene bucal, la clase social per se no aumenta el riesgo de periodontitis.<sup>5,11</sup>

### Fumar tabaco

Este hábito es un factor de riesgo bien establecido para la periodontitis, hay relación directa entre este y la prevalencia de la enfermedad periodontal; el vínculo es independiente de otros factores, como higiene bucal o edad.<sup>11, 14, 15</sup>

### Factores relacionados con los órganos dentarios

Varios aspectos de la anatomía de los dientes así como su posición se ven asociados con manifestaciones clínicas de enfermedad periodontal; por lo que representan un factor de riesgo.<sup>5</sup>



### **1.5.1 Factores de riesgo psicológicos**

Por más de 50 años han propuesto los psicólogos y estomatólogos la relación entre el estrés psicosocial y la periodontitis, han sugerido un posible vínculo de los factores psicológicos estrés, depresión y ansiedad con la rápida progresión de la enfermedad periodontal.<sup>6, 16</sup>

En las últimas 2 décadas esta posible relación no ha recibido mucha atención en la literatura; sin embargo los factores psicoemocionales en general y el estrés en particular, han sido postulados como factor de riesgo en la incidencia y progresión de las condiciones periodontales.<sup>6,10,16</sup>

Los factores psicosociales, representan un impacto en los eventos de vida y acontecimientos agobiantes (duelos o divorcios), llevan a una mayor prevalencia de la enfermedad periodontal y se presenta correlación entre los factores psicosociales, hábitos como fumar, mala higiene bucal y la periodontitis crónica existente, de igual manera estos factores emocionales y el tabaquismo pueden afectar negativamente el resultado del tratamiento.

A pesar de la relación o asociación de estos factores, el periodoncista puede, decidir enviar o no al paciente con el profesional adecuado para solucionar la depresión y los eventos de vida estresantes mejorando así como ya se mencionó el pronóstico del tratamiento periodontal; ya que el estado emocional interfiere en la función inmunitaria normal y puede generar



niveles mayores de hormonas circulantes que llegan a tener efecto sobre el periodonto.<sup>6, 10</sup>

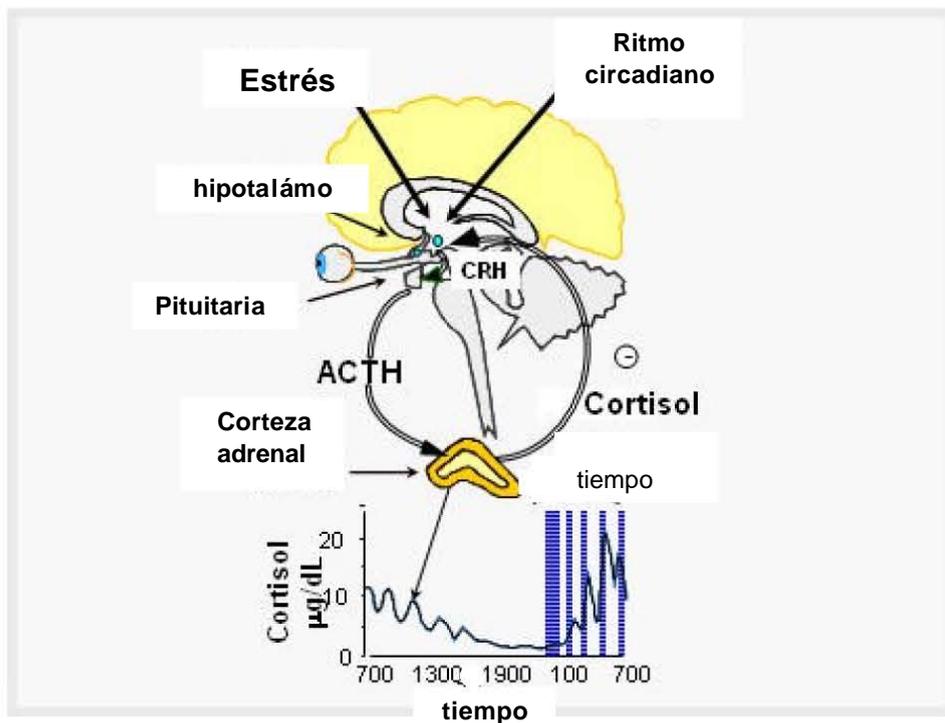
En estudios realizados en humanos se ha encontrado una asociación significativa entre los factores psicosociales y la enfermedad periodontal, durante períodos en que los pacientes han estado expuestos a estrés se ha demostrado que los factores emocionales pueden tener una relación con la etiología de las formas necrosantes de enfermedad periodontal.<sup>6, 17</sup>

Otros autores demuestran que los individuos con desempleo, estado marital inadecuado, insatisfacción ocupacional y problemas psicológicos, presentan una mayor destrucción periodontal.<sup>6, 16, 17, 18, 19, 20</sup>

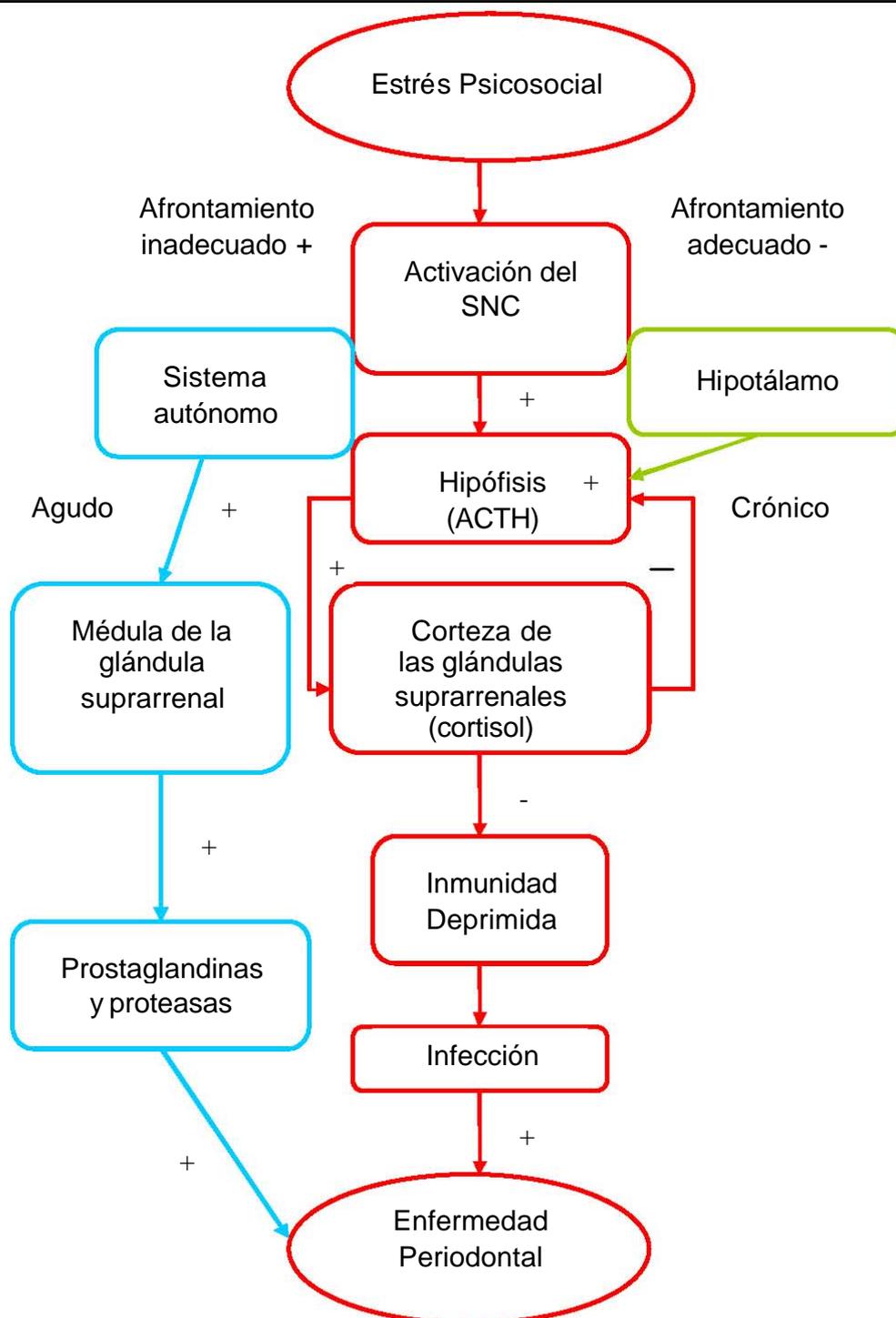
### **1.5.2 Modelos de la relación de los factores psicológicos con la enfermedad periodontal**

En la literatura se relaciona el estrés con la enfermedad periodontal enfocándose en lo psicosocial y la influencia de la susceptibilidad para la inflamación y/o infección gingival que son características de la enfermedad periodontal, por lo que algunos modelos incluyen la presencia de estresores (estímulo que provoca una respuesta de estrés) o una situación estresante para ambos dominios, tanto físico y psicosocial, que son factores de riesgo para la enfermedad periodontal.

Genco et al. elaboraron un modelo esquemático demostrando el rol del potencial psicosocial que los estresores manejan el inicio de la cascada de eventos con la corticotropina liberada por la hormona/hipotalámica-pituitaria adrenal (esquema 1); en el sistema nervioso autónomo, el sistema nervioso central y las consecuencias psicológicas como son la inmunidad deprimida, ocasionando la probabilidad de infección y específicamente, enfermedad periodontal (cuadro 1).<sup>21</sup>



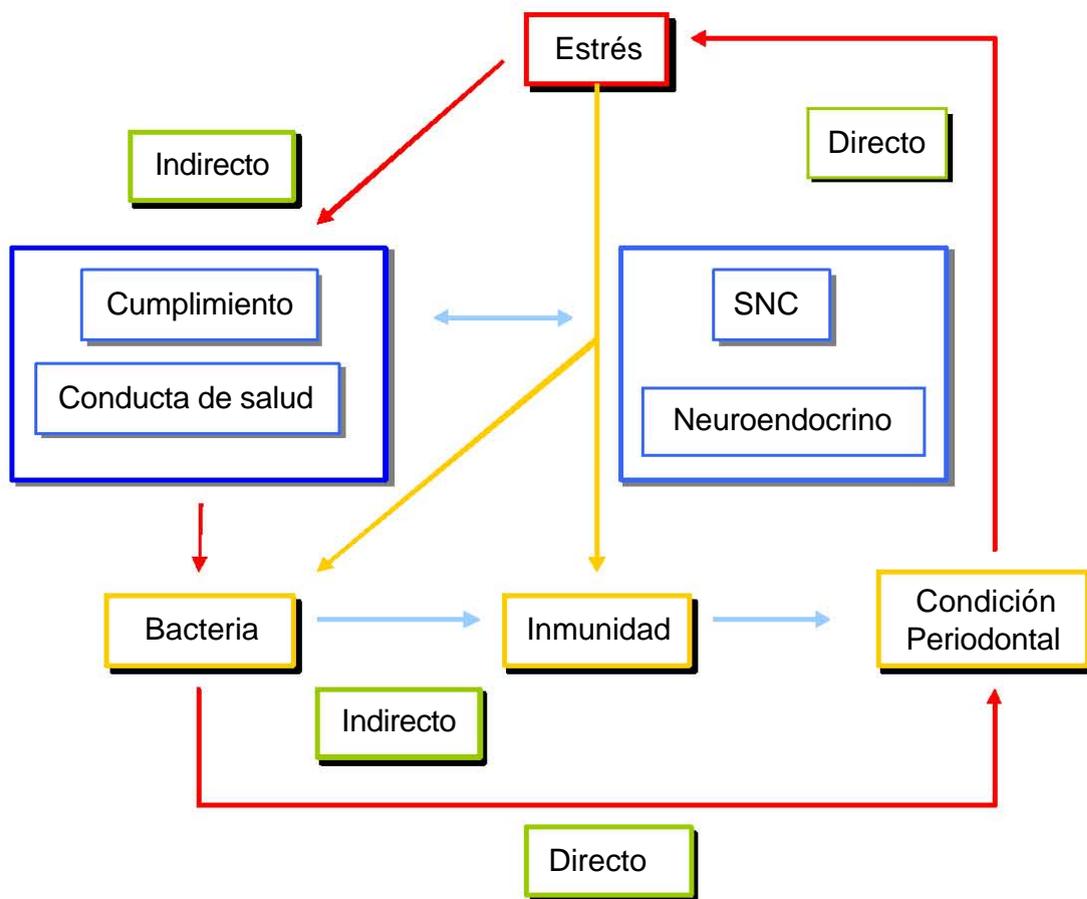
Esquema 1. Hormona hipotalámica-pituitaria adrenal.<sup>22</sup>



Cuadro 1. Modelo de los efectos del estrés en la enfermedad periodontal.<sup>21</sup>



El modelo de la ruta directa e indirecta de la consecuencia del estrés psicosocial en la enfermedad periodontal se describe en el cuadro 2. <sup>23</sup>



Cuadro 2. Patogénesis de los factores de riesgo en la enfermedad periodontal Modificado por Andersen <sup>23</sup>

En los siguientes capítulos se describirán diversas publicaciones de la relación que tienen el estrés, la depresión y ansiedad con la enfermedad periodontal.



---

# CAPÍTULO 2

# DEPRESIÓN



## DEPRESIÓN

Los seres humanos tienen la posibilidad de expresar diferentes tonos emocionales, que van desde la alegría hasta la tristeza; este cambio en el estado de ánimo está casi siempre vinculado con los aspectos circunstanciales de la vida del individuo (éxitos = alegría; fracasos = tristeza); el tiempo que éstos duren, así como la frecuencia y la intensidad, hacen que lo normal se transforme en patológico.

La depresión es un estado más intenso y persistente que la tristeza; se le considera el “resfriado común” de los problemas psicológicos por ser el más frecuente de todos. En una investigación reciente, 15% de adultos de una muestra elegida al azar en Estados Unidos afirmó que padecía en ese momento síntomas depresivos, así mismo calcularon que el 50% de sus habitantes sufrirá n de depresión en algún momento de su vida y de estos el 15% aproximadamente se suicidaran.<sup>24</sup>

Las personas deprimidas se sienten desahuciadas, el tiempo para ellas pasa muy lentamente, tal vez porque son incapaces de experimentar gusto y placer; las personas amadas, la comida, el sexo, las diversiones, el trabajo y la recreación, pierde su atractivo. Por consiguiente, tienden a retraerse de sus antiguas rutinas y descuidar sus deberes y responsabilidades. Aunque algunas personas deprimidas se comportan de una manera pasiva, otras se ponen inquietas y agitadas.



Se critican mucho así mismas, agobiadas por cierto sentido de culpa, son irascibles e incapaces de controlar el rumbo de su propia vida; presentan pensamientos de muerte, incluso de suicidio; en pocos casos, la persona deprimida experimenta alucinaciones y delirios o da otras señales de psicosis. Afortunadamente, las depresiones tienden a desaparecer con el tiempo, incluso cuando los pacientes no reciben ningún tratamiento, sin embargo los pacientes con episodios de más de dos semanas o meses de duración sin eventos externos aparentes que los expliquen a menudo presentan depresión mayor.<sup>24, 25</sup>

### **Factores de riesgo de la depresión mayor**

1. Es más frecuente en mujeres que en varones en una proporción 2:1, la edad de inicio más frecuente es de los 20 a 40 años, la mujer en situación posparto tiene probabilidades de presentar un cuadro depresivo hasta 6 meses después del parto.

2. Los antecedentes familiares de depresión mayor en familiares de primer grado son de 1.5 a 3 veces mayores que en la población general.

3. Existe una asociación con sucesos negativos a lo largo de la vida. (hay una posible relación con el fallecimiento de un progenitor en la infancia).<sup>26</sup>

En estudios en animales, se ha encontrado que existe depresión en la respuesta inmune asociada con ruido, aislamiento, proximidad con el otro sexo, exposición a temperaturas muy frías y traumas psicológicos.<sup>27</sup>



## 2.1 Cuadro clínico

La depresión es extremadamente común y hasta 30% de los pacientes tienen síntomas depresivos. La depresión puede ser la expresión final de: 1) factores genéticos (disfunción de neurotransmisor), 2) problemas de desarrollo (defectos de personalidad, eventos de la infancia) 3) tensiones psicosociales (divorcio, desempleo). Aunque la tristeza y el pesar son repuestas normales a las pérdidas, la depresión no lo es.<sup>28</sup>

La persona con depresión tiene una serie de manifestaciones clínicas, que tal vez ella misma no reconozca como extrañas y esto puede deberse a que el inicio es más o menos insidioso.

Se pueden agrupar los síntomas de la depresión en las siguientes categorías: estado de ánimo depresivo, anhedonia o pérdida de interés, alteraciones cognitivas, ideas de muerte, intentos suicidas y suicidio, alteraciones autónomas y psicomotoras como:

1. Aumento en la pausa de los movimientos espontáneos, reducción del flujo y velocidad del lenguaje.
2. Ruminación de recuerdos dolorosos y percepción de que el tiempo pasa muy lento o se ha detenido.
3. Disminución de la capacidad de concentración, lo cual lleva a olvidos frecuentes. Merma de la eficacia y tiempo de tomar decisiones.
4. Postura abatida con facies triste, fatiga excesiva, en donde cualquier actividad física representa un esfuerzo extremo.

En general hay tres grupos principales de depresiones, con síntomas similares en cada uno: trastorno de ajuste con estado de ánimo deprimido, trastornos deprimidos y trastornos bipolares.<sup>28</sup>

## 2.2 Bioquímica de la sinapsis

En el sistema nervioso existen dos tipos de sinapsis: eléctricas y químicas. Los neurotransmisores son los encargados de establecer la comunicación entre dos o más neuronas y que existe una base morfológica y estructural que fundamentaba esta división; la sinapsis química tiene elementos característicos que son la presinapsis y postsinapsis (Figura 1).

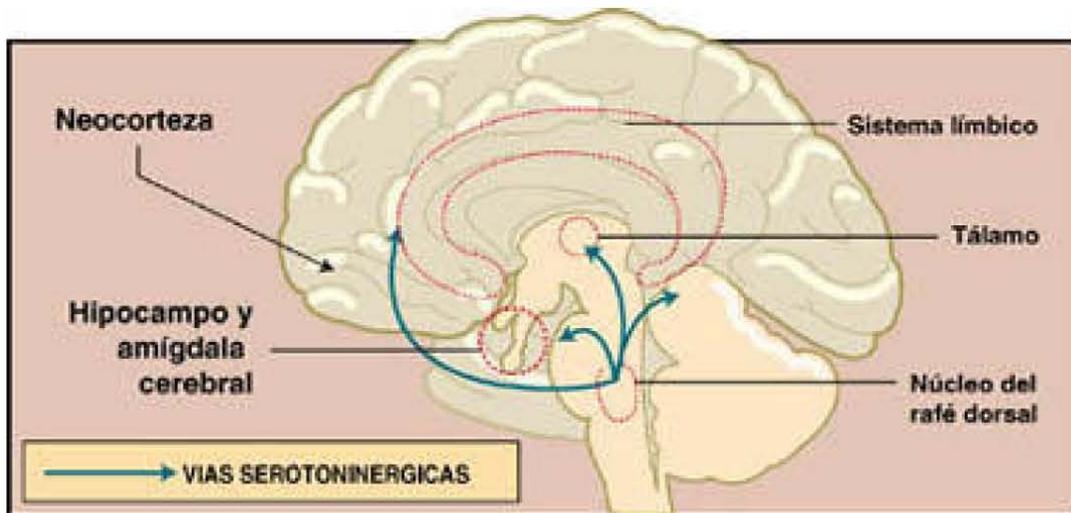


Fig. 1 Circuito serotoninérgico. Las neuronas del locus coeruleus envían profusas proyecciones a la corteza cerebral y estructuras subcorticales, las cuales están implicadas en el ánimo, el sueño y el estado de alerta.<sup>29</sup>

Presinapsis: El elemento característico es la presencia de vesículas presinápticas, los cuales son orgánulos membranosos, que almacenan al neurotransmisor. También hay un gran número de mitocondrias, lo cual indica que hay una intensa actividad metabólica en dicha región.

Postsinapsis: Esta caracterizada por un engrosamiento de la membrana, que se debe a la alta densidad de los receptores a los neurotransmisores. Por último existe la hendidura sináptica, la cual es el espacio que divide una membrana de la otra (Figura 2).

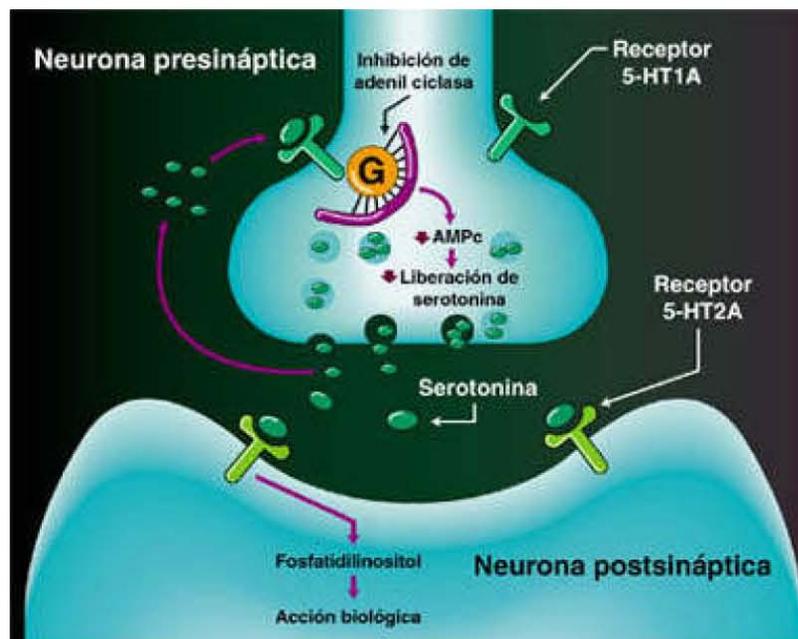


Fig 2. Sinapsis serotoninérgica. La modificación de los receptores de serotonina tiene enormes implicaciones en la génesis de la depresión.<sup>29</sup>



## 2.3 Tratamiento

### a. Médico

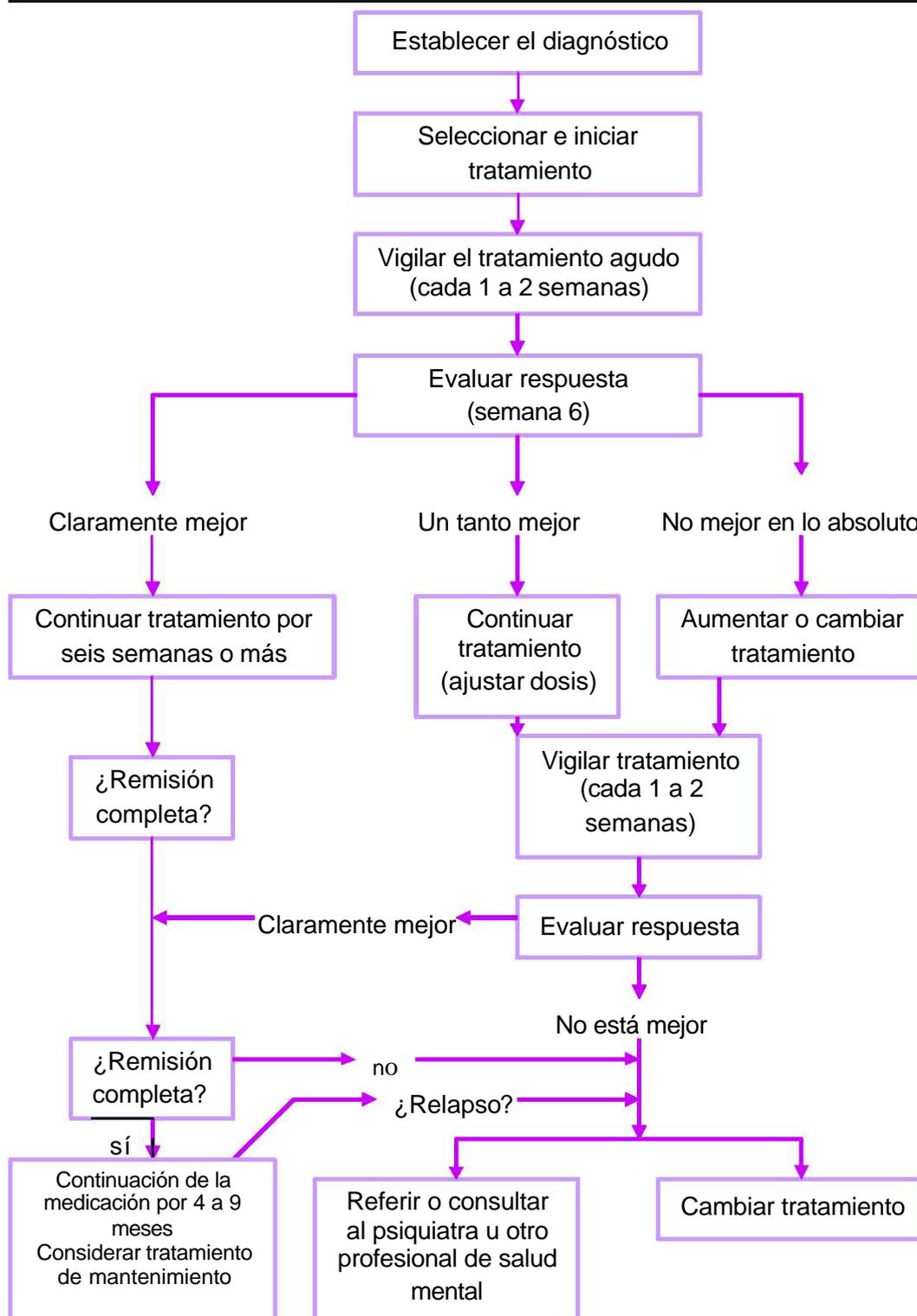
La depresión que se acompaña con trastornos reactivos por lo general no requiere farmacoterapia y puede tratarse con psicoterapia. En casos graves, particularmente cuando los signos vegetativos son significativos y los síntomas han persistido por más de unas cuantas semanas, a menudo la terapéutica a largo plazo con medicamentos antidepresores es eficaz (Cuadro 3), aunque los medicamentos restituyen el sistema nervioso a su nivel previo de funcionamiento, no curan la depresión.<sup>24, 28</sup>

### b. Psicológico

La psicoterapia individual puede orientarse a opciones de mejorar la autoestimación, aumentar la asertividad y disminuir la dependencia. La combinación de tratamiento medicamentoso aunado a psicoterapia es más efectiva que alguna de las modalidades de forma individual.<sup>28</sup>

### c. Social

Resulta difícil para el paciente estructurar sus actividades diarias durante una depresión mayor, la soledad es el factor principal; comúnmente se requiere la ayuda de familiares y amigos, para motivar al paciente quien, tiende a permanecer ajeno a todo y a deteriorarse.<sup>28</sup>



Cuadro. 3. Panorama del tratamiento de la depresión.<sup>28</sup>

## 2.4 Antidepresivos

El término antidepresivo erróneamente implica especificidad para tratar la depresión en estos medicamentos destacan los eventos llamados de recaptación y catabolia, los cuales son bloqueados. En la figura 3 se puede observar que un paciente sano a) la serotonina es liberada desde la célula de envío, luego se une a los receptores en la superficie de la célula nerviosa receptora; cuando la serotonina es recibida por la siguiente célula nerviosa, el mensaje es transmitido. Así comienza la comunicación intercelular, b) en depresión cierta cantidad de serotonina es reabsorbida antes que pueda unirse a la célula receptora, esto entorpece la comunicación intercelular, c) en el tratamiento con antidepresivos el medicamento impide que la serotonina sea reabsorbida por la célula nerviosa de envío. Este proceso aumenta la disponibilidad de serotonina en la célula nerviosa receptora y ayuda a que la transmisión del mensaje retorne a la normalidad.<sup>30</sup>



Fig. 3. Mecanismos intracelulares alterados en las células nerviosas.<sup>30</sup>



Los antidepresivos son útiles para el tratamiento de la depresión mayor y la distimia, también lo son para otras alteraciones psiquiátricas que son susceptibles de ser exacerbadas por el estrés como la ansiedad, pánico, fobia social, trastornos obsesivo-compulsivos, bulimia y anorexia nerviosas, así como estrés postraumático, estos medicamentos modifican el sistema cerebral que se encarga de regular el estrés y la depresión.<sup>24</sup>

La decisión de iniciar un tratamiento contra la depresión debe ser meditada, después de que el paciente se haya sometido a una evaluación médica, psiquiátrica y de laboratorio.<sup>28</sup>

## **2.5 Reacciones secundarias de los antidepresivos**

El uso de cualquier fármaco implica reacciones adversas; los antidepresivos no escapan a esta realidad; uno de estos efectos adversos que poseen es que son inductores de hiposialia, lo que genera el desagradable síntoma de "boca seca" o xerostomía. La hiposialia constituye uno de los factores relevantes que afectan negativamente el estado de salud de los tejidos orales en el individuo.

Una de las principales consecuencias de la hiposialia crónica es un aumento de la caries, también se ven favorecidos otros trastornos infecciosos a nivel de encía y otras mucosas orales, ya que la saliva tiene importantes roles como elemento protector esto adquiere especial relevancia si consideramos a la caries y las enfermedades periodontales, como enfermedades infecciosas orales que constituyen un problema de la salud pública.<sup>31</sup>



Si bien numerosos autores utilizan indistintamente los términos de xerostomía e hiposialia, vale la pena hacer la distinción semiológica de que la hiposialia es la disminución del flujo salival propiamente, es decir, el signo, mientras que la xerostomía es el síntoma la sensación de boca seca.

En la mayoría de los casos signo y síntoma se dan concomitantemente. Se considera a un paciente como xerostómico si su flujo salival no estimulado desciende a menos de 0,1 ml por minuto; ya que el flujo normal de saliva va de 0,3 a 0,5 ml por minuto.<sup>31</sup>

Como se mencionó anteriormente, la saliva posee una función protectora, hidrata permanentemente las mucosas de la cavidad oral, proporcionando una superficie lubricada para que la fonoarticulación se desarrolle correctamente.<sup>31</sup>

También posee una serie de mecanismos destinados a regular la población bacteriana de la cavidad oral; de estos, son importantes la debridación y lavado de las superficies mucosas y dentarias, la saliva limpia por un efecto mecánico de arrastre, posee inmunoglobulina IgA secretora, que impide la unión de las bacterias a las superficies orales facilitando su arrastre hacia el estómago.

La presencia de lisozima en la saliva contribuye también a neutralizar bacterias presentes en la cavidad oral. El equilibrio del pH bucal es favorecido por la acción buffer de la saliva y esta acción se prolonga incluso hacia el esófago.



Constituye el vehículo mediante el cual se incorporan fluoruros y otros minerales que fortalecen la estructura molecular de las piezas dentarias durante toda la vida del individuo.

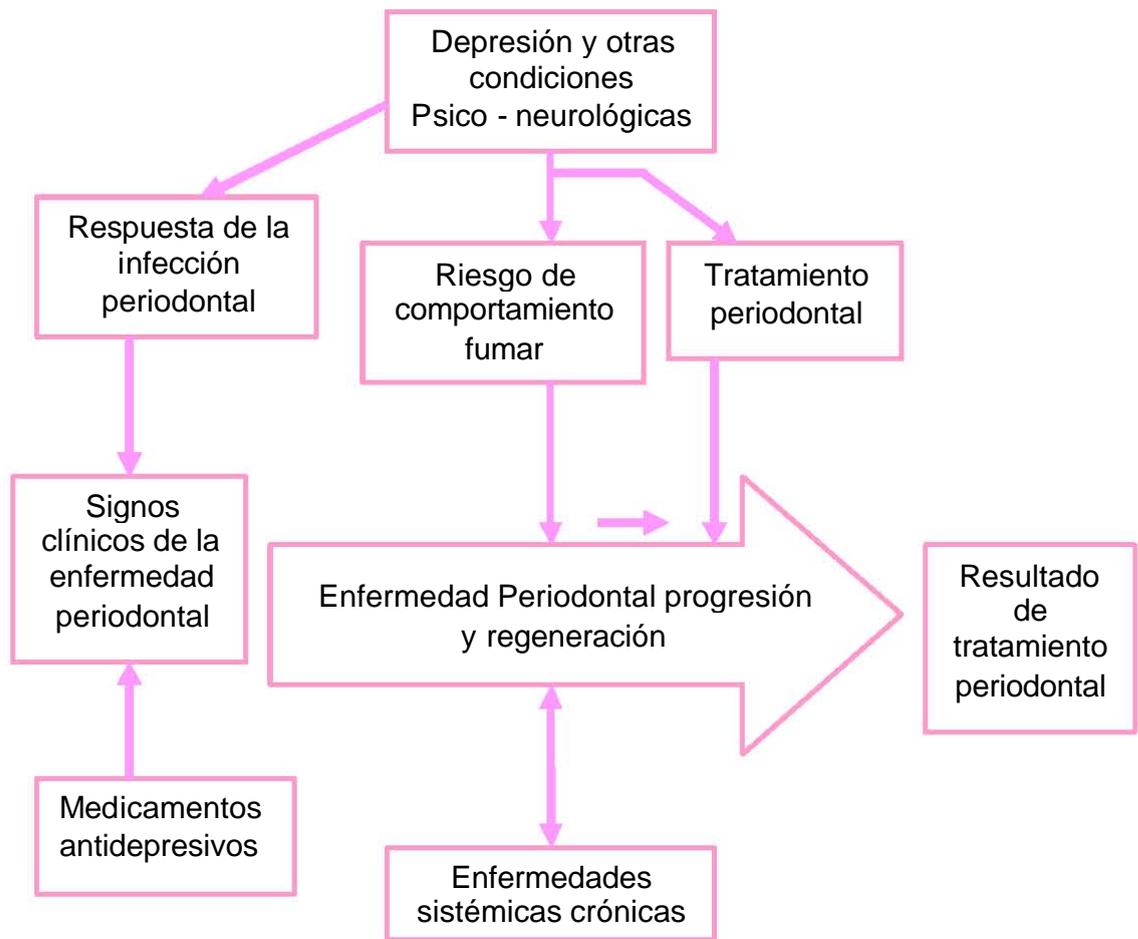
Por último, la película formada por la saliva colabora en impedir o disminuir la absorción en la mucosa de una serie de sustancias potencialmente dañinas para los tejidos, provenientes de los alimentos o de sustancias del humo del tabaco.

De esta manera, no es difícil que los pacientes que son tratados con antidepresivos, puedan desarrollar con mucha frecuencia alguno o varios de los efectos adversos que dañan la cavidad bucal.<sup>31,32</sup>

### **3.6 Relación de la depresión y la enfermedad periodontal**

La depresión clínica ha sido vinculada con la extensión y severidad de la enfermedad periodontal, puede ser relacionada con la rápida progresión de la enfermedad periodontal debido a la mala higiene bucal, cambios en la dieta, aumento en el hábito de fumar, bruxismo, alteraciones en la circulación gingival y cambios en el flujo salival (Cuadro 4).<sup>33</sup>

No existe una evidencia firme de que la depresión afecte el resultado del tratamiento periodontal, sin embargo la depresión ha sido relacionada con los resultados insuficientemente óptimos de cirugía cardíaca y cirugía reconstructiva vertebral. El miedo, ansiedad y depresión preoperatorios, han sido asociados con una experiencia negativa postquirúrgica, con aumento de dolor postquirúrgico como respuesta y deterioro de calidad de vida.<sup>33</sup>



Cuadro 4. Modelo conceptual del efecto de la depresión en la enfermedad periodontal.<sup>33</sup>



Sakki y cols. evaluaron 780 individuos y reportaron características de vida asociadas con el estado de salud periodontal. Individuos fumadores, con malos hábitos alimenticios, alcoholismo positivo físicamente inactivos, tendían a realizarse de forma más irregular el número de veces el cepillado de sus dientes; también la estabilidad mental, desórdenes psicológicos y estilo de vida, pueden alterar los efectos del estrés, así mismo la xerostomía, sumada a otras condiciones como reacciones de hipersensibilidad favoreciendo así la instalación de un cuadro conocido como "síndrome de boca ardosa", en el cual los pacientes experimentan sensación de quemadura dolorosa en sus mucosas, mientras que clínicamente éstas aparecen sin alteraciones. Es importante hacer notar que este síndrome, se haya asociado de manera importante a alteraciones psiquiátricas. Lamb et al. encontraron asociación en un 50% vs Browing et al. en un 44% de pacientes con alteraciones psicógenas diagnosticadas (depresión, ansiedad patológica, hipocondría y cancerofobia); la resolución de este síndrome es difícil, es refractario cuando su etiología es eminentemente psicológica.<sup>27, 31</sup>

El aumento de la población de *candida albicans* en el ecosistema bucal, provoca que los labios puedan resentirse a causa de la escasez de saliva, algunos pacientes pueden quejarse de sensación de labios secos o partidos, las comisuras también se ven afectadas, fisurándose e inflamándose, en una reacción denominada queilitis angular (popularmente conocida como "boqueras") (figura 4).<sup>31</sup>



Fig. 4 Paciente masculino de 35 años que presenta queilitis angular.<sup>32</sup>

Crow H.C. no encontró una relación consistente entre disminución del flujo salival y el estado periodontal en pacientes sanos. No obstante el real peligro de una exacerbación de las enfermedades periodontales en pacientes depresivos parece ir más ligado a la alteración del ánimo que los conduce al abandono de los hábitos de higiene oral. Esto último es también válido para la caries, lo que se suma al daño que per se produce la hiposalivación.<sup>31</sup>

Algunas de estas infecciones bucales pueden en ocasiones comprometer severamente la salud general. Dado el mayor riesgo de los pacientes con hiposialia a desarrollar patologías orales y sus eventuales consecuencias en la salud general, por lo que es importante reducir en lo posible la incidencia de estas patologías orales en pacientes depresivos, principalmente aquéllos en tratamiento con psicofármacos hiposalivantes (figura 5,6).<sup>31</sup>



Fig. 5. Paciente femenino de 48 años con diagnóstico de depresión.



Fig. 6. Paciente masculino de 53 años con diagnóstico de depresión y tratamiento con antidepresivos desde hace 2 años.



---

# CAPÍTULO 3

# ESTRÉS



## ESTRÉS

El estrés es la respuesta del organismo a condiciones externas que perturban el equilibrio emocional de la persona; el resultado fisiológico de este proceso es un deseo de huir de la situación que lo provoca o confrontarla violentamente, intuitivamente invoca asociaciones psicológicas; en esta reacción participan casi todos los órganos y funciones (cerebro, nervios, corazón, flujo de sangre, nivel hormonal, digestión, función muscular), puede también ocasionar importantes trastornos en el equilibrio entre las bacterias y el sistema inmune.<sup>21, 22, 34, 35</sup>

Las reacciones sistémicas que afectan al organismo en general o que producen cambios hísticos interrelacionados no específicos, como resultado de una exposición continua al estrés se denomina síndrome de adaptación general (GAS), de la patogénesis de muchas enfermedades se piensa que el GAS es un grupo de mecanismos psicológicos que representa un esfuerzo del organismo para resistir los efectos dañinos del estrés; se identifican tres estadios de este síndrome:

1. Respuesta inicial (reacción de alarma).
2. Adaptación del estrés (etapa de resistencia).
3. Estado final, incapacidad para mantener la adaptación del estrés (estado de fatiga).



El lóbulo inferior de la hipófisis y la corteza suprarrenal se activan de manera extrema durante los periodos de estrés; las glándulas suprarrenales aumentan de tamaño y se eleva la secreción de hormonas corticosuprarrenales, hay involución de órganos linfáticos, hialinización y cambios inflamatorios en vasos sanguíneos; así los mecanismos de adaptación del organismo en respuesta al estrés producen enfermedad.<sup>36</sup>

### **3.1 Cuadro clínico**

El estrés aparece cuando la capacidad de adaptación de un individuo es abrumada por los hechos; el acontecimiento puede ser insignificante considerado objetivamente, incluso los cambios favorables (promoción y transferencia) que requieren de una conducta adaptativa pueden producir estrés; para cada persona se define subjetivamente y la respuesta del mismo es de acuerdo a la personalidad y proporción fisiológica de cada individuo.<sup>28</sup>

Los síntomas más frecuentes que se presentan son: depresión o ansiedad, dolores de cabeza, insomnio, indigestión, sarpullidos, disfunción sexual, nerviosismo, taquicardia, diarrea o estreñimiento; el paciente comúnmente ingiere bebidas alcohólicas y se automedica, muestra temor a la repetición del acontecimiento que le provoca estrés, furia de la frustración, culpa sobre impulsos agresivos y vergüenza por la desesperanza (figura 7).

# Síntomas del estrés

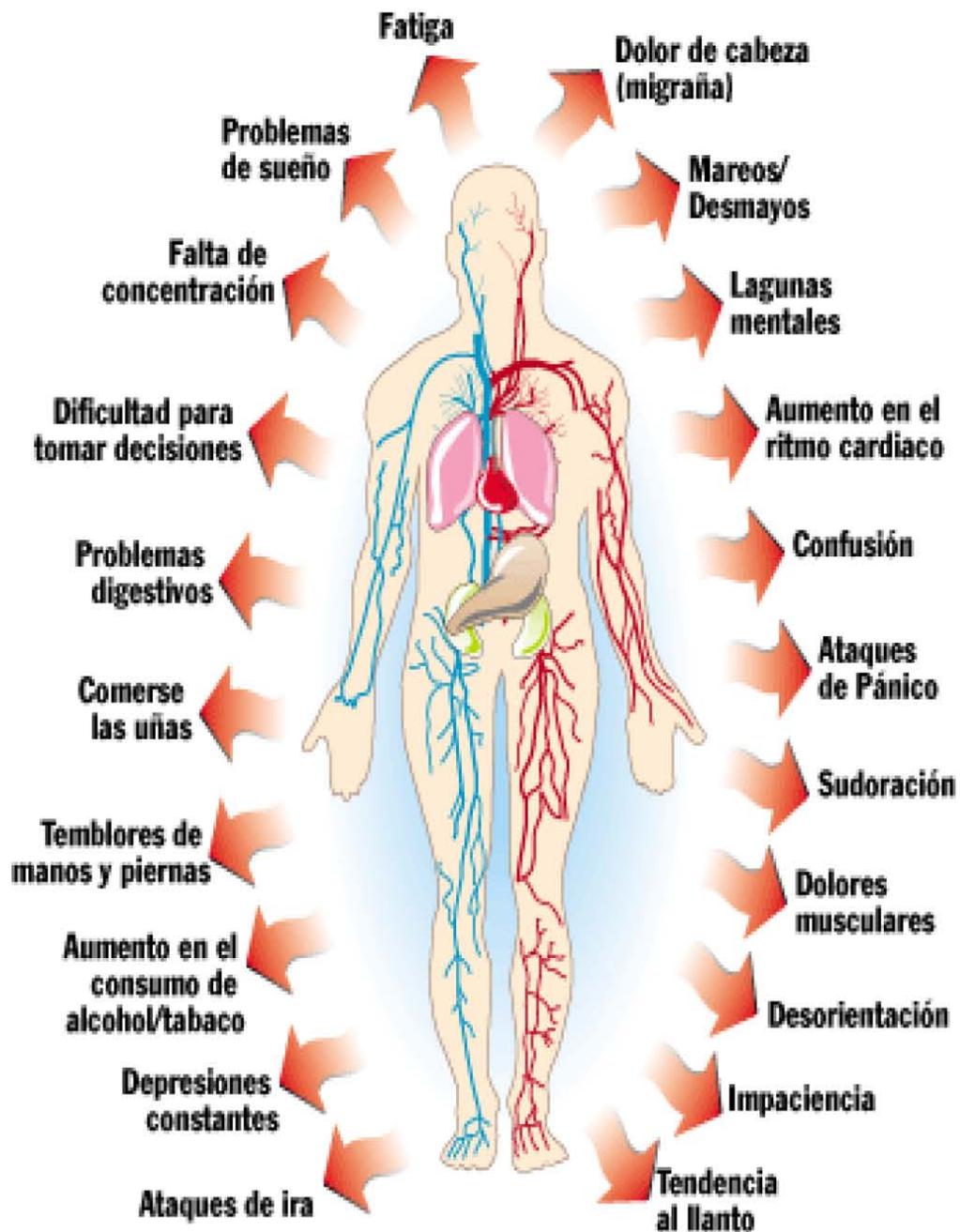


Fig.7 Síntomas del estrés en el organismo.<sup>37</sup>



Las causas de estrés son diferentes según la edad o etapa de vida del paciente en el adulto joven las fuentes de estrés son el matrimonio o la relación entre padres e hijos, las relaciones laborales y la pugna para lograr una estabilidad económica; en la edad madura el enfoque cambia a las modificaciones en las relaciones maritales, los problemas con los padres que envejecen, en la edad avanzada las principales preocupaciones son el retiro, la pérdida de la capacidad física, así como los pensamientos de muerte.<sup>28</sup>

La conducta de mala adaptación al estrés se denomina trastorno de ajuste, con especificación del principal síntoma (“trastorno de ajuste con ánimo deprimido”); el trastorno de estrés postraumático es un síndrome que se caracteriza por reexperimentación del acontecimiento traumático (violación, iras severas, combate militar) junto con una disminución de la respuesta a evitar los acontecimientos actuales que se vinculan con el trauma; sobredespertar fisiológico que incluye reacciones de miedo, pensamientos de intrusión, ilusiones, asociaciones sobregeneralizadas, problemas de sueño, pesadillas, sueños relacionados con el evento precipitante, impulsividad, dificultades para concentrarse y actitud hiperalerta.

## **3.2 Tratamiento**

### **a. Conductual**

El ejercicio, las técnicas de relajación y las de reducción de estrés que incluyen el reconocimiento y alejamiento temprano de una fuente de estrés antes de que aparezcan los síntomas en su totalidad.<sup>28</sup>



#### b. Social

Los pacientes se presentan con frecuencia con síntomas somáticos; si bien no es fácil que el paciente haga los cambios necesarios, es importante que el terapeuta establezca el marco del problema, ya que el sistema de negación del paciente puede ocultar las razones de conflicto.

#### c. Psicológico

Rara vez se requiere psicoterapia prolongada en casos de una respuesta aislada de estrés. El estrés postraumático responde a catarsis y psicoterapia dinámica en grupo y asesoría individual orientada hacia la aceptación de un acontecimiento.

#### d. Médico

En el tratamiento de estrés postraumático, los antidepresores son útiles para mejorar la depresión, ataques de pánico, trastornos de sueño y repuestas de sobresalto, el uso razonable de sedantes como parte de un plan terapéutico total, mientras mayor sea la cronicidad, peor es el pronóstico de esta alteración.<sup>28</sup>

Uno de los más importantes e impetuosos investigadores de la relación entre el estrés psicosocial y los estados de la enfermedad es Holmes, que demostró el significado de la relación entre los eventos de vida importantes y el curso de la enfermedad.<sup>21</sup>



Estas atribuciones y emociones asociadas a la enfermedad son establecidas por estresores, para el sistema inmune y el sistema de estrés; esta lucha de sistemas con la finalidad de restablecer el equilibrio fisiológico y psicológico.<sup>21</sup>

### **3.3 Relación del estrés y la enfermedad periodontal**

Hay varias maneras en que los factores de estrés psicológico puedan interferir en la susceptibilidad del huésped. La resistencia de los tejidos puede estar influenciada por mecanismos que actúen por medio del sistema nervioso autónomo y las glándulas endocrinas con el resultado de una evaluación de los niveles de corticoesteroides y catecolaminas.

Esto puede reducir la microcirculación gingival y el flujo salival, reforzar la nutrición de la *Prevotella intermedia* y además deprimir las funciones neutrofilicas y linfocitarias, lo cual facilita la invasión bacteriana.<sup>1</sup>

Varias teorías propuestas de una alta incidencia de enfermedad periodontal en pacientes con estrés; han demostrado que los pacientes con niveles altos de estrés, tienen un elevado nivel de cortisol. Suprimiendo varios mecanismos de respuestas como las funciones de la célula T, producción de anticuerpos, en la actividad y función de los neutrófilos. Una respuesta suprimida en las infecciones periodontales puede hacer que el paciente con estrés sea más susceptible a la enfermedad periodontal.<sup>10, 21, 17</sup>

Además, los sujetos con estrés, así como con depresión clínica pueden tener menos motivación para la salud bucal, niveles más bajos de higiene y mayor acumulación de biopelícula, aumentando las bacterias orales provocando que el paciente sea más susceptible a la enfermedad periodontal (figura 8).<sup>10</sup>



Fig. 8. Paciente masculino de 40 años.

Loesche y col. difundieron la relación del estrés y la flora bacteriana relacionada con la enfermedad periodontal; identificaron *Bacteroides intermedius* como una bacteria importante en esta alteración, notaron que el aumento de esteroides relacionados con el estrés precipitan la gingivitis necrosante favoreciendo la invasión bacteriana mediante el debilitamiento de la respuesta inflamatoria del huésped o inducción de isquemia relativa en las papilas gingivales. También propusieron que el corticoesteroide es un factor nutricional importante para el *B. intermedius*, ya que suministra a este microorganismo una ventaja nutritiva selectiva con sobrecrecimiento subsecuente y aumento de la respuesta inflamatoria.<sup>38</sup>



El papel de la ansiedad y el estrés psicológico en la patogenia de la enfermedad periodontal necrosante ha sido demostrado en varias investigaciones psiquiátricas y bioquímicas a menudo y durante muchos años han sido considerados como factores predisponentes, en los períodos en que las personas están sujetas a estrés psicológico; como los nuevos reclutas y el personal militar en acción, estudiantes de bachillerato en períodos de exámenes, pacientes con depresión u otros trastornos emocionales y que se sienten incapaces de manejar las situaciones de la vida son los más susceptibles a las formas necrosantes de enfermedades periodontales.<sup>1, 3, 4, 17</sup>

También se han utilizado los niveles de corticoesteroides en orina como medición fisiológica del estrés y se hallaron niveles altos de cortisol libre en la orina de los pacientes con periodontitis ulceronecrosante (PUN) así como niveles significativamente más elevados de rasgos ansiosos, depresión y perturbación emocional, comparados con los individuos de control.<sup>1, 2</sup>

Clínicamente observamos una enfermedad periodontal aguda, pacientes con halitosis, insomnio, malos hábitos alimenticios, aumento en el tabaquismo, gran sepsis bucal, higiene deficiente, bruxismo casi permanente, (como contención de problemas o preocupaciones) y sumado a un factor determinante que es la unión de distintas bacterias que aparecen en boca, la que se denomina simbiosis fusoespirilar, necrosando las encías, provocando papilas en forma de cráter (figura 9).<sup>26,36</sup>



Figura 9. Paciente de 35 años, piloto aviador, presenta períodos de remisión y exacerbación de PUN.

El tratamiento en estos casos a veces debe realizarse con la ayuda de un psicoanalista para mejores resultados, ya que la causa es mixta parte bacteriana y emocional; si persiste alguna de éstas, la enfermedad tiende a recidivar.<sup>26</sup>

Deinzer et al (1999) reportaron y experimentaron la relación entre estrés y la inflamación gingival, valorando ciertos cambios en la interleucina 1  $\beta$ , como componente del sistema inmune en la destrucción del tejido periodontal. Indicando que el estrés puede afectar la salud periodontal suprimiendo la actividad del sistema inmune y en tal caso esta relación se puede ver más afectada cuando la higiene oral no es la adecuada, por lo que el estrés psicosocial puede llevar al deterioro de la higiene oral, presentándose asociación con la enfermedad periodontal y los factores psicológicos lo que indica que algunos parámetros psicosociales son

asociados con la salud periodontal,<sup>20</sup> mientras que otros autores no lo consideran así (figura 10).<sup>6, 21, 38</sup>



Figura 10. Paciente masculino de 39 años con diagnóstico de bruxismo y enfermedad periodontal crónica.

El estrés fue asociado con la biopelícula; demostrándose que este tiende a afectar la higiene oral, obteniendo como resultado el aumento de biopelícula; el sitio más afectado fue la zona vestibular y de este modo aumentó el riesgo de la enfermedad periodontal; los resultados indican que solo los eventos de vida estresantes tienen una correlación con la acumulación de biopelícula.<sup>19, 38, 39</sup>

Los pacientes adultos con periodontitis que son resistentes al tratamiento se hallan bajo mayor estrés que los que si reaccionan. Personas con tensión financiera, disgustos, depresión o mecanismos de adaptación inadecuados presentan mayor pérdida de inserción.<sup>3, 4, 17</sup>



---

Como se ha mencionado, las encías en ocasiones son blanco de otras enfermedades que se manifiestan en ellas. A pesar de que no presenten dolor deben ser tratadas, para aliviar la situación sistémica y mantener una adecuada salud bucal.<sup>39</sup>

Estudios recientes han sido publicados analizando la relación entre el estrés psicológico y la enfermedad periodontal, estos han llegado a la conclusión de que el estrés represente un factor de riesgo en la periodontitis; los datos epidemiológicos sobre la relación entre estrés y enfermedad periodontal son limitados sin embargo, es probable que sea un factor de riesgo putativo para la periodontitis.<sup>3, 4, 5, 13, 14, 17, 19</sup>



---

# CAPÍTULO 4

# ANSIEDAD



## ANSIEDAD

La ansiedad es una sensación desagradable, indefinible y vaga de aflicción aprensión difusa, inquietud y temor, sin una amenaza aparente o bien desproporcionada a una amenaza real; es también una emoción basada en sentimientos anticipados de peligro, tensión y angustia por un sistema nervioso simpático excitado.

Se genera cuando el individuo siente amenazada su integridad física o psicológica, como ser su seguridad y autoestimación; es una señal de alerta, advierte del peligro inminente y permite a una persona tomar medidas contra la amenaza; que suele estar acompañada por sintomatología autónoma como dolores de cabeza, palpitaciones, presión en el pecho, molestias gástricas e inquietud.

La ansiedad normal es moderada, ocasional, transitoria, tiene una situación precipitante y es proporcionada a la situación que la produce, el sentimiento de vergüenza puede aumentar la ansiedad “los demás se van a dar cuenta de que estoy asustado”.

La ansiedad puede estar presente en el individuo sin ocasionar daños sin embargo puede originar ataques agudos, que en ocasiones se vuelven crónicos. Cuando funcionan uno o varios mecanismos de defensa, las consecuencias son problemas bien conocidos, como fobias, reacciones de conversión, estados disociativos, obsesiones y compulsiones.<sup>25, 40, 41, 42</sup>



## 4.1 Cuadro clínico

El estrés, el temor y ansiedad tienden a ser interactivos; los principales componentes de la ansiedad son psicológicos (tensión, temores, dificultad de concentración, aprensión) y somáticos (taquicardia, hiperventilación, palpitaciones, temblor, sudoración, alteraciones en el sistema gastrointestinal); son comunes también la fatiga y los trastornos de sueño.

Las manifestaciones periféricas que se presentan en la ansiedad son: diarrea, mareos, desvanecimientos, transpiración excesiva, hipertensión, palpitaciones, midriasis pupilar, inquietud, síncope, taquicardia, hormigueo en las extremidades, temblores y malestar gástrico (mariposas).

Además de los efectos motores y viscerales, la ansiedad afecta al pensamiento, percepción y aprendizaje; tiende a producir confusión y distorsiones en la percepción, no sólo al respecto al tiempo y al espacio, sino también respecto de las personas y del significado de los sucesos; estas distorsiones pueden interferir con el aprendizaje al disminuir la concentración, reducir la memoria y alterar la capacidad de relacionar un tema con otro, es decir hacer asociaciones.<sup>42</sup>

Algunos piensan que diversas manifestaciones de ansiedad no resultan de conflictos inconscientes, sino que son “hábitos”, patrones persistentes de conducta no adaptativa adquiridos por aprendizaje. Los “hábitos”, al no ser adaptativos, son medios no satisfactorios para tratar con los problemas de la vida y de ahí la ansiedad resultante. Se busca ayuda sólo cuando la ansiedad se torna muy penosa. Los factores exógenos como

los estimulantes (cafeína, cocaína), deben considerarse como factores contribuyentes.<sup>28, 42</sup>

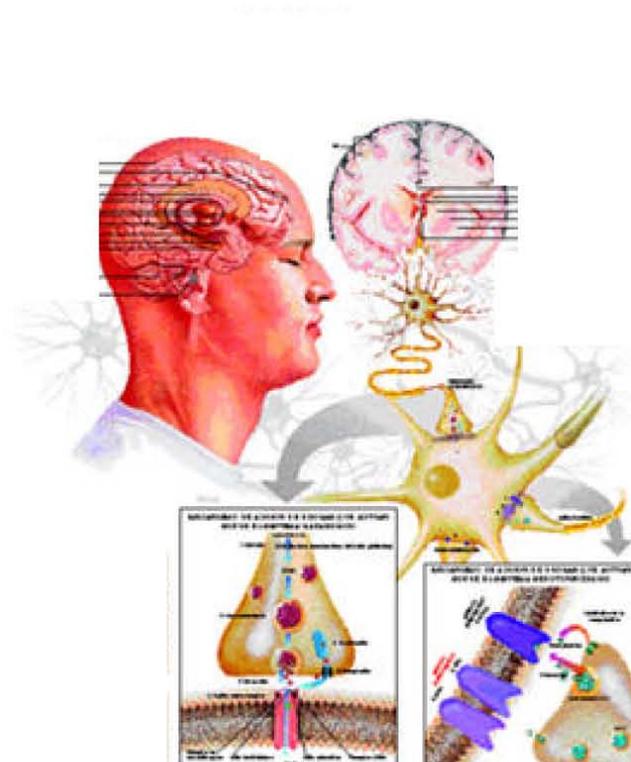


Figura 5. Ansiedad<sup>48</sup>

La ansiedad tiene cualidades protectoras de la vida propia, como detectoras de amenazas externas o internas. En un nivel inferior, la ansiedad advierte de amenazas de daño corporal, dolor, indefensión, posible castigo o frustración de necesidades sociales o corporales; de separación de los seres queridos; de amenaza al éxito o estatus personal finalmente de amenazas a la integridad de uno mismo. Incita a una persona a tomar medidas necesarias para prevenir la amenaza o reducir sus consecuencias.



La ansiedad patológica es una respuesta inapropiada ante un estímulo dado; es más severa, frecuente, persistente y no obedece a una causa externa identificable o bien es enormemente desproporcionada a una amenaza real, la persona se siente impotente, ya que no puede identificar el factor amenazante; el miedo exagerado ante un peligro real probablemente no se diferencia de la ansiedad.

Las mujeres presentan una probabilidad mayor de tener un trastorno de ansiedad 30.5% vs hombres 19.2% de prevalencia a lo largo de la vida. <sup>41</sup>

42

## **Teorías biológicas**

Las teorías biológicas sobre la ansiedad se han desarrollado a partir de estudios preclínicos con modelos de ansiedad en animales, del estudio de pacientes en los que se identificaron factores biológicos, del mayor conocimiento de neurociencias básicas y de las acciones psicoterapéuticas de los fármacos.

Los tres neurotransmisores más importantes asociados a la ansiedad en los estudios realizados en animales y en los estudios de las respuestas a un tratamiento farmacológico son la adrenalina, la serotonina y el ácido ?-aminobutírico (GABA).



- Noradrenalina. La teoría general sobre el papel de la noradrenalina es que los trastornos de la ansiedad es que los pacientes afectados tienen una escasa regulación del sistema noradrenérgico, con estallidos ocasionales de su actividad.
- Serotonina. La identificación de muchos tipos de receptores serotoninérgicos han estimulado la búsqueda del papel de la serotonina en la patogenia de los trastornos de ansiedad.
- Ácido  $\gamma$ -aminobutírico (GABA). El papel del GABA en los trastornos de ansiedad está fuertemente sustentado en la eficacia indiscutible de las benzodiazepinas, que potencian la actividad del GABA sobre los receptores GABA.<sup>42</sup>

## 4.2 Tratamiento

### a. Médico

Los agentes anti-ansiedad son un grupo heterogéneo de medicamentos que difieren en estructura química, pero tienen efectos farmacológicos similares sobre la conducta. Casi todos producen el mismo perfil que el etanol. Con frecuencia se comercializan como tranquilizantes menores y todos tienen propiedades hipnóticas a dosis adecuadas.



#### b. Conductual

Los métodos conductuales se usan ampliamente en diversos trastornos de ansiedad, de manera frecuente junto con medicamentos. En ocasiones pueden ser útiles las técnicas de relajación para reducir la ansiedad.<sup>28</sup>

#### c. Psicológico

Los métodos cognitivos son eficaces en el tratamiento de trastornos con pánico cuando es necesario corregir creencias erróneas. La combinación de terapéutica médica y cognoscitiva es más eficaz que cualquiera de ellas por si sola. La terapéutica de grupo es el tratamiento de elección, es apropiado incluirlas e iniciar la terapéutica familiar o de pareja.

#### d. Social

El soporte dado por grupos de compañeros en los trastornos de ansiedad es de utilidad particular. Cualquier ayuda para conservar la estructura social alivia la ansiedad y hay que conservar las actividades de trabajo, escolares y sociales.

Los trastornos de ansiedad por lo general son prolongados. El pronóstico es mucho mejor si es posible romper el ciclo ansiedad-pánico-depresión que se observa comúnmente, con los recursos terapéuticos.<sup>28</sup>



### 4.3 Relación de la ansiedad y la enfermedad periodontal

La ansiedad es otro factor que se han investigado en estudios observacionales, aunque no se ha confirmado como condición de riesgo para la enfermedad periodontal. (Monteiro da Silva et al. 1996, Moss et al. 1996).<sup>20</sup>

Baker et al. (1961) realizaron un estudio en el cual encontraron; una relación entre el estado periodontal y problemas psiquiátricos; (histeria definida en su estudio como la tendencia a desarrollar desórdenes psicosomáticos). Belting & Gupta (1961) reportaron que los pacientes del grupo de personas con enfermedades psiquiátricas la severidad de la enfermedad periodontal aumento debido a la ansiedad.<sup>8,20</sup>

Davis & Jenkins (1962) encontraron que la ansiedad estaba relacionada con la enfermedad periodontal, en pacientes con problemas psiquiátricos.<sup>8</sup>

Se realizó un estudio con 160 voluntarios de ambos sexos, de edades de 19 a 67 años, las personas excluidas en este estudio fueron pacientes con VIH, diabéticos no controlados y con terapia periodontal 3 meses previos. Se realizó usando el índice de placa e índice gingival, así como pruebas psicométricas de depresión, ansiedad y escala de modulación de eventos. No se encontró ninguna asociación entre los pacientes que fumaban, la escala de modulación de eventos y la escala de depresión y ansiedad en pacientes con periodontitis establecida, con el resultado de este estudio no se confirmó la hipótesis de que la ansiedad, depresión y el estrés están asociados con la periodontitis.<sup>20</sup>



---

## CONCLUSIONES

Las variaciones en el ánimo de los individuos pueden afectar la patógenia de la enfermedad periodontal en conjunción con otros factores de riesgo.

La exacerbación de las enfermedades periodontales en pacientes depresivos parece ir más ligada a la alteración del ánimo que los conduce al abandono de los hábitos de higiene oral.

Estudios que han sido publicados analizando la relación entre el estrés psicológico y la enfermedad periodontal, han llegado a la conclusión de que el estrés representa un factor de riesgo en las formas necrosantes de enfermedades periodontales, sin embargo se requiere de la presencia de los microorganismos patógenos de la biopelícula para que se presenten manifestaciones clínicas de gingivitis o provoquen mayor severidad de una enfermedad periodontal ya existente.

La disminución del flujo salival produce alteraciones provocando que el individuo sea más susceptible a enfermedades bucales. Es importante reducir en lo posible la incidencia de patologías orales en pacientes depresivos, principalmente aquéllos en tratamiento con psicofármacos hiposalivantes.

La ansiedad no se ha demostrado que influya como condición de riesgo de la enfermedad periodontal,



---

La responsabilidad de los cirujanos dentistas incluye la identificación de las enfermedades sistémicas del paciente para un plan de tratamiento y pronóstico adecuados.

Se requiere de más estudios a largo plazo para determinar la influencia de los factores psicoemocionales en el periodonto.



## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Lindhe, J. Periodontología Clínica e implantología odontológica. 3<sup>a</sup>.ed. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana, 2000. Pp.83 – 101, 274 – 275.
2. Lindhe, J. Periodontología Clínica e implantología odontologica. 4<sup>a</sup>. ed. Argentina, Editorial: Médica Panamericana, 2005. Pp. 71- 72.
3. Carranza, N. Periodontología Clínica. 9<sup>a</sup>.ed. México: Editorial McGraw-Hill Interamericana, 2004. Pp. 495– 501.
4. Alpagot T, Wolff LF, Smith QT, Tran SD. Risk Indicators for Periodontal Disease in a Racially Diverse Urban Population. J Clin Periodontol 1996; 23: 982 – 988.
5. Nunn M. Understanding the etiology of Periodontitis: an overview of Periodontal Risk Factors. Periodontology 2000. 2003; 32: 11 - 23.
6. Dolic M, Bailer J, Staehle HJ, Eickholz P. Psychosocial factors as risk indicators of Peridontitis. J Clin Periodontol 2005; 32: 1134 – 1140.
7. Axelson P. Diagnosis and risk prediction of periodontal diseases. Eslovaquia: Editorial Quintessence books; 2002. Pp 219 – 235.



8. Rose LF, Mealey BF, Genco RJ, Cohen DW. Periodontics Medicine Surgery and implants. St Louis Missouri; Editorial Elsevier Mosby, 2004. Pp 33 – 67.
9. Pihlstrom Bruce. Periodontal risk assessment diagnosis and treatment planning. Periodontology 2000. 2001; 25: 37 – 58.
10. Ronderos M, Ryder M. Risk assessment in clinical practice. Periodontology 2000. 2004; 34: 120 - 135.
11. Genco R, Löe H. The role of systemic conditions and disorders in periodontal disease. Periodontology 2000. 1993; 2: 98 – 116.
12. Suárez QJ. Odontología en atención primaria. Barcelona, España; Editorial Instituto Iacer de salud bucodental, 2000. Pp 25 – 29.
13. García R, Henshaw M, Krall Elizabeth. Relationship between Periodontal Disease and Systemic Health. Periodontology 2000. 2001; 25: 21 - 36.
14. Sheiman A, Nicolau B. Evaluation of social and Psychological Factors in Periodontal Disease. Periodontology 2000. 2005; 39: 118 – 131.
15. Murayama Y, Kuihara H, Nagai A, Dompkowski D, Van Dyke T. Acute necrotizing ulcerative gingivitis: risk factors involving host defender mechanisms. Periodontology 2000. 1994; 6:116– 124.



- 
16. Monteiro da Silva AM, Newman HN, Oakley DA. Psychosocial factors in Inflammatory Periodontal Diseases. *J Clin Periodontol*, 1995; 22: 516– 526.
  17. Monteiro da Silva AM, Oakley Da, Newman HN, Nohl FS, Lloyd HM. Psychological factors and adult onset Rapidly Progressive Periodontitis. *J Clin Periodontol* 1996; 23: 789 – 794.
  18. Croucher R, Marcenes WS, Torres MCMB, Hughes WS, Sheiham. The relationship between life-events and periodontitis. *J Clin Periodontol* 1997; 24: 39 – 43.
  19. Deinzer R, Hilpert D, Bach K, Schawacht M, Herforth A. Effects of academic stress on oral hygiene a potential link between stress and plaque-associated disease?. *J Clin of Periodontol* 2001; 28: 459 – 464.
  20. Solis A, Lotufo R, Pannuti C, Brunheiro E, Marques A, Lotufo-Neto F. Association of periodontal disease to anxiety and depression symptoms, and psychosocial stress factors. *J Clin of Periodontol* 2004; 31: 633 – 638.
  21. Leresche L, Dworkin S. The role of Stress in Inflammatory Disease: Review of Concepts and Current Findings. *Periodontology* 2000. 2002; 30: 91 -103.
  22. <http://www.medwave.cl>



- 
23. Axtelius B, Södrefald B, Nilsson A, Edwarsson S, Attrström R  
Theraphy-resistant periodontitis. Psychological Characteristics. J  
Clin Periodontol 1998; 25: 482 – 491.
24. Salín R. Manual de Prescripción de Antidepresivos. Cd. México:  
Editorial McGraw-Hill Interamericana, 1999 Pp.1 – 45.
25. Daviddoff, L. Historia de la Psicología. México: Editorial: McGraw-Hill  
Interamericana, 2001. Pp. 570 – 599.
26. <http://www.sergiohiskin.com.ar/abi.htm>
27. Stanford T, Rees T. Acquired immune supresión and other risk  
factors/indicators for periodontal disease progresión. Periodontology  
2000. 2003; 32: 118 - 135.
28. Lawrence M, Mcphee S. Diagnóstico clínico y tratamiento. 33<sup>a</sup>  
edición Cd. México: Editorial Manual Moderno, 1998 Pp 974 – 981.
29. <http://www.iladiba.com.co/.../imagenes/DEPFIG5.jpg>
30. <http://www.depression.org>
31. [http://www. Revista chilena de neuro-psiquiatría - BDepresión Mayor  
y Sa.htm.](http://www.Revista chilena de neuro-psiquiatría - BDepresión Mayor y Sa.htm)



- 
32. <http://www.uaq.mx/medicina/mediuaq/especialidades/dermatologia/candida2.jpg>
33. Elter J, White A, Gaynes B, Baders J. Relationship of clinical Depression to periodontal treatment outcome. *J. Periodontol* 2002; 73: 441 – 449.
34. Linden GJ, Mullaly BH, Freeman R. Stress and the Progression of Periodontal Disease. *J Clin Periodontol* 1996; 23: 675 – 680.
35. <http://www.tusalud.com.mx/120701.htm>
36. Genco RJ, Goldman HM, Cohen DW. *Periodoncia*. México; Editorial Interamericana, 1993. Pp 276– 277.
37. <http://www.saludhoy.com/htm/.../estres.html>
38. Ebersole J, Cappelli D. Acute-phase reactants in infections and inflammatory diseases. *Periodontology* 2000. 2000; 23: 19 – 49.
39. Trombelli L, Scapoli C, Tatakis D, Grassi L. Modulation of clinical expression of plaque-induced gingivitis: effects of personality traits, social support and stress. *J Clin Periodontol* 2005; 32: 1143 – 1150.
40. Gregor, Kimble A, *Fundamentos de Psicología General*. Cd. México: Editorial Limusa, 1996 Pp.428 – 429, 529 – 530.



- 
41. Goic, A. Semiología Médica. Santiago Chile: Editorial Publicaciones Técnicas Mediterráneo, 1998 Pp 44 – 49.
42. Kaplan H, Sadock J. Sinopsis de Psiquiatría. Ciencias de la conducta Psiquiatría. Clínica. 8<sup>a</sup>.ed. Madrid España: Editorial Médica Panamericana, 2001 Pp. 657 – 710.