



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN CIENCIAS MÉDICAS, ODONTOLÓGICAS
Y DE LA SALUD

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

CAMPO DEL CONOCIMIENTO: CIENCIAS ODONTOLÓGICAS CLÍNICAS
(PATOLOGÍA BUCAL)

TÍTULO

Impacto de enfermedades orales asociadas a estrés en la calidad de vida y rasgos
de la personalidad de pacientes provenientes de la Clínica de Medicina Bucal,
DEPeI.

T E S I S

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE MAESTRA EN CIENCIAS

PRESENTA

CD. Esp. Diana Ivette Rivera Reza

TUTOR

Dr. Luis Alberto Gaitán Cepeda
Facultad de Odontología

COMITÉ TUTOR

Dra. Elba Rosa Leyva Huerta
Facultad de Odontología

Dra. María del Carmen Villanueva Vilchis
Escuela Nacional de Estudios Superiores-León

CIUDAD UNIVERSITARIA, CIUDAD DE MÉXICO, OCTUBRE 2020.



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.

COMITÉ TUTOR

Dra. Elba Rosa Leyva Huerta

Dra. María del Carmen Villanueva Vilchis

Dr. Luis Alberto Gaitán Cepeda

AGRADECIMIENTOS:

Al Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas Odontológicas y de la Salud, a la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México y al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología que, mediante el Programa Nacional de Posgrados de Calidad, me otorgó el apoyo para la realización de este proyecto.

A mi familia:

*Mis padres, **Eugenia** y **Roberto**, por ser un ejemplo de dedicación y esfuerzo.*

*Mis hermanos, **Caroline** y **Roberto**, por compartir conmigo cada paso.*

A mis maestros, que a lo largo de mi trayectoria académica he tenido el placer de conocer.

*De forma muy especial a mi tutor, **Dr. Gaitán**, por todo su apoyo, orientación y dirección a lo largo de la realización de este proyecto.*

*A la **Dra. Carmen Villanueva**, por compartir conmigo su conocimiento y cariño.*

A mis amigos, por colaborar activamente en esto que llamamos vida.

¡Muchas gracias!

RESUMEN

Impacto de enfermedades orales asociadas a estrés en la calidad de vida y rasgos de la personalidad de pacientes provenientes de la Clínica de Medicina Bucal, DEPeI.

Introducción: Se conoce que el liquen plano oral, la estomatitis aftosa recurrente y el síndrome de boca dolorosa tienen en común un factor predisponente y desencadenante que es el estrés por lo que pueden denominarse enfermedades orales asociadas a estrés (EAO-E). Estas enfermedades interfieren con la vida diaria y eventualmente afectan la calidad de vida.

Objetivo: Determinar si existe asociación entre niveles de estrés y rasgos de la personalidad en un grupo de pacientes con diagnóstico de alguna EOA-E y si estas enfermedades se asocian con la calidad de vida relacionada a salud oral.

Material y método: Se realizó un estudio de casos y controles, pareados por edad y sexo, provenientes de la Clínica de Medicina Bucal, DEPeI. Se aplicaron tres instrumentos (OHIP-49, BFI y SRRS) mediante una entrevista.

Resultados: El análisis estadístico mostró que el grupo de casos el rasgo de neuroticismo de personalidad fue el más expresado y una menor expresión de los rasgos de amabilidad y apertura a la experiencia ($p < 0.05$), así como peor calidad de vida comparado con los sujetos control ($p < 0.05$), las dimensiones más afectadas fueron: incomodidad psicológica e inhabilidad física comparado con los sujetos control.

Conclusión: Los sujetos que padecen una EOA-E tienden a experimentar emociones negativas de manera crónica (depresión, ansiedad) y estas enfermedades se asocian con una mala calidad de vida.

Palabras clave: liquen plano oral, estomatitis aftosa recurrente, síndrome de boca dolorosa, OHIP-49, BFI, SRRS.

ABSTRACT

Impact on quality of life and personality traits of oral diseases related to stress in patients of Oral Medicine Clinic, DEPel.

Introduction: Oral lichen planus, recurrent aphthous stomatitis, and burning mouth syndrome are known to have a common predisposing and triggering factor which is stress. This is why they can be called oral stress-associated diseases (OSAD). These diseases can interfere with daily life and eventually affect quality of life.

Objective: To determine if there is an association between stress levels and personality traits in a group of patients diagnosed with any EOA-E and if these diseases are associated with oral health-related quality of life.

Methods: A case-control study, paired by age and sex, from the Oral Medicine Clinic, DEPel was made and three instruments were applied (OHIP-49, BFI and SRRS) through an interview.

Results: Statistical analysis showed that the group of cases the personality neuroticism trait was higher expressed as well as a lower expression of the traits of agreeableness and openness ($p < 0.05$) and had worse quality of life compare to control subjects ($p < 0.05$), the most affected dimensions were: psychological discomfort and physical disability compared to control subjects.

Conclusions: It was concluded that subjects suffering from EOA-E tend to experience negative emotions in a chronic way (depression, anxiety) and these diseases are associated with poor quality of life.

Key words: oral lichen planus, recurrent aphthous stomatitis, burning mouth syndrome, OHIP-49, BFI, SRRS.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	8
MARCO TEÓRICO	9
CALIDAD DE VIDA.....	9
Concepto.....	9
Calidad de vida relacionada a salud.....	10
Calidad de vida relacionada a salud oral.....	11
Instrumentos de medición.....	12
ASPECTOS PSICOLÓGICOS.....	16
ESTRÉS	16
Concepto.....	16
Estrés e inmunidad.....	17
Estrés y enfermedad	18
Instrumento de medición.....	20
RASGOS DE LA PERSONALIDAD	22
Concepto.....	22
Instrumento de medición.....	23
ENFERMEDADES ORALES ASOCIADAS A ESTRÉS.....	25
LIQUEN PLANO ORAL	25
Definición	25
Epidemiología.....	25
Etiología	25
Características clínicas	26
Características histopatológicas.....	28
Tratamiento	29
ESTOMATITIS AFTOSA RECURRENTE	31
Definición	31
Epidemiología.....	31
Etiología	31
Características clínicas	32
Características histopatológicas.....	34
Tratamiento y pronóstico.....	34
SINDROME DE BOCA DOLOROSA.....	36
Definición	36
Epidemiología.....	36
Etiología	36
Características clínicas	38
Diagnóstico.....	39
Tratamiento y pronóstico.....	39
ANTECEDENTES	41
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	45
JUSTIFICACIÓN.....	46
OBJETIVO GENERAL	46
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	46

HIPÓTESIS.....	47
METODOLOGÍA.....	48
Tipo de estudio	48
Población de estudio	48
Muestra de estudio	48
Definición de las variables y escalas de medición	50
Método de recolección de los datos	54
Método de procesamiento de los datos.....	55
Análisis estadístico.....	55
Consideraciones éticas	55
Recursos	56
RESULTADOS	57
DISCUSIÓN.....	64
CONCLUSIONES.....	70
REFERENCIAS.....	71
ANEXOS.....	84
ANEXO 1. ESCALA DE REAJUSTE SOCIAL DE HOLMES Y RAHE (SRRS)	85
ANEXO 2. INVENTARIO DE LOS CINCO GRANDES (BFI).....	87
ANEXO 3. PERFIL DE IMPACTO DE SALUD BUCAL (OHIP-49)	90
ANEXO 4. REGISTRO DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS	94
ANEXO 5. CONSENTIMIENTO INFORMADO	95

INTRODUCCIÓN

El liquen plano oral (LPO) y la estomatitis aftosa recurrente (EAR) son enfermedades de la mucosa oral de origen autoinmune, caracterizadas principalmente por erosiones o úlceras que generan malestar y dolor. El síndrome de boca dolorosa (SBD) es una condición probablemente de origen neuropático que produce dolor, ardor y malestar en la mucosa bucal con ausencia de datos clínicos.

Estas enfermedades se han tratado de asociar con estrés, ansiedad o depresión como factores desencadenantes o factores que exacerban las manifestaciones clínicas. Esta situación puede conducir al establecimiento de ciclos viciosos que empeoran el malestar bucal. A pesar de que se han hecho numerosos estudios todavía no ha sido totalmente esclarecido el papel que juegan estos factores (estrés, ansiedad y/o depresión). Por otro lado, se ha demostrado que la presencia de estas enfermedades impacta directamente sobre la calidad de vida de estos pacientes que la padecen. La asociación entre estos factores ha sido estudiada de manera independiente, pero hasta donde podemos saber no ha habido un proyecto que integre la relación que existe entre este grupo de factores con los sujetos que padecen estas enfermedades (LPO, EAR, SBD).

Por lo que con el fin de contribuir al conocimiento es importante identificar si existe asociación entre estrés, rasgos de personalidad con la presencia de LPO, EAR y SBD y la relación de estas enfermedades con la calidad de vida relacionada a salud oral.

MARCO TEÓRICO

CALIDAD DE VIDA

Concepto

El término calidad de vida se introdujo en la literatura médica en 1960 (1), como un concepto de evaluación multidisciplinario y multidimensional que se refiere a las condiciones subjetivas y objetivas relacionadas con factores físicos, emocionales y sociales (2). La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1996, la definió como la percepción individual de la posición en la vida en el contexto de la cultura y los sistemas de valores en los que se vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones personales; equilibrado por su salud física, estado psicológico, grado de independencia, relaciones sociales, factores ambientales y creencias personales (3) (Figura 1). Se considera estrictamente un atributo personal por lo que sus dimensiones cambian de manera individual, contextual y cultural; por lo tanto, cada vez más se reconoce que la calidad de vida se refiere a un contexto más amplio que la salud (4,5). Los cambios en alguna faceta de la vida pueden cambiar la satisfacción o los valores personales de uno o ambos de manera similar; algún cambio en el sentido de satisfacción puede conducir a una reevaluación de los valores y el estilo de vida (6).

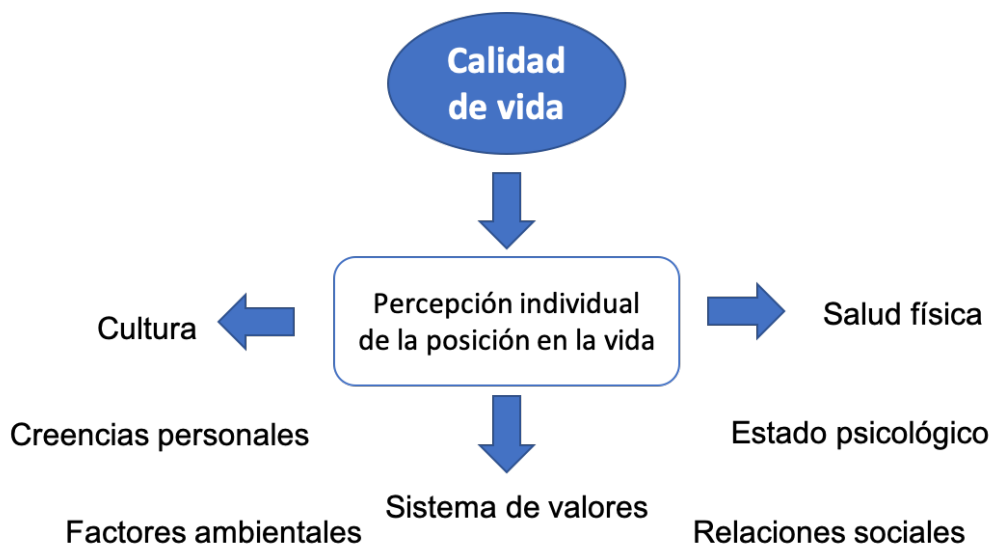


Figura 1. Concepto calidad de vida. Fuente directa

Calidad de vida relacionada a salud

La apreciación de salud ha sido asociada a la capacidad de realizar actividades cotidianas relevantes, estableciéndose el concepto de calidad de vida relacionada con la salud en 1980, debido a la relevancia del impacto de las enfermedades sobre la capacidad funcional física, psicológica y de integración social (1). Inicialmente el término se aplicó principalmente en oncología (4) y rehabilitación médica (1) y actualmente es ampliamente aceptada la existencia de la calidad de vida en medicina y odontología (4).

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), se refiere esencialmente a la percepción subjetiva de bienestar o satisfacción sobre la capacidad de realizar actividades importantes para el individuo que están influenciadas por el estado de salud actual(5,7,8). La evaluación de la CVRS en un paciente representa el impacto que una enfermedad y su tratamiento posterior, tienen en la percepción del paciente sobre su bienestar incluyendo la satisfacción y estabilidad en todos los ámbitos (Figura 2).

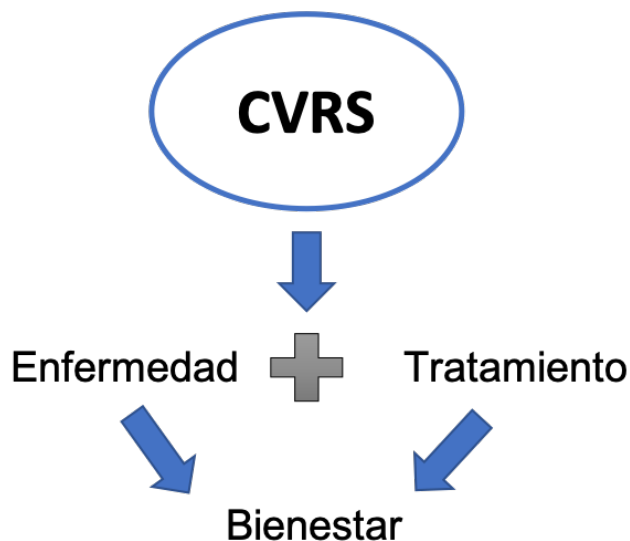


Figura 2. Calidad de vida relacionada a salud. Fuente directa.

Calidad de vida relacionada a salud oral

Finalmente, la calidad de vida relacionada con la salud oral (CVRSO), es un término que reconoce la importancia del sistema estomatognático en la realización de las actividades diarias, ya que la salud oral contribuye al bienestar general. Las actividades diarias como comer, hablar y sonreír son determinantes del bienestar de un individuo. Así, la salud oral es parte integral de la salud y bienestar general (4) (Figura 3). Si bien, las enfermedades orales rara vez ponen en peligro la vida, siguen siendo un problema importante de salud pública debido a su alta prevalencia y a su impacto en la calidad de vida de las personas. Se reconoce que la falta de salud oral puede contribuir al desgaste de los pacientes a nivel económico, psicológico y social (4).

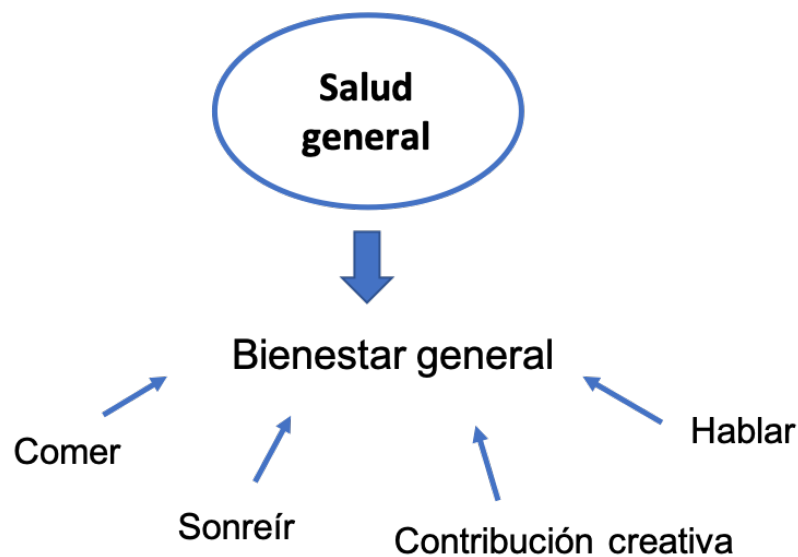


Figura 3. Salud general. Fuente directa.

La CVRSO (Figura 4) se refiere al impacto de las condiciones orales en el funcionamiento diario como en la alimentación, nutrición, interacción social, funciones emocionales y psicológicas e incomodidad, discapacidad, aunado al impacto social y financiero (4,9,10). La CVRSO cada vez está siendo más reconocida en la odontología clínica debido a la comprensión de que son los pacientes los que son tratados y no solo su afección dental u oral (4). Es útil para medir el impacto de enfermedades orales en la población general y en

los grupos de alto riesgo, de tal forma que se puede estudiar el éxito de procedimientos preventivos y curativos para mejorar la calidad de vida del individuo (3,10).

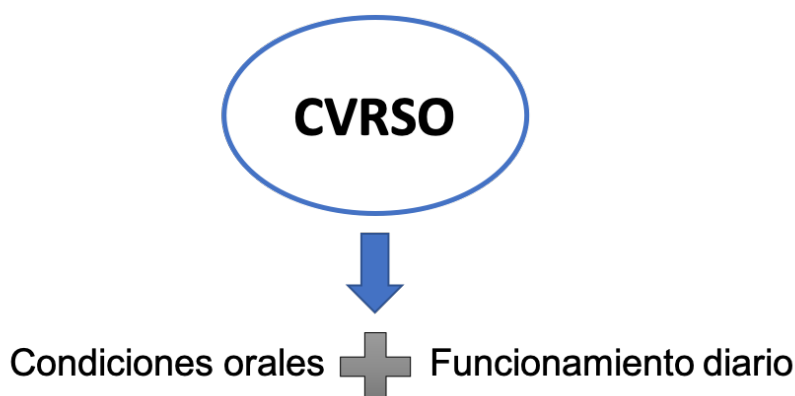


Figura 4. Calidad de vida relacionada a salud oral. Fuente directa.

Existen reportes de una asociación negativa entre caries y pérdida dental con la CVRSO en adultos y ancianos (11), sin embargo, la relación entre calidad de vida y lesiones de tejidos blandos (infecciones bacterianas y virales agudas, úlceras orales, candidiasis y liquen plano), trastornos funcionales (boca seca), alteraciones con sintomatología dolorosa, dentro de las cuales tenemos: neuralgia y disfunción de la articulación temporo mandibular (ATM); es escasa a pesar de que muchas de ellas son consideradas enfermedades discapacitantes crónicas (12). En niños se ha observado asociación entre el ausentismo escolar, disminución en la concentración del estudio así como disminución de la capacidad masticatoria y de fonación, con dolor causado por caries dental (13).

Instrumentos de medición

Actualmente existen diversas herramientas para medir la CVRSO y varían ampliamente en relación al formato y número de reactivos, tipo de respuesta, contexto de su uso; así como las características de la población en la que se aplica (4). Debido a la disponibilidad de escalas que miden la CVRSO es importante analizar críticamente estas herramientas con respecto a su población objetivo, validez, confiabilidad y utilidad para evaluar la medida prevista, confiabilidad así como juzgar la relevancia de la evidencia que genera (4,10).

Las herramientas de calidad de vida relacionadas con la salud oral se dividen en tres categorías:

Indicadores sociodentales

Evalúan el efecto de las condiciones orales a nivel comunitario. Este tipo de evaluación generalmente implica la realización de extensas encuestas para determinar la carga de las alteraciones orales en toda la población, en términos de diversos marcadores sociales como: días de licencia del trabajo, ausencia escolar y pérdida de días de trabajo. Generalmente arrojan una tasa de impactos, que son insignificantes para las personas, pero son sustanciales cuando se expresan en términos de la enfermedad en un año determinado. Esto se debe en parte a que existe una alta prevalencia de lesiones y enfermedades orales que causan dolor incapacitante con tendencia a la persistencia y recurrencia. Las medidas sociales son útiles para los planificadores y formuladores de políticas con respecto a la perspectiva social o económica, para demostrar la importancia de las enfermedades orales dentro de la salud pública; aunque existen limitaciones debido a que las enfermedades orales pueden ser infrecuentes para ser consideradas marcadores sensibles de impacto en estudios epidemiológicos (4,10). El Impacto Social de Enfermedades Dentales (*Social Impacts of Dental Diseases SIDD*, por sus siglas en inglés) es un instrumento que se desarrolló a principios de la década de los 80's, fue uno de los primeros indicadores sociodentales y está basado en un modelo de estado de salud centrado en tres aspectos: físico, social y psicológico (14).

Autoevaluaciones globales de salud bucal

Consiste en un solo un reactivo, que hace una pregunta general sobre la percepción del individuo de su estado general de salud o calidad de vida en un período en particular (4). Por ejemplo “¿cómo calificaría la salud de sus dientes, encía y boca?” la respuesta es mediante una escala likert que va de “excelente” a “muy mala”. Sin embargo este proceso varía de un individuo a otro y es subjetivo debido a que

algunas personas pueden considerar que su salud es excelente siempre que no experimenten ningún dolor dental, mientras que otras pueden considerar que es buena a pesar de haber perdido varios dientes. Es útil para grandes entrevistas o cuestionarios que exploran numerosas preguntas de investigación, como en las encuestas nacionales de salud (10).

Cuestionarios de reactivos múltiples

Es el tipo de evaluación más utilizado de CVRSO. Sus medidas se clasifican en genéricas y específicas, e intentan establecer experiencias específicas del investigador, como la definición de CVRSO. Debido a que las definiciones de CVRSO son diversas, existe heterogeneidad significativa en relación al enfoque, duración y formato de las preguntas (10). Las medidas genéricas evalúan la salud bucal general (*Oral Health Impact Profile* u *Oral Impacts on Daily Performances*, OHIP y OIDP respectivamente por sus siglas en inglés). Las medidas específicas evalúan poblaciones en lo particular, como niños desdentados o preescolares con lesiones orales como caries dental o maloclusión (*Surgical Orthodontic Outcome Questionnaire*, SOOQ por sus siglas en inglés)(4).

El instrumento CVRSO más utilizado, es el *Oral Health Impact Profile* (OHIP), fue desarrollado por Slade y Spencer en 1994 (15) y se basa en el modelo conceptual de Locker; que contiene cinco conceptos relacionados secuencialmente: limitación funcional, dolor/incomodidad, inhabilidad e incapacidad (4,16). El OHIP (49/14 reactivos) se ha traducido y validado en varios países, incluido México (17). Esta herramienta evalúa la frecuencia con la que un individuo experimenta problemas funcionales en su vida cotidiana como consecuencia de la presencia de lesiones y alteraciones orales. Está integrada por siete dimensiones: limitación funcional, dolor, incomodidad psicológica, inhabilidad física, inhabilidad psicológica, inhabilidad social e incapacidad. Se responde mediante una escala tipo Likert (0. Nunca, 1. Casi nunca, 2. Algunas veces, 3. Frecuentemente y 4. Casi siempre).

En conclusión, la calidad de vida (CV) es un atributo personal que se refiere a las condiciones subjetivas y objetivas relacionadas con factores físicos, emocionales y sociales. En cuanto a calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), se refiere a la percepción subjetiva de bienestar influenciado por el estado de salud actual. Específicamente en el caso de las EOA-E, la CVRSO se refiere al efecto que provocan estas enfermedades y repercusiones que producen en la vida diaria de cada una de las personas que las padecen.

Por último, existen diversas herramientas para evaluar la CVRSO y se pueden dividir en tres grandes grupos: indicadores sociodentales, autoevaluaciones globales de salud bucal y cuestionarios de reactivos múltiples. La elección dependerá del objetivo de estudio. En nuestro caso consideramos que la mejor manera de evaluarla es mediante un cuestionario de reactivos múltiples tal como lo es el OHIP-49 que ha demostrado ser una herramienta válida y confiable (α -Cronbach= 0.964, CCI=0.877) en la población mexicana(17). Además, dentro de las dimensiones del instrumento se encuentran algunas estrechamente relacionadas con los factores de interés de este proyecto (Incomodidad e inhabilidad psicológicas).

ASPECTOS PSICOLÓGICOS

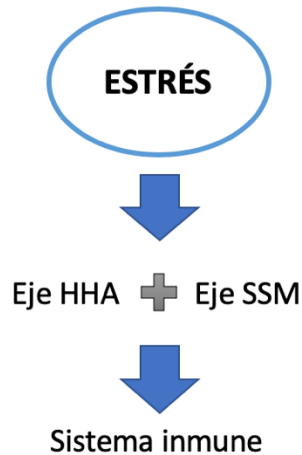
En el estado de salud-enfermedad están involucrados agentes biológicos; sin embargo recientemente se han reportado otros factores que pudieran intervenir en el proceso como: factores emocionales, personalidad, desórdenes afectivos, estrés y ansiedad (18).

ESTRÉS

Concepto

El estrés es el factor psicológico más relacionado con la salud, sin embargo, se ha empleado en diferentes campos de investigación en la que ha recibido diferentes definiciones, en consecuencia podemos definirlo como: la condición que resulta cuando los intercambios entre la persona y su ambiente llevan al individuo a percibir una discrepancia, pudiendo ser real o no, entre las demandas de la situación y los recursos disponibles de la persona (18,19) y que ocasiona respuestas psicológicas, conductuales y biológicas que pueden poner a las personas en riesgo de enfermedad (20).

A pesar de que los factores que inician el estrés físico y psicológico son fundamentalmente diferentes, las formas en que impactan en el sistema inmune tienen muchas similitudes. Los sensores centrales de ambas formas de estrés son el eje hipotálamo-hipofiso-suprarrenal (HHA) y el eje simpático-suprarrenal-medular (SSM), los cuales pueden influir en el sistema inmunitario (21–23) (Figura 5), por lo que se consideran implicados en el desarrollo de enfermedades autoinmunes (24). Otro punto importante es la reactividad al estrés de cada individuo, dado que puede ser un factor importante para explicar la variabilidad en la susceptibilidad inducida por el estrés (22).



*Figura 5. Estrés e inmunidad.
HHA: Hipotálamo-hipofiso-suprarrenal,
SSM: Simpático-suprarrenal-medular.
Fuente directa*

Estrés e inmunidad

El hipotálamo integra información de estímulos físicos y emocionales; como respuesta al estrés secreta la hormona *liberadora de corticotropina* (CRH) del núcleo paraventricular. La CRH actúa sobre la glándula hipófisis para inducir la liberación de la hormona *adrenocorticotrópica* (ACTH), que estimula a la glándula suprarrenal para inducir la producción de glucocorticoides (cortisol) y la hormona androgénica *dehidroepiandrosterona* (DHEA) de la corteza. La glándula suprarrenal también está regulada por el sistema nervioso simpático, secretando catecolaminas en respuesta a la liberación de acetilcolina a partir de fibras simpáticas preganglionares que inervan la médula suprarrenal. Las catecolaminas y los glucocorticoides actúan como mediadores de la respuesta inmediata de huida o lucha contra el estrés, mejorando la función cardiovascular y el metabolismo de la glucosa, pero al mismo tiempo inducen la supresión de la mayoría de las funciones inmunes (22,23). Por el contrario, la DHEA es principalmente inmunoestimulante, proporcionando cierto grado de contrapeso a los efectos potencialmente perjudiciales de la estimulación del eje HHA-SAM a largo plazo (21) (Figura 6).

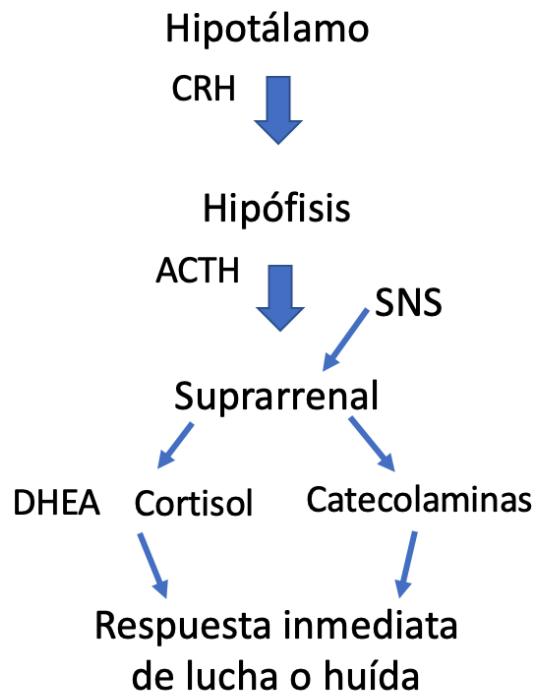


Figura 6. Respuesta estrés. CRH: Hormona liberadora de corticotropina, ACTH: Hormona adrenocotrópica, DHEA: Hormona dehidroepiandrosterona, SNS: Sistema nervioso simpático. Fuente directa

Estrés y enfermedad

Las hormonas neuroendocrinas desencadenadas durante el estrés pueden conducir a una desregulación inmune o a la producción alterada o amplificadas de citocinas, lo que resulta en una enfermedad autoinmune atópica o una disminución de la defensa del huésped. La respuesta al estrés y la inducción de una desregulación del equilibrio de citocinas pueden desencadenar el eje HHA y el sistema nervioso simpático (22,24).

La reacción fisiológica al estrés se puede comprender con el modelo del Síndrome General de Adaptación (*General Adaptation Syndrome, GAS*) descrito por Han Selye, que se refiere a la suma de todas las reacciones sistémicas inespecíficas del cuerpo que resultan de la exposición prolongada al estrés (25); y consiste en una respuesta normal de adaptación a

una amenaza, que en caso de ser intensa o prolongada puede dar origen a enfermedades. Se describen tres etapas: reacción de alarma, resistencia y agotamiento (18,25) (Figura 7).

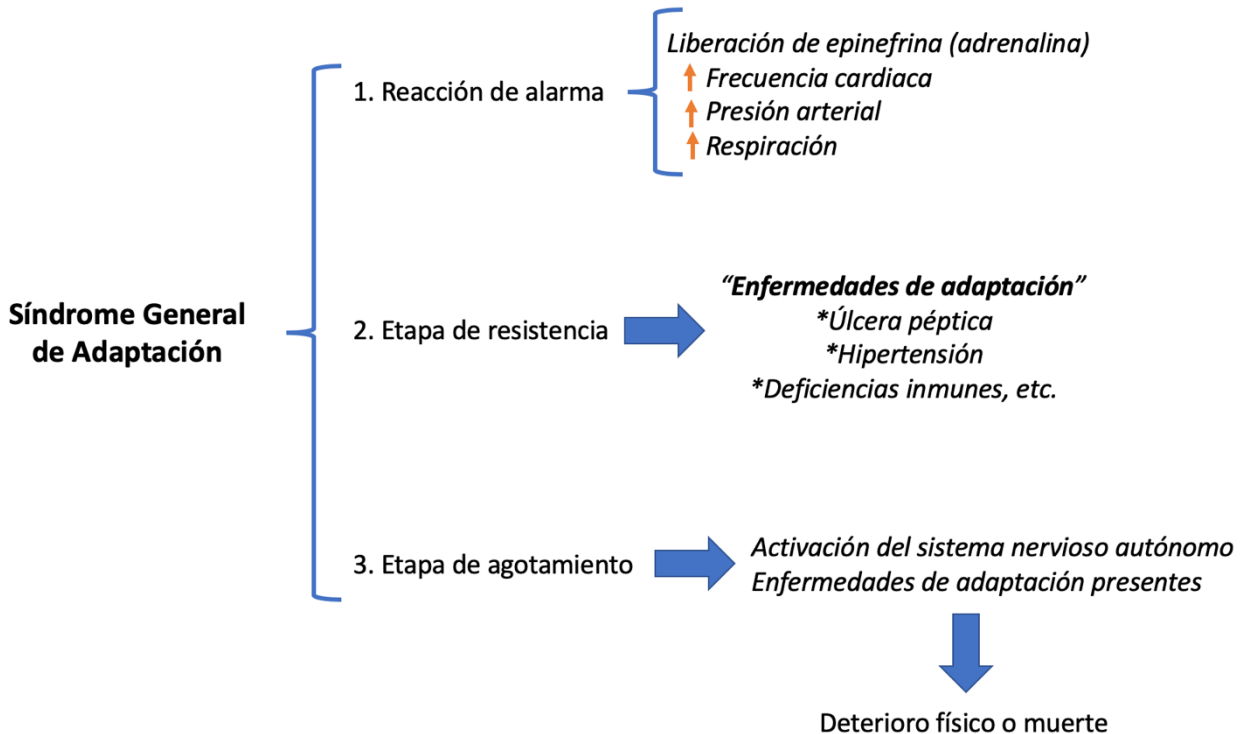


Figura 7. Síndrome General de Adaptación. Fuente directa.

Reacción de alarma; ocurre cuando las defensas del organismo contra un estresante se movilizan a través de la activación del SNC. Esta reacción activa los sistemas del organismo involucrados en la respuesta de lucha o huida a través de la liberación de epinefrina (adrenalina), con el incremento de la frecuencia cardíaca y la presión arterial, aunado a esto, la respiración se acelera, la sangre se desvía de los órganos internos hacia los músculos esqueléticos; las glándulas sudoríparas aumentan la producción y se suprime la actividad del sistema gastrointestinal. La reacción de alarma depende del grado en que el evento se perciba como amenaza (18,26).

Etapa de resistencia; continúa la excitación fisiológica, el organismo intenta adaptarse a la emergencia a través de las hormonas suprarrenales. La duración de esta etapa depende del

mantenimiento del factor estresante y la capacidad de adaptación del organismo, durante esta etapa fisiológicamente el funcionamiento interno está hiperactivo. El estrés conducirá a cambios neurológicos inducidos por el estrés y a un colapso del sistema hormonal, lo que llevará a alteraciones conocidas como “enfermedades de adaptación”, las cuales incluyen: úlcera péptica, hipertensión, hipertiroidismo y deficiencias inmunes. En este punto, hay una disminución en la capacidad del organismo para hacer frente a los eventos y problemas cotidianos, lo que posiblemente conduzca a un cambio importante de comportamiento como: irritabilidad, impaciencia y una mayor vulnerabilidad a los problemas de salud (18,26). De persistir el evento estresante las reservas de energía del cuerpo están agotadas.

Etapas de agotamiento; se caracteriza por la activación del sistema nervioso autónomo (SNA); que en circunstancias normales la activación del SNA ayuda a mantener el organismo funcionando en un estado de equilibrio; sin embargo, en esta etapa, el funcionamiento parasimpático se encuentra a un nivel anormalmente bajo, lo que hace que un organismo se agote. Si el estrés persiste, las “enfermedades de adaptación” estarán presentes y puede producirse un deterioro físico o incluso la muerte (18,26).

Instrumento de medición

La Escala de Reajuste Social (SRRS, por sus siglas en inglés) de Holmes y Rahe (1967), se ha traducido y validado en diferentes países, entre ellos México (27). Es uno de los instrumentos más utilizados para medir la magnitud de estrés que ha experimentado una persona durante un tiempo determinado. La escala enlista 43 eventos vitales identificados como acontecimientos estresantes que preceden una enfermedad o agravan el curso de una enfermedad establecida; e incluye eventos de diferente naturaleza: positivos (logro personal), negativo (aumento en las discusiones con la pareja), controlables (adquisición de un préstamo) e incontrolables (muerte de un familiar cercano) y consecuentes (cambios en los hábitos de sueño). Inicialmente Holmes y Rahe le asignaron a cada evento un valor entre 0 y 1000, teniendo como referencia el reactivo matrimonio, al que se le asignaron un valor arbitrario de 500 puntos (28); esta estrategia es una variante del método de estimación de

magnitudes, que posteriormente se promedió entre los jueces y se definió como Unidad de Cambio de Vida (*Life Change Units*, o puntajes LCU por sus siglas en inglés). La LCU significa el grado de reajuste vital (promedio) que demanda dicha situación independientemente de su deseabilidad o estabilidad, significado psicológico o emoción que produce (27). La suma de los puntajes LCU indica la magnitud de estrés vital experimentado por una persona (29).

En conclusión, entendiendo al estrés como un factor psicológico que causa una elevación en los niveles de cortisol, asociado a su vez, con un desbalance de citoquinas las cuales pueden predisponer al desarrollo de enfermedades. Para los fines que persigue este proyecto es necesario identificar los antecedentes o eventos estresantes que haya vivido o al que se hayan sometido los pacientes en estudio. Por lo anterior nosotros consideramos que la SRRS, la cual se ha validado y traducido en nuestro país, nos ofrece los datos necesarios.

RASGOS DE LA PERSONALIDAD

Concepto

La personalidad es un patrón complejo de características psicológicas profundamente arraigadas que se expresan automáticamente en prácticamente todos los dominios del funcionamiento psicológico (18). Los rasgos de la personalidad aluden a amplias consistencias en la conducta de las personas y se consideran como los elementos básicos para describir las diferencias individuales de la personalidad. Existen diferentes modelos, sin embargo, en el caso de personalidad normal, uno de los más aceptado es el modelo de los cinco factores (*Five Factor Model*, FFM por sus siglas en inglés) (18) (Figura 8). La psicología de la personalidad se ha encargado de una serie de problemas de desarrollo que son relevantes para el FFM: los antecedentes de los rasgos de personalidad adulta, cómo se desarrollan los rasgos, los plazos para la presentación y expresión máxima de los rasgos, estabilidad o cambio a lo largo de la vida y los efectos de los rasgos en otro aspecto del desarrollo personal; dado que emergen como dimensiones básicas de la personalidad en la edad adulta. Además, el FFM ha demostrado ser útil como marco para organizar hallazgos sobre la personalidad adulta en diversas áreas como la genética del comportamiento y la psicología industrial (30).

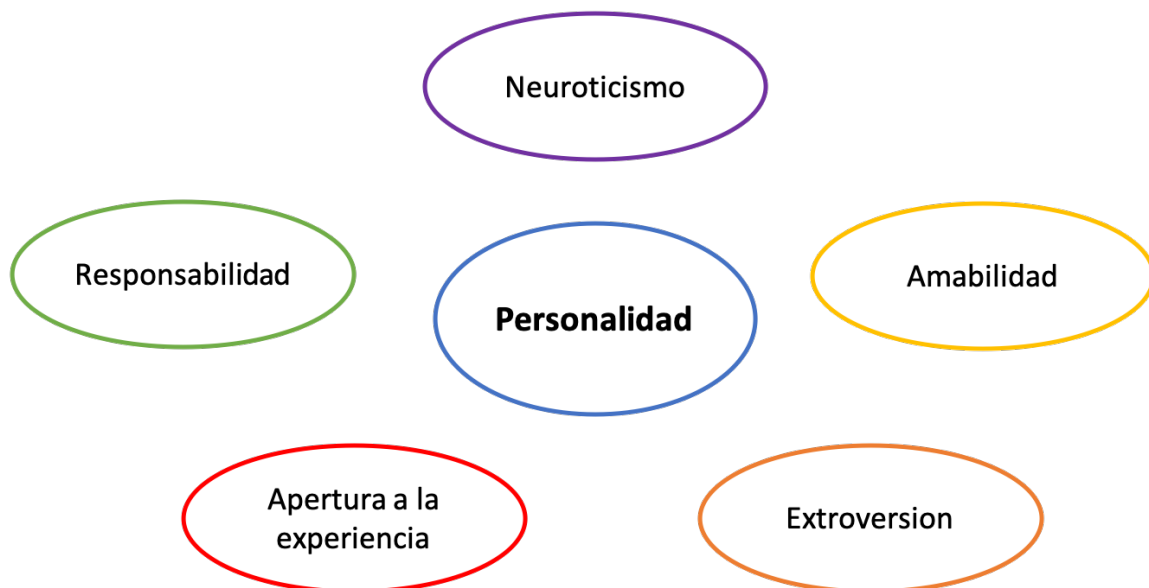


Figura 8. Modelo de los cinco factores de la personalidad. Fuente directa.

La forma más aceptada del FFM fue desarrollada originalmente por McCrae y Costa (31), quienes propusieron los siguientes factores: 1. *Energía o extroversión*, se refiere a la predisposición de tener emociones positivas y rasgos relacionados a actividad y energía con tendencia a ser sociables, activos, locuaces y positivos; 2. *Estabilidad emocional o neuroticismo*, que identifica a los individuos propensos al sufrimiento psicológico con tendencia a experimentar emociones negativas de forma crónica como depresión, ansiedad e ira; 3. *Apertura a la experiencia*, relacionada con la creatividad científica y artística, pensamiento divergente, liberalismo político y búsqueda proactiva y apreciación de nuevas experiencias; 4. *Amabilidad*, como orientación prosocial con tendencia a ser compasivos, cooperativos, amigables, considerados, generosos, confiados, perdonadores y dispuestos a comprometer sus intereses con los demás y 5. *Conciencia o responsabilidad*, tendencia a la organización, autocontrol, perseverancia y motivación en conductas dirigidas a metas. Estas características se consideran universales y se pueden encontrar en muchas culturas(18,30,32,33).

Instrumento de medición

El inventario de los cinco grandes (*Big Five Inventory*, BFI por sus siglas en inglés), es un cuestionario de autoinforme basado en el FFM, consiste en 44 reactivos, cada reactivo es una frase corta que la persona debe usar para evaluar cuánto lo describe, por ejemplo para el rasgo de extroversión le corresponden frases como: “se ve a sí mismo como alguien que es muy hablador”, para neuroticismo: “se ve a sí mismo como alguien que mantiene la calma en situaciones difíciles”, para apertura: “se ve a sí mismo como alguien que tiene intereses muy diversos”, para responsabilidad: “se ve a sí mismo como alguien que es minucioso en el trabajo” y para amabilidad: “se ve a sí mismo como alguien que es generoso y ayuda a los demás”. La respuesta es a través de una escala Likert de 5 puntos (1.Muy en desacuerdo, 2.En desacuerdo, 3.Ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4.De acuerdo y 5.Muy de acuerdo) y lleva menos de 15 minutos su aplicación. Se ha utilizado en distintas poblaciones para su validación como por ejemplo en estadounidenses y españoles (33), además de ser utilizado en personas que padecen enfermedades como la esclerosis lateral amiotrófica (34)

con la finalidad de identificar los rasgos de la personalidad que los caracterizan; en el rendimiento académico en estudiantes de licenciatura y su relación con la personalidad (35); así como la relación de los rasgos de la personalidad con el compromiso organizacional en empleados de múltiples organizaciones (36) por lo que se ha traducido al menos a 10 idiomas y validado en distintos países, incluido México (32).

ENFERMEDADES ORALES ASOCIADAS A ESTRÉS

Se define a enfermedades orales asociadas a estrés (EOA-E) a aquellas condiciones de la mucosa oral que se ven agravadas, exacerbadas o desarrollas a partir de estados emocionales como: estrés, ansiedad y/o depresión. Dentro de estos padecimientos destacan el liquen plano oral (LPO), estomatitis aftosa recurrente (EAR) y el síndrome de boca dolorosa (SBD).

LIQUEN PLANO ORAL

Definición

El liquen plano (LP) es una enfermedad inflamatoria crónica común que puede afectar la piel y las membranas mucosas, incluida la mucosa oral (37). Descrita por primera vez en 1869 por Erasmus Wilson (38) como una enfermedad crónica que afecta la piel, uñas y mucosa con una posible transformación maligna (39).

Epidemiología

La prevalencia mundial estimada del LPO en la población adulta es del 0.5-2.0% (40-42), otros autores reportan 0.22-5.0% (37,43). Se reporta una prevalencia mayor en el sexo femenino de 2:1, la edad de presentación generalmente es entre los 30-60 años de edad (44), sin embargo se han reportado casos en niños (40,43). El liquen plano genital y cutáneo se asocia aproximadamente en el 20 % y 15% de los casos de LPO, mientras que se estima que el LPO ocurre en el 70-77% de los pacientes con LP cutáneo (37,39,40,42).

Etiología

La etiología es desconocida, actualmente se han identificado algunos factores predisponentes, dentro de los cuales se incluyen: *factores genéticos* como: polimorfismos genéticos de citocinas (IFN- γ , TNF- α) (45) y de marcadores HLA (antígeno leucocitario humano) los más frecuentes: HLA-A3, HLA-DR1, HLA-DRB1*0101, HLA-DQ1, HLA-

DQB1*0201) (37); *factores psicológicos* como: estrés, ansiedad y depresión (37,39,43,46–51); *factores mecánicos* como: trauma; además de *asociaciones sistémicas*: hepatitis C (37,42,43), hipertensión y diabetes mellitus, disfunción tiroidea y enfermedad de injerto contra huésped (43,44,52).

En la patogénesis del LPO se han descrito mecanismos antígeno específico y no específico. Los mecanismos antígeno específico incluyen la presentación de antígeno por los queratinocitos y las células de Langerhans a los linfocitos T CD4+ cooperadores y CD8+ citotóxicos para su activación. Los linfocitos T CD4 cooperadores activados pueden secretar interleucinas (IL-2) e interferon gamma (IFN- γ) que a su vez activan los linfocitos T citotóxicos y promueven su proliferación. Finalmente, los linfocitos T citotóxicos activados pueden desencadenar la apoptosis de los queratinocitos basales y provocar la degeneración de queratinocitos basales (degeneración licuefactiva). Los mecanismos no específicos incluyen la degranulación de células cebadas y la liberación del factor de necrosis tumoral alfa (TNF- α) y quimasa. El TNF- α puede ayudar a los linfocitos T a migrar desde los capilares hacia la matriz extracelular circundante. La quimasa puede activar la metaloproteinasa de matriz 9 (MMP-9) que a su vez destruye la membrana basal y conduce a la migración de los linfocitos T citotóxicos hacia el epitelio y provocar la apoptosis de queratinocitos basales y parabasales (37,42,53).

Características clínicas

La presentación clásica es en un patrón simétrico y bilateral en la mucosa bucal (sitio más común) sin embargo también se puede presentar en lengua, encía (gingivitis descamativa) y mucosa labial; las lesiones en paladar, piso de boca y labio superior no son frecuentes (37). Clínicamente se distinguen seis subtipos: reticular, en placa, atrófico, erosivo/ulcerativo, papular y bulloso. Los tipos más frecuentes son el reticular, erosivo/ulcerativo y en placa (37,39,40,42–44,54) (Figura 9). La mayoría de las lesiones reticulares son asintomáticas y se desarrollan como múltiples pápulas con una red pequeña blanca-gris de líneas referidas como estrías de Wickham (42–44). La forma erosiva se

presenta como eritema causado por la inflamación o por adelgazamiento del epitelio con la formación de una pseudomembrana o úlcera; rodeada periféricamente por estrías queratócicas reticulares. Las lesiones atróficas y erosivas provocan distintos grados de malestar. Las lesiones en placa semejan una leucoplasia, se observa una lesión ligeramente elevada, homogénea, blanca y multifocal; comúnmente afecta la mucosa bucal y la lengua. Las lesiones bullosas y papulares son poco frecuentes. La forma papular como su nombre lo indica, consiste en pápulas pequeñas (0.5 mm) blancas que pueden pasar desapercibidas debido a su tamaño y a que son asintomáticas (42,43). La forma bullosa consiste en pequeñas vesículas o ampollas que se rompen fácilmente dentro de las áreas blancas, pueden ir desde milímetros hasta algunos centímetros, dejan una superficie ulcerada y dolorosa, afectan frecuentemente la mucosa bucal posteroinferior y los márgenes laterales de la lengua (39,40,54).



Figura 9. Características clínicas del LPO. A: variante reticular, B: variante bullosa, C: reticular en encía (gingivitis desquamativa) y D: variante erosiva. Fuente: Clínica de Medicina Bucal, DEPeI.

Los síntomas incluyen: aspereza del revestimiento de la cavidad bucal, sensibilidad de la mucosa oral a alimentos picantes o calientes y mucosa oral dolorosa. El LPO tiene períodos de recaídas y remisiones; durante los períodos de exacerbación, existe incremento en los síntomas y signos clínicos, que disminuirán durante los períodos de inactividad (41). También se han descrito factores de precipitación/desencadenantes como trauma por cúspides agudas, prótesis mal ajustadas, falta de higiene, acumulación de placa y cálculo; así como hábitos orales dentro de los que se encuentran: morsicatio buccarum o labiorum (37,39,55).

Características histopatológicas

El diagnóstico clínico se debe confirmar mediante el estudio histopatológico. Los hallazgos microscópicos incluyen degeneración licuefactiva de las células basales, cuerpos coloides (Civatte, hialino, citoide), denso infiltrado inflamatorio de linfocitos e histiocitos homogéneo localizado en banda a lo largo de la interfaz del epitelio con el tejido conjuntivo (37,44), citológicamente se observa maduración normal del epitelio, clavos epiteliales en forma de dientes en sierra e hiperqueratosis (ortoqueratosis o paraqueratosis) (Figura 10). En el LPO erosivo/ulcerativo además de las características antes mencionadas, se identifica erosión o pérdida de la continuidad del epitelio (39,40,42,43,54).

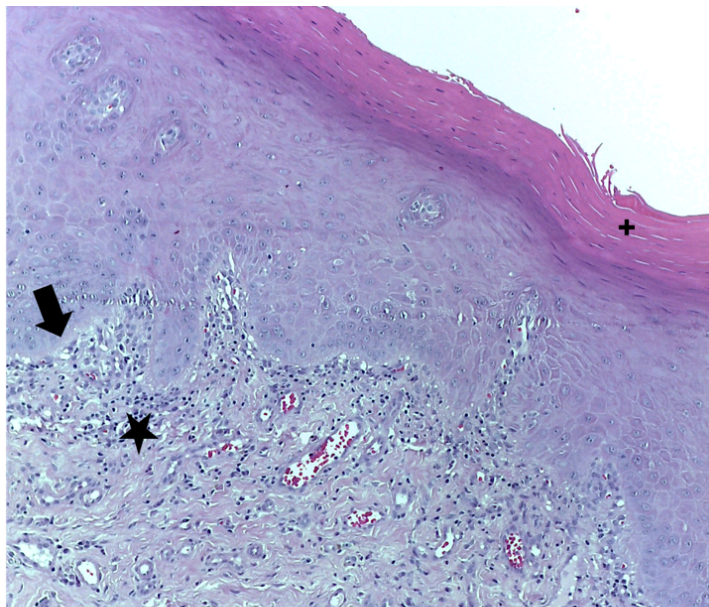


Figura 10. Características histológicas del LPO donde +: muestra hiperparaqueratosis, flecha: degeneración licuefactiva del estrato basal en el epitelio y estrella: infiltrado inflamatorio linfocitario subepitelial. H&E 100x. Fuente directa.

Tratamiento

Las lesiones reticulares son generalmente asintomáticas y no requieren tratamiento, sólo seguimiento. Se debe dar atención a los agentes irritantes o traumas mecánicos (márgenes agudos de restauraciones, superficies rugosas o mal terminado de prótesis totales). Debe instituirse un programa de higiene oral minucioso. Se han desarrollado numerosos y variados protocolos de atención y seguimiento para su tratamiento (Figura 11), donde destaca como procedimiento terapéutico de primera línea el uso de glucocorticoides tópicos (56) disponibles en vehículos adhesivos (orabase) o se pueden usar como enjuagues bucales (41,42). Cuando se tienen casos refractarios o severos se debe optar por la medicación sistémica como: corticoesteroides orales (prednisona); con menos frecuencia: terapia inmunomoduladora (azatioprina, ciclosporina, metotrexate) y agentes biológicos (afalizumab, alefacept) (37,40,42,54).

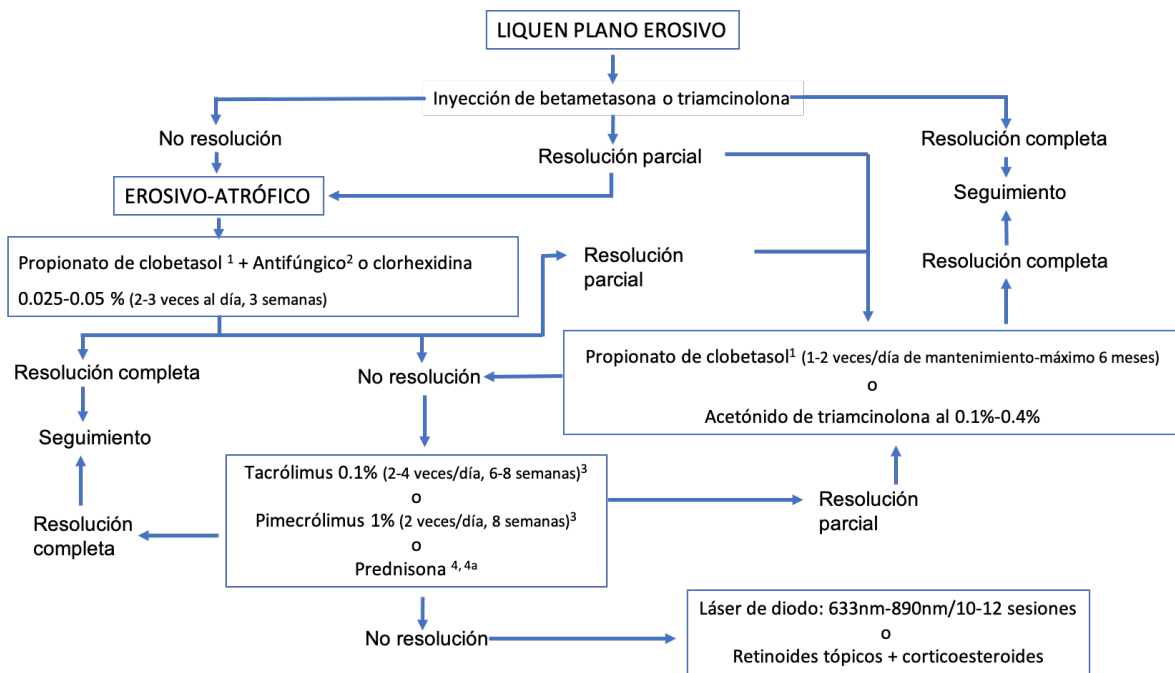


Figura 11. Algoritmo para el tratamiento del LPO. 1: a partir de la 3ª semana reducción progresiva, 2: antifúngico: nistatina, miconazol, fluconazol, durante periodo de tratamiento o itraconazol (4 semanas), 3 y 4: valoración de efectos adversos, 4^a: prednisona 1mg/Kg de peso del paciente ajustando la dosis si fuese necesario, reducción progresiva a la semana. Fuente: García-Pola MJ et al. 2017.

Es importante destacar que, a pesar de que se ha demostrado una relación del LPO con factores psicológicos (46–51); así como con el agravamiento de signos y síntomas (37,55,57), y de las recomendaciones sobre una atención multidisciplinaria (46,50,51), no hay reportes de la incorporación de terapia psicológica en el plan de tratamiento.

Pronóstico

El LPO se ha catalogado como una lesión premaligna, esto debido al potencial de transformación maligna, el primer reporte de transformación maligna surgió en 1910. La frecuencia de la transformación maligna oscila entre el 0.4-5% (40,54) en períodos de observación de 0.5-20 años con una tasa anual entre 0.2 (43) y 0.5% (39), en los últimos años se ha reportado hasta el 12.5% (37,42).

ESTOMATITIS AFTOSA RECURRENTE

Definición

La estomatitis aftosa recurrente (EAR) pertenece a un grupo de enfermedades inflamatorias crónicas que afectan la mucosa oral, caracterizada por una o múltiples erosiones y úlceras dolorosas rodeadas por un halo eritematoso característico que se desarrollan principalmente en la mucosa labial, bucal y lingual (58–60).

Epidemiología

La prevalencia es de aproximadamente del 20% en la población general (61), sin embargo, varía del 5 al 66% (62), dependiendo del grupo estudiado. La segunda década de la vida se considera el período pico de desarrollo de EAR (59). La EAR mayor se presenta con mayor frecuencia en pacientes jóvenes mientras que la variante herpetiforme afecta a personas de la tercera década de la vida (58). Prevalenciando tres veces más en caucásicos que en afroamericanos (59).

Etiología

Es una enfermedad de etiología desconocida. Se ha sugerido una predisposición genética debido a que al menos el 40% de los pacientes con EAR tienen antecedentes familiares, presentando un curso más grave de la enfermedad así como recurrencias más frecuentes (58,63).

Los principales factores desencadenantes incluyen: *predisposición genética*, donde diversos factores desencadenantes activan la cascada de las citocinas proinflamatorias, dirigido contra regiones específicas de la mucosa oral; polimorfismos ADN relacionados con alteraciones en el metabolismo de interleucinas (IL-1 β , IL-2, IL-4, IL-5, IL-6, IL-10, IL-12); interferon gama (IFN- γ); factor de necrosis tumoral alfa (TNF- α); ciertos antígenos leucocitarios humanos (HLA): HLA-A2, HLA-B5, HLA-B12, HLA-B44, HLA-B51, HLA-B52, HLA-DR2, HLA-DR7 y HLA-DQ); *infecciones bacterianas y virales*, principalmente: *Streptococcus*

oralis, Helicobacter pylori; virus herpes simple, varicela-zoster, citomegalovirus, adenovirus; mediante antígenos capaces de modificar la respuesta inflamatoria; *alergias alimentarias* a: chocolate, gluten, conservadores, nueces y colorantes debido a que inducen la cascada pro-inflamatoria; *deficiencias de vitaminas y microelementos* (hierro, ácido fólico o vitamina B12), *enfermedades sistémicas* (enfermedad celíaca, enfermedad de Crohn, colitis ulcerativa, SIDA), *alteraciones hormonales*, debido a que existe una correlación entre los niveles séricos de hormonas sexuales y el curso de EAR, así como la exacerbación se ha relacionado con la fase lútea del ciclo menstrual (59,60,64), *lesiones mecánicas* como: traumatismos o irritación mecánica (59,60), *factores psicológicos como: ansiedad y estrés* (59–61), ya que efectos psicógenos modifican la respuesta inmune, específicamente exacerbación de los signos y síntomas (58–63,65–67).

La presencia de EAR está asociada con la respuesta inmune mediada por células, con la generación de linfocitos T y la producción del TNF- α . La adhesión de células endoteliales mediada por el TNF- α y la quimiotaxis de neutrófilos inician la cascada del proceso inflamatorio que conduce al desarrollo de las úlceras. El TNF- α es producido en respuesta a la activación de receptores tipo toll (TLR), que consisten en un conjunto de receptores de membrana asociados con la respuesta inmune y la protección de la barrera epitelial. Los TLR tienen propiedades pro y antiinflamatorias por lo que es posible que un desequilibrio en estas actividades pueda aumentar la susceptibilidad a desarrollar EAR en algunos individuos (58,61).

Características clínicas

Considerando las características clínicas se describen tres variantes de EAR que toman en cuenta el tamaño y la forma de las úlceras, conocidas como: menor (aftas de Mikulicz), mayor (aftas de Sutton) y herpetiforme. El más frecuente es la EAR menor, que se presenta en el 80% de los casos, consiste en úlceras redondas u ovals menores a 5 mm de diámetro, localizadas en la mucosa no queratinizada; los sitios más frecuentes son la mucosa bucal y labial. La úlcera es generalmente precedida por una mácula eritematosa, algunos síntomas

prodrómicos suelen ser picazón o ardor en el área, que preceden a las úlceras unas horas a uno o dos días antes. Posteriormente se forma la úlcera y es cubierta por una pseudomembrana fibrinopurulenta dando un color amarillo/gris al fondo de la úlcera. Las úlceras tardan en reparar aproximadamente entre 7 a 14 días sin dejar cicatriz (61,62,68), usualmente son extremadamente dolorosas los primeros 4-5 días y puede interferir con comer y hablar (59) (Figura 12).

La EAR mayor es una variante más severa que corresponde aproximadamente al 10% de los pacientes que padecen la enfermedad. Las úlceras exceden un centímetro de diámetro y frecuentemente se localizan en labios, paladar blando y pilares amigdalinos anteriores. Persisten hasta por seis semanas y se reparan dejando una cicatriz. Generalmente se presentan después de la pubertad y puede persistir hasta por 20 años o más (62,68). Es frecuente que se presente en pacientes VIH+ (59).

La EAR herpetiforme, es la menos frecuente representa del 1-10% de los pacientes con EAR y está caracterizada por múltiples úlceras dolorosas y recurrentes de entre 2 a 3 mm de diámetro, que coalescen formando úlceras de mayor tamaño y de formas irregulares distribuidas en la cavidad oral (59,62,68).

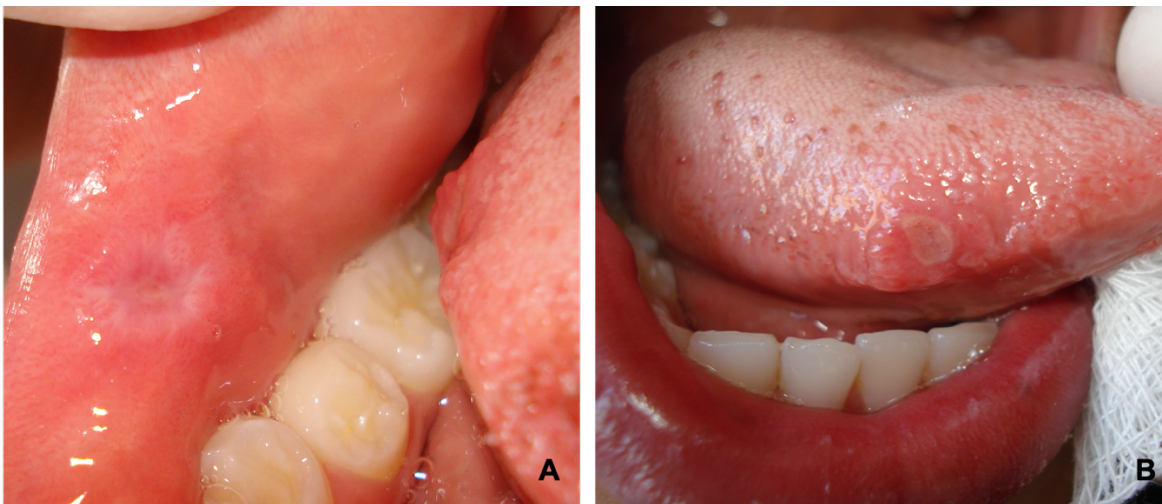


Figura 12. Estomatitis aftosa recurrente menor localizada en mucosa labial inferior (A) y en borde lateral de la lengua (B).
Fuente: Clínica de Medicina Bucal, DEPel.

Características histopatológicas

Los hallazgos microscópicos en la etapa pre-ulcerativa incluyen un infiltrado inflamatorio mononuclear de linfocitos en el epitelio. Presencia de edema, seguido de vacuolización de queratinocitos y vasculitis localizada que causa inflamación localizada que posteriormente da origen a una pérdida de la continuidad del epitelio y es infiltrada por neutrófilos, linfocitos y células plasmáticas antes de la regeneración y/o reparación del epitelio (58,63).

El diagnóstico está basado en la historia clínica y los hallazgos clínicos. No existe un examen específico y se deben excluir los diagnósticos diferenciales de enfermedad de Behçet, Síndrome PFAPA (Fiebre Periódica Adenopatías Faringitis y Aftas) e incluso infección por VIH (63). La biopsia incisional o excisional se recomienda solo en casos de incertidumbre diagnóstica (69).

Tratamiento y pronóstico

No existe un tratamiento específico (62,68), se debe tratar a cada paciente de acuerdo a su sintomatología y a la gravedad de sus lesiones, con el objetivo de reducir los síntomas, disminuir el número y tamaño de las úlceras así como tratar de espaciar los períodos libres de enfermedad. Es importante descartar una posible causa sistémica, por lo que es necesario realizar un buen interrogatorio en búsqueda de la presencia de anemia para considerar la incorporación de suplementos de hierro, zinc y vitaminas del complejo B. Los corticoesteroides son el tratamiento de elección para la EAR, también se han descrito agentes antimicrobianos como tetraciclina o clorhexidina para reducir la sobreinfección (63). Las lesiones leves y moderadas pueden resolverse mediante tratamiento tópico mientras que las lesiones severas pueden requerir una terapia sistémica mediante: corticoesteroides sistémicos, colchicina y talidomida (59,60), sin embargo en casos graves la inmunomodulación sistémica puede ser necesaria (63). Si los pacientes con EAR son asintomáticos, deben ser reevaluados cada 3 o 6 meses hasta que no exista recurrencia durante al menos un año (60).

En la Figura 13 se esquematiza un algoritmo de tratamiento para pacientes con EAR (70).

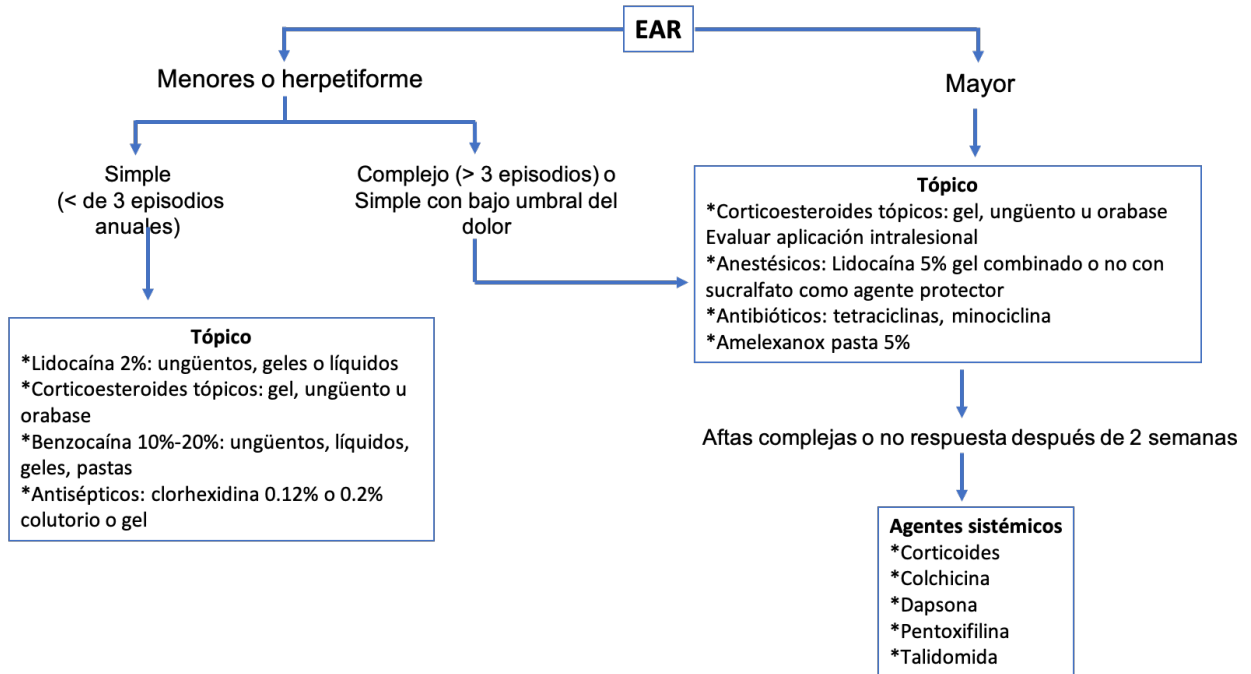


Figura 13. Algoritmo de tratamiento para EAR. Fuente: Gonzalez ZC. 2010

SINDROME DE BOCA DOLOROSA

Definición

El Síndrome de boca dolorosa (SBD) es una condición caracterizada por una sensación desagradable descrita por el paciente como picazón o ardor que afecta la mucosa oral (71,72), con ausencia de datos clínicos o de laboratorio para justificar esos síntomas (73–75).

Epidemiología

Debido a la escasez de criterios diagnósticos universales se desconocen datos precisos, sin embargo la prevalencia estimada en la población general varía del 0.7% al 15%. Afecta con mayor frecuencia a mujeres de mediana edad en el período peri y posmenopáusico (76), aunque puede presentarse a cualquier edad, en un rango muy amplio de 27 a 87 años, con un promedio de 61 años (74), se ha descrito una predilección por el género femenino en una proporción de 7:1 (71,73).

Etiología

La etiología del SBD es desconocida, se ha asociado a factores sistémicos, psicológicos (74,75,77) y locales como: la composición de saliva, el flujo sanguíneo de la mucosa, inflamación y cambios en la morfología celular (72). Recientemente se ha sugerido que tiene etiología neuropática (71,78), sin embargo, sigue existiendo controversia sobre si una disfunción periférica o central es la responsable del SBD (74). La etiología neuropática, se basa en la disfunción del gusto y la interacción del dolor, lo que podría ser el resultado de un daño químico, mecánico o biológico en la cuerda timpánica o en el nervio glossofaríngeo (72,74,79). Todas las manifestaciones pueden estar relacionadas con la menopausia, lo que conduce a una deficiencia neuroprotectora de esteroides y a la posterior atrofia de las fibras nerviosas pequeñas de la mucosa oral y la disfunción del SNC que resulta en alteraciones de la red cerebral (79).

Dentro de las causas locales se encuentran: infecciones fúngicas, traumas mecánicos, lesiones térmicas/químicas, hiposalivación/xerostomía, hábitos parafuncionales, lesiones de la mucosa (liquen plano oral, lengua geográfica) y estomatitis alérgica de contacto (71). Dentro de las causas sistémicas se encuentran: deficiencias nutricionales (hierro, zinc, ácido fólico, vitaminas B1, B2, B6 y B12), trastornos endocrinos (diabetes, desequilibrio tiroideo), trastornos inmunológicos (síndrome de Sjögren), reflujo gastroesofágico y xerostomía medicamentosa (71,78).



Figura 14. Factores locales que intervienen en el desarrollo del síndrome de boca dolorosa. Fuente directa.

La patogénesis del SBD es compleja e involucra factores psicológicos tales como: ansiedad, depresión, eventos estresantes, hipocondría, cancerofobia así como ciertos rasgos de la personalidad (neuroticismo alto y apertura reducida) (73,74,76,77) y vías de señalización del dolor periféricas y centrales desreguladas (75,76). Los factores genéticos que determinan la función de las vías del dolor neural pueden desempeñar un papel importante en la susceptibilidad individual a desarrollar el SBD (77). También se ha sugerido que la ansiedad podría determinar una desmoralización secundaria en pacientes con SBD (78,80) y los síntomas depresivos podrían contribuir al dolor, considerada una característica somática de la depresión en los pacientes con SBD, debido a que se ha demostrado que

estos pacientes tienen una mayor tendencia a la somatización (67,73,78,80,81), así como una mayor prevalencia de desordenes psiquiátricos (82). Por lo tanto, el dolor podría ser una característica somática de la depresión (80).

Características clínicas

Existen dos esquemas de clasificación, el primero basado en la sintomatología y el segundo en la etiología (74). Lamey y Lewis sugirieron clasificar el SBD en tres subtipos de acuerdo con las variaciones en el nivel de dolor. El tipo 1: ardor que aumenta durante el día y alcanza su punto máximo por la noche. El tipo 2: caracterizado por la presencia de perturbaciones sensoriales continuas y el tipo 3: síntomas intermitentes con períodos sin dolor durante el día. Otra clasificación descrita es dividir al SBD en primario, que consiste en la condición idiopática donde no se puede identificar la causa local o sistémica; y secundario, donde la causa local o sistémica de la sintomatología está presente (71,73).

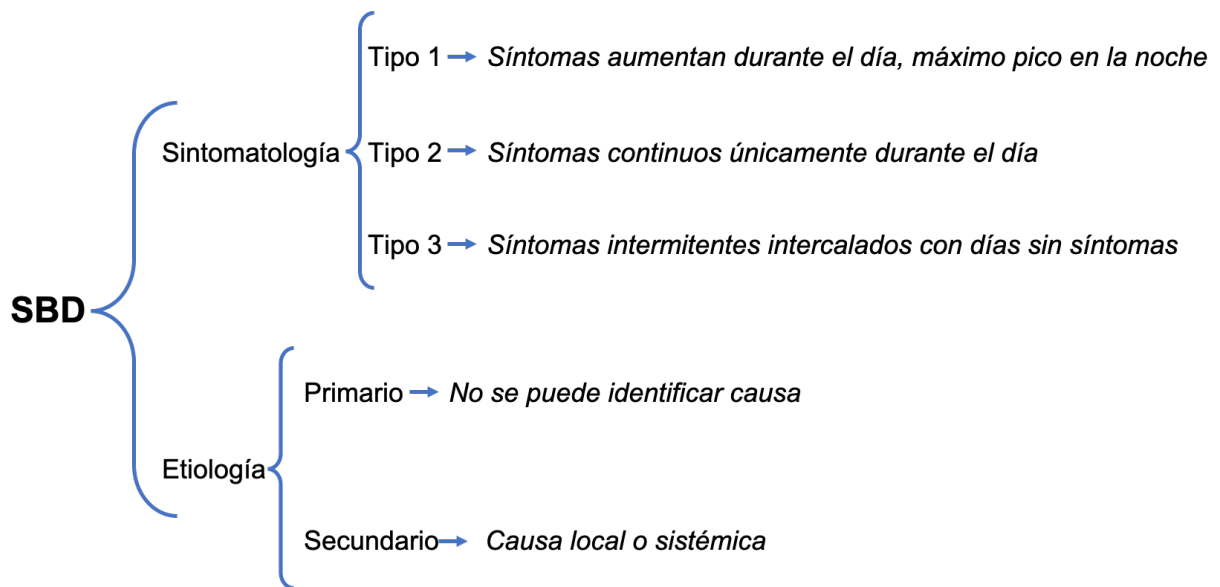


Figura 15. Clasificación del síndrome de boca dolorosa. Fuente directa

El dolor es principalmente bilateral y simétrico en los dos tercios anteriores de la lengua (77) (71-78%) seguido de los bordes dorsales y laterales, parte anterior del paladar duro, mucosa labial y encía, con menos frecuencia se presenta en el piso de la boca, paladar duro

y blando, y orofaringe. El inicio suele ser espontáneo y con aumento gradual en la intensidad, sin embargo aproximadamente el 17 al 33% de los pacientes atribuyen el inicio a un evento precipitante que incluye procedimientos dentales, infecciones de vías respiratorias superiores o uso de medicamentos. Generalmente al despertar la intensidad es baja y aumenta durante el día. Despertar debido al dolor es poco frecuente (71,73,78).

Diagnóstico

El diagnóstico del SBD se basa en un estudio exhaustivo y detallado de la enfermedad actual, incluyendo la ubicación del dolor, inicio (espontáneo o relacionado con un factor precipitante), intensidad y sus variaciones a lo largo del día, frecuencia, duración, factores agravantes y factores de alivio. Además de la exclusión de todos los posibles factores locales y sistémicos que pueden causar la sensación de ardor en la boca. Es importante diferenciar el SBD primario del secundario (71,73,76).

Tratamiento y pronóstico

El tratamiento es un desafío debido a la falta de conocimiento sobre la etiología y la fisiopatología de la enfermedad (71) por lo que no existe un protocolo de tratamiento estándar, debido a esto el tratamiento se debe adecuar a cada paciente, por lo que se recomienda un enfoque multidisciplinario, determinando en primer lugar si es primario o secundario. Los medicamentos más utilizados son los antidepresivos, antipsicóticos, antiepilépticos, analgésicos, protectores de la mucosa oral (73,77), capsaicina, ácido alfa-lipoico y terapia de reemplazo hormonal (74).

Estos pacientes a menudo presentan cambios de humor, que incluyen irritabilidad, ansiedad y depresión (73) por lo que se ha recomendado la inclusión de una intervención psicológica (73,74,77). También se ha descrito la coexistencia de ardor oral con otros síntomas como: boca seca, disgeusias, sabor metálico/amargo y cambios en la intensidad de la percepción del gusto (73). La gravedad de los síntomas varía de leve, moderado y severo, autolimitado que por lo general afectan negativamente la calidad de vida (71,73,76,78) y pueden inducir ideas suicidas (72).

MARCO CONCEPTUAL



Figura 16. Marco conceptual. Fuente directa.

ANTECEDENTES

Aspectos psicológicos

Estrés

Se ha demostrado que los pacientes con alguna EOA-A tiene niveles altos de estrés, como el estudio realizado por Soto-Araya et al, en el que calcularon el estrés mediante el instrumento TER (Test de experiencia reciente) que mide el grado de estrés al que estaba sometido el paciente (67).

Se ha evaluado el nivel de estrés de los sujetos que padecen LPO y ha sido comparada con sujetos control mediante la SRRS, reportando datos contradictorios, mientras Čanković et al y Manolanche mencionan que existe relación entre situaciones estresantes y la presencia de LPO (83,84), Allen et al, no encontraron relación entre el estrés y LPO (85). Otro instrumento utilizado es el PSQ (General Percieved Stress Questionaire) que mide el estrés general percibido en un año o dos y sugieren que es más común en el LPO erosivo (46). Recientemente se ha estudiado el nivel de cortisol en saliva debido a que puede ser considerado como un marcador biológico de estrés y ansiedad; López-Jornet et al, concluyeron que el cortisol salival es significativamente más elevado en los casos de LPO comparado con controles (86). El estrés en la EAR ha tenido resultados no concluyentes debido a que no han encontrado diferencias entre niveles altos y recurrencias mediante la SRRS (87) o comparado con un grupo control mediante el LISS (Lipp's Inventory of Stress Symptoms) (88). Sin embargo, un estudio reciente evaluó el cortisol en saliva y reportaron que existía una asociación positiva entre los niveles de cortisol y DHEA con la presencia de EAR (89).

Ansiedad y depresión

Para la evaluación de depresión y ansiedad se ha recurrido a distintos instrumentos, como: HAS (Hamilton Anxiety Scale) (90), HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) (48,49), MADRS (Montgomery-Asberg Depression Ratin) (90), Cattell 16 PF (47,49), BDI (Beck

Depression Inventory) (46,47), Covi Anxiety Screen (47), Raskin Depression Screen (47), Hassanyed Rating of Anxiety-Depression-Vulnerability (47), STAI (State-Trait-Anxiety Inventory) (47,48,85), GHQ (General Health Questionnaire) (48), CMI (Cornell Medical Index) (57) y PGWBI (Psychological General Well-Being Index) (51). Cada uno de estos estudios confirmó que los pacientes con LPO sufren con mayor frecuencia depresión y ansiedad comparado con pacientes con diagnóstico de lesiones orales benignas o controles (46–49,57,90). Otros estudios han evaluado el nivel de ira mediante el STAXI-2 (State Trait Anger Expression Inventory) reportando que los pacientes con LPO tienen mayor tendencia a experimentar un tipo de ira reprimida y no expresada lo que provoca acumulación de tensión (91). Para evaluar los factores antes mencionados en la EAR se ha utilizado el BAI (Beck Anxiety Inventory) (88), HAD (92,93) y GHQ (92), los autores concluyen que los niveles de ansiedad son más elevados en pacientes con EAR (66,88,93) y depresión comparado con sujetos control (66), aunque también se ha reportado que no existen diferencias entre los niveles de ansiedad y depresión reportados por pacientes con EAR comparado con sujetos sanos (92). También el SBD se ha relacionado con ansiedad y depresión a través de distintos estudios e instrumentos como el BDI (94), DEPS (Depression Scale) (95), PASS-20 (Pain Anxiety Symptom Scale) (95) y HAD (96); los cuales coinciden en que los pacientes con SBD tienen más síntomas de ansiedad relacionados con el dolor y depresión (94,95).

Personalidad

Los factores psicosociales como la personalidad están relacionados con la calidad de vida; principalmente el rasgo de neuroticismo, dado que ha mostrado tener una influencia en el impacto oral y rendimiento diario, especialmente en pacientes con enfermedades erosivas de la mucosa, dicha relación se demostró mediante el instrumento NEO-FFI (97).

En el mismo sentido, Ivanovski y colaboradores encontraron en los pacientes con LPO valores más altos de depresión, histeria e hipocondriaco (50). Čanković y colaboradores concluyeron que existe una tendencia hacia ansiedad y depresión dentro de la subescala de neuroticismo del instrumento Big Five Plus Two Inventory (83). También se han evaluado

rasgos de la personalidad en EAR mediante el NEO-FFI (Neuroticism-Extraversion-Openness Five Factor Inventory) sin encontrar algún perfil o rasgo relacionado con la presencia de EAR (93,98). Existe evidencia que sugiere que el SBD está asociado con rasgos de la personalidad principalmente el de apertura reducida, además se asocia con biomarcadores relacionados con el estrés (99).

Se han realizado estudios en poblaciones psiquiátricas con la finalidad de evaluar la frecuencia de enfermedades de la mucosa (LPO, EAR y SBD) (100), reportando la presencia de una mayor frecuencia en aquellos sujetos diagnosticados con ansiedad mientras que depresión y sujetos control tienen números similares. Por lo tanto, concluyen que factores emocionales tienen influencia en el organismo, provocando alteraciones o síntomas subjetivos en la mucosa oral normal por lo que afirman que los trastornos psicológicos generan el desarrollo y empeoramiento de las enfermedades orales (101).

Calidad de vida

Estudios previos han abordado de manera conjunta el LPO, EAR y el SBD y han reportado un impacto negativo en la calidad de vida de las personas que padecen alguna EOA-E mediante el uso del instrumento OHIP en sus dos versiones, completa que consta de 49 reactivos y corta de 14 reactivos (97,102–104). Además, también se han examinado de manera individual, LPO (105–107), EAR (98,108) y SBD (96,109–112) y cada uno de los estudios realizados concluyó que estas enfermedades afectan la calidad de vida.

En conclusión, hay evidencia de la posible relación que existe entre el LPO, EAR y SBD con alteraciones psicológicas donde destacan: estrés, ansiedad y depresión, que incluso se cree que juegan un papel muy importante en la patogénesis de estas enfermedades o que las mismas enfermedades pudieran volver vulnerables a las personas que las padecen a desarrollar desórdenes psicológicos; así como la diversidad de instrumentos utilizados, lo que complica una comparación de los resultados, sin embargo, es necesario continuar su estudio. En cuanto a personalidad, la información publicada es escasa y controversial, sin

embargo, quiero destacar la relación del LPO y neuroticismo, debido a que dicho rasgo está estrechamente relacionado con la estabilidad emocional y la tendencia a experimentar emociones negativas de forma crónica específicamente las mencionadas anteriormente.

Con relación a calidad de vida, podemos decir que existe evidencia de la evaluación de la calidad de vida en las personas que padecen estas enfermedades. El instrumento de elección ha sido el OHIP en sus dos versiones de 14 y 49 reactivos, el resultado de dicha evaluación ha sido una calidad de vida disminuida en estos pacientes, el rango de dimensiones afectadas varia dependiendo de la enfermedad de estudio, sin embargo, el rango va de 3 a 7 dimensiones afectadas.

Por último, los estudios realizados en poblaciones psiquiátricas han evidenciado una mayor frecuencia de enfermedades de la mucosa (LPO, EAR, SBD).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La etiología de LPO, EAR y SBD es desconocida, sin embargo, se ha sugerido que los factores psicoemocionales tales como el estrés, ansiedad y/o depresión juegan un papel muy importante en el desarrollo de estas enfermedades como posibles cofactores etiológicos, por otro lado, también se ha sugerido que las lesiones propias de estas enfermedades podrían ser responsables de los problemas psicológicos. Este hecho adquiere importancia debido a que los problemas de salud oral pueden provocar dolor, malestar e incapacidad; como lo es en el caso de LPO, EAR y SBD, dando lugar a problemas en la alimentación, relaciones interpersonales, apariencia y en la imagen positiva que se tiene de uno mismo, donde los pacientes pueden caer en un círculo vicioso: estrés-empeoramiento de la sintomatología-incremento en la ansiedad-estrés y así sucesivamente. Esto puede tener un impacto negativo en la vida diaria de los pacientes, su actitud ante la enfermedad y la posibilidad de recuperación; lo que en conjunto afecta la calidad de vida. Aunado a esto, los efectos secundarios del tratamiento y la falta de una mejoría evidente a corto plazo pueden empeorar la condición psico-emocional de los pacientes.

Con la finalidad de contribuir al conocimiento acerca de la posible relación entre estrés, rasgos de la personalidad y enfermedades de la mucosa (LPO, EAR, SBD) y el impacto en la calidad de vida relacionada a salud oral surgen las siguientes preguntas de investigación ¿niveles altos de estrés y el rasgo neuroticismo de personalidad se encuentran asociados con la presencia de LPO, EAR y SBD? y así mismo indagar si ¿la presencia de estas enfermedades se encuentra asociada con una mala calidad de vida, en los pacientes que acuden a la Clínica de Medicina Bucal de la DEPeI?

JUSTIFICACIÓN

La Clínica de Medicina Bucal, del Departamento de Medicina y Patología Bucal de la División de Estudios de Posgrado e Investigación de la Facultad de Odontología, UNAM atiende aproximadamente a 600 pacientes de primera vez al año y genera aproximadamente 2500 consultas anuales, por lo que es considerada el centro de referencia y de opinión más importante del país en el ámbito de Medicina Bucal. Debido a que se desconoce la etiología y comportamiento de LPO, EAR y SBD es necesario continuar con el estudio de estas enfermedades para poder contar con información actualizada con la finalidad de ofrecer una mejor atención a los pacientes con mala salud oral y alto nivel de estrés, que repercuten en la calidad de vida; identificar a pacientes con este tipo de enfermedades permitirá obtener información acerca de la enfermedad, así como reconocer los casos que requieran una atención prioritaria y multidisciplinaria, y poder remitir a los pacientes para atención psicológica y establecerla como parte del plan de tratamiento, así como incluir actividades que permitan contrarrestar los efectos del estrés a la enfermedad y mejorar su calidad de vida.

OBJETIVO GENERAL

Determinar si existe asociación entre nivel de estrés y rasgos de personalidad en un grupo de pacientes con diagnóstico de LPO, EAR o SBD y determinar si estas enfermedades se encuentran asociadas a la calidad de vida relacionada a salud oral en pacientes de la Clínica de Medicina Bucal, DEPeI en el período de agosto 2018 a diciembre 2019.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar las características sociodemográficas de un grupo casos de pacientes con LPO, EAR, SBD; y de un grupo control, provenientes de la Clínica de Medicina Bucal, DEPeI.

2. Identificar los rasgos de personalidad en los pacientes que conforman los grupos caso y control de la Clínica de Medicina Bucal, DEPEI.
3. Identificar el nivel de estrés que presentan los pacientes que conforman los grupos caso y control de la Clínica de Medicina Bucal, DEPEI.
4. Determinar la fuerza de asociación entre el estrés y rasgos de la personalidad con la presencia de LPO, EAR, SBD en un grupo de casos comparado con un grupo control de pacientes que asisten a la Clínica de Medicina Bucal, DEPEI.
5. Identificar la calidad de vida relacionada a salud oral que presentan los pacientes que conforman los grupos caso y control de la Clínica de Medicina Bucal, DEPEI.
6. Determinar la fuerza de asociación entre la calidad de vida relacionada a salud oral con la presencia de LPO, EAR, SBD en un grupo casos y un grupo control provenientes de la Clínica de Medicina Bucal, DEPEI.

HIPÓTESIS

H_{A1}: Los niveles de estrés altos se encuentran asociados a la presencia de LPO, EAR y SBD en pacientes que asisten a la Clínica de Medicina Bucal, DEPEI.

H_{A2}: El rasgo de neuroticismo de personalidad se encuentra asociado a la presencia de LPO, EAR y SBD en pacientes que asisten a la Clínica de Medicina Bucal, DEPEI.

H_{A3}: Los pacientes que padecen LPO, EAR o SBD se encuentran asociados con una mala calidad de vida en pacientes que asisten a la Clínica de Medicina Bucal, DEPEI.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio

Casos y controles pareado por edad y sexo (un control por cada caso).

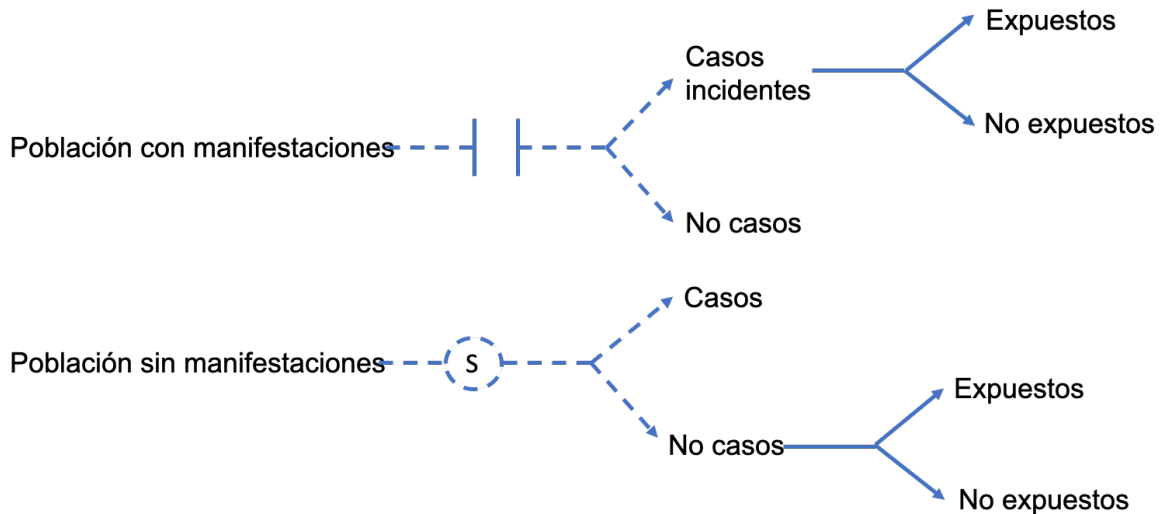


Figura 16. Diseño del estudio de casos y controles de Kleinbaum, S: muestreo probabilístico (aleatorio).

Población de estudio

Todos los pacientes de primera vez que acudieron a la Clínica de Medicina Bucal en el período comprendido de agosto 2018 a diciembre del 2019.

Muestra de estudio

Se realizó un muestreo no probabilístico, se calculó el tamaño de la muestra con la fórmula para casos y controles, que se muestra a continuación:

$$n = \frac{[Z\alpha\sqrt{2pq} + Z\beta\sqrt{p_1q_1 + p_0q_0}]^2}{(p_1 - p_0)^2}$$

Asumiendo una razón de momios de 3.5 (51) y una proporción de exposición del 0.37 (51) en los controles, probabilidad de error de tipo α del 5% y β del 20% se obtuvo una n de 42 sujetos por grupo.

Criterios de selección

Grupo casos:

- Criterios de inclusión:
 - Todos los pacientes sin importar género ni edad, con diagnóstico presuntivo de LPO, EAR, SBD que acudieron a consulta de primera vez a la Clínica de Medicina Bucal, DEPeI.
 - Sin tratamiento por lo menos 6 meses previos.
 - Consentimiento firmado.
- Criterios de exclusión:
 - Pacientes sin confirmación diagnóstica de LPO, EAR SBD, cuando esta haya sido necesaria.
 - Pacientes con diagnóstico de neoplasia maligna concomitante.
 - Pacientes con diagnóstico previo de algún trastorno cognitivo que impidiera la comprensión y correcta respuesta de los instrumentos aplicados durante la entrevista.
- Criterios de eliminación:
 - Pacientes que no concluyeron la entrevista.

Grupo control:

- Criterios de inclusión:
 - Todos los pacientes sin diagnóstico presuntivo de LPO, EAR, SBD que acudieron a consulta de primera vez a la Clínica de Medicina Bucal, DEPeI.
 - Pacientes pareados por edad y género con respecto a los casos.
 - Consentimiento firmado.
- Criterios de exclusión:
 - Pacientes con diagnóstico de neoplasia maligna.
 - Pacientes con diagnóstico previo de algún trastorno cognitivo que impidiera la comprensión y correcta respuesta de los instrumentos aplicados durante la entrevista.
- Criterios de eliminación:

- Pacientes que no concluyeron la entrevista.

Definición de las variables y escalas de medición

1. Independientes:

- Nivel de estrés
 - Definición operacional: Eventos que afectan el estado emocional del sujeto de acuerdo con la Escala de Reajuste Social de Holmes y Rahe, en su versión en español (validada en México) (29), que consiste en 43 eventos, cada uno de ellos con un puntaje (LCU), los puntajes son diferentes para hombres y mujeres y se muestran en el anexo 1. Se realizó una entrevista en la que se preguntaron los eventos que le sucedieron en el último año. Posteriormente mediante una sumatoria se le asignó una categoría de las tres disponibles.
 - Escala de medición: Cuantitativa discreta
 - Indicador
 - Alto (301 o más)
 - Medio (151 a 300)
 - Bajo (menos de 150)
 - Método: directo, entrevista
- Personalidad
 - Definición operacional: Es un patrón de características psicológicas con las que se identifica el sujeto de acuerdo con el Modelo de los Cinco Factores de la Personalidad versión en español (Big Five Inventory, validado en México) (32) compuesta de 5 dimensiones, neuroticismo (reactivos: 4, 9, 15, 19, 26, 30, 35 y 38), extroversión (reactivos: 1, 6, 11, 16, 27, 32, 40 y 43), apertura a la experiencia (reactivos: 5, 10, 12, 17, 20, 23, 31, 36, 39 y 44), amabilidad (reactivos: 2, 7, 13, 22, 24, 28, 33, 37 y 41) y responsabilidad (reactivos: 3, 8, 14, 18, 21, 25, 29, 34 y 42); constando de 44 reactivos que fueron respondidos mediante una escala Likert. Para el análisis fue necesario

recodificar de manera inversa los elementos con clave negativa correspondiente a los reactivos: 2, 6, 8, 9, 12, 13, 16, 18, 19, 22, 25, 27, 33, 35, 42 y 44. Es decir, un puntaje de 1 se convirtió en 5, 2 se convirtió en 4, 3 permaneció como 3, 4 se convirtió en 2 y 5 se convirtió en 1. Posteriormente se realizó una sumatoria correspondiente a cada dimensión y fue interpretado como a mayor puntaje mayor expresión del rasgo de personalidad en cuestión. Anexo 2

- Escala de medición: cuantitativa discreta
- Indicador: 43-215
- Método: directo, entrevista

2. Dependientes:

- Grupo caso-control:

- Definición operacional: Categoría a la que pertenece el participante.

Caso: Todo paciente que acudió a consulta por primera vez a la Clínica de Medicina Bucal cuyo diagnóstico clínico fuera: LPO, EAR o SBD y no tuviera tratamiento previo en al menos 6 meses.

Control: Todo paciente que acudió a consulta por primera vez a la Clínica de Medicina Bucal cuyo diagnóstico clínico no incluyera LPO, EAR, SBD o algún proceso neoplásico o lesión premaligna en la mucosa oral.

- Escala de medición: Cualitativa nominal
- Indicador
 - 0. Control
 - 1. Caso
- Método: indirecto, expediente clínico

- Calidad de vida relacionada a salud oral

- Definición operacional: Efecto de los trastornos bucodentales sobre las actividades de la vida diaria, que se midió con el instrumento OHIP-49 en su

versión en español (validado en México) (17) que abarca 7 dimensiones: limitación funcional (reactivos 1 a 9), dolor (reactivos 10 a 18), incomodidad psicológica (reactivos 19 a 23), inhabilidad física (reactivos 24 a 32), inhabilidad psicológica (reactivos 33 a 38), inhabilidad social (reactivos 39 a 43) e incapacidad (reactivos 44 a 49). Se obtuvo mediante una entrevista, las respuestas se registraron por medio de una escala tipo Likert. Para el análisis se realizó una sumatoria de todos los reactivos para conocer el total del instrumento y por dimensión. Se interpretó como a mayor puntaje obtenido peor calidad de vida. Anexo 3.

- Escala de medición: Cuantitativa discreta
- Indicador: 0-196
- Método: directo, entrevista

3. Covariables:

- Edad
 - Definición operacional: Años cumplidos a la fecha de la entrevista. Anexo 4
 - Escala de medición: Cuantitativa discreta
 - Indicador: años
 - Método: directo, entrevista

- Sexo
 - Definición operacional: Sexo con el que se identifica el sujeto al momento de la entrevista. Anexo 4
 - Escala de medición: Cualitativa nominal
 - Indicador
 - Femenino
 - Masculino
 - Método: directo, entrevista

- Estado civil
 - Definición operacional: Condición del sujeto en función de si tiene o no pareja y su situación legal al respecto. Anexo 4
 - Escala de medición: Cualitativa nominal
 - Indicador
 - Soltero
 - Casado/ unión libre
 - Divorciado
 - Viudo
 - Método: directo, entrevista

- Ocupación
 - Definición operacional: Actividad que desempeña el sujeto que se reportó al momento de la entrevista. Anexo 4
 - Escala de medición: Cualitativa nominal
 - Indicador
 - Hogar
 - Comerciante
 - Empleado
 - Pensionado/ jubilado
 - Estudiante
 - Método: directo, entrevista

Método de recolección de los datos

A todos los pacientes que acudieron a consulta de primera vez y que cumplieron con los criterios de selección se les invitó a participar en este estudio. Se les dio una breve explicación sobre los alcances y objetivos, también se mencionó que podrían retirarse en el momento que ellos quisieran, una vez que aceptaron participar se les dio a firmar una carta de consentimiento informado. Una entrevistadora aplicó tres instrumentos a ambos grupos (casos y control) mediante una entrevista que se llevó a cabo en la Clínica de Medicina Bucal, DEPEI en la que los participantes se encontraban sentados en el sillón dental, el primer instrumento fue el OHIP-49 para saber el impacto de la salud oral en la calidad de vida. Posteriormente el Modelo de los Cinco Factores de la Personalidad (Big Five Inventory) para determinar los rasgos de la personalidad. Finalmente se aplicó la Escala de Reajuste Social de Holmes-Rahe, para determinar el nivel de estrés. Durante la entrevista se recolectó información acerca de su edad, sexo, estado civil, ocupación con la finalidad de identificar si alguna de estas variables tiene relación con el estrés o la personalidad y la posible asociación con LPO, EAR y SBD.

En cuanto a las variables clínicas, que fueron diagnóstico clínico y/o confirmación diagnóstica se consultó el expediente clínico de cada participante (caso o control) para la obtención de dicha información. El diagnóstico clínico e histopatológico estuvo a cargo del adscrito y residente en turno para cada caso, así como la toma de decisiones con respecto a cada uno.

Método de procesamiento de los datos

La información fue recolectada en formatos especiales y posteriormente se capturó en una hoja de cálculo en el programa Excel® para finalmente ser analizada con el paquete estadístico STATA 14.1®.

Análisis estadístico

Se obtuvieron medidas descriptivas para variables sociodemográficas. Se realizó la evaluación de normalidad mediante la prueba Shapiro-Wilk. Para evaluar la relación de las variables niveles de estrés, personalidad y covariables con la variable grupo caso-control, se realizaron pruebas bivariadas (t student y Chi2 exacto de Fisher). Además, se realizó un modelo logístico multivariado para determinar la asociación entre las variables estado civil, nivel de estrés y personalidad con ser grupo caso-control.

Para evaluar la relación de las enfermedades de la mucosa (LPO, EAR y SBD) con la calidad de vida relacionada a salud se realizaron pruebas bivariadas (t-student). Se utilizó el percentil 50 (mediana) como punto de corte para establecer buena y mala calidad de vida, se utilizó la prueba Chi2 como medida de asociación. Por último, se llevaron a cabo modelos multivariados logísticos para determinar la asociación entre la presencia de LPO, EAR y SBD con calidad de vida.

Consideraciones éticas

De acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, en el Título Segundo, De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos, artículo 17; esta investigación se clasifica entre las Investigaciones sin riesgo.

Este estudio fue sometido y aprobado por el Comité de Investigación y Ética de la Facultad de Odontología, UNAM con el número C.I.E.:0610/11/2018. Se firmó una carta de consentimiento informado que se encuentra en el anexo 5.

Recursos

- Humanos
 - Una entrevistadora
- Material y equipo
 - Impresora
 - Computadora
 - Papelería
 - Hojas blancas
 - Plumas
 - Tabla para sujetar los instrumentos
 - Tarjetas de trabajo blancas
 - Carpeta
- Infraestructura
 - Clínica de Medicina Bucal, DEPEI.
 - Unidades dentales
 - Expedientes

RESULTADOS

En el presente estudio se incluyeron 40 participantes, 20 casos y 20 controles. El promedio de edad en los sujetos control fue de 57.4 ± 15.37 años y en los participantes casos fue de 58.05 ± 15.61 años, el 75% correspondió al sexo femenino y el 25% al masculino. En cuanto al estado civil el más frecuente en el grupo de casos fue soltero con 35% seguido de casado con 25% mientras que para el grupo control fue casado 50% seguido de soltero 20%. La ocupación más frecuente en el grupo casos fue hogar y empleado con 30% respectivamente seguido de pensionado con 20% mientras que para el grupo control, 50% se dedicaban al hogar seguido de comerciante y jubilado con 15% cada uno. En ninguna de las variables se encontró una diferencia significativa entre los grupos (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución sociodemográfica de casos y controles

		CASOS (n=20)	CONTROLES (n=20)	<i>p</i>
Edad		58.05 ± 15.61	57.4 ± 15.37	0.89 \S
	Sexo			
	Femenino	15 (75%)	15 (75%)	1.00*
	Masculino	5 (25%)	5 (25%)	
Estado civil	Soltero	7 (35.0%)	4 (20.0%)	0.43*
	Casado	5 (25.0%)	10 (50.0%)	
	Divorciado	4 (20.0%)	3 (15.0%)	
	Viudo	4 (20.0%)	3 (15.0%)	
Ocupación	Hogar	6 (30.0%)	10 (50.0%)	0.50*
	Comerciante	2 (10.0%)	3 (15.0%)	
	Empleado	6 (30.0%)	2 (10.0%)	
	Pensionado/jubilado	4 (20.0%)	3 (15.0%)	
	Estudiante	2 (10.0%)	2 (10.0%)	
TOTAL		20 (100%)	20 (100%)	

\pm : desviación estándar, *p*: significancia estadística al 95%, \S : t-student, *: Chi2 exacto de Fisher Fuente directa.

Los diagnósticos clínicos para los casos incluyeron: 16 (80%) con LPO, dos (10%) con EAR y SBD respectivamente, mientras que en el grupo control los diagnósticos más frecuentes fueron: seis (30%) con estomatitis protésica, tres (15%) sin lesión evidente, dos (10%) con hiperplasia fibrosa; el resto de los diagnósticos se muestran en la tabla 2. De los 16 participantes con LPO el 75% correspondió al sexo femenino (n=12), para EAR los dos casos correspondieron al sexo femenino, finalmente para SBD se trató de un caso femenino y otro masculino.

Tabla 2. Diagnósticos clínicos de los participantes

Casos (n=20)		Control (n=20)	
Liquen plano oral	16 (80%)	Estomatitis protésica	6 (30%)
Estomatitis aftosa recurrente	2 (10%)	Sin lesión evidente	3 (15%)
Síndrome de boca dolorosa	2 (10%)	Hiperplasia fibrosa	2 (10%)
		Xerostomía	2 (10%)
		Lengua saburral	1 (5%)
		Malformación vascular	1 (5%)
		Máculas melanóticas	1 (5%)
		Osteitis condensante	1 (5%)
		Quemadura química	1 (5%)
		Queratosis friccional	1 (5%)
		Verruga vulgar	1 (5%)
TOTAL	20 (100%)	TOTAL	20 (100%)

Fuente directa

El análisis bivariado evidenció que el grupo de casos tuvo valores más altos en el rasgo de neuroticismo, siendo esta diferencia estadísticamente significativa, mientras el grupo control tuvo promedios significativamente mayores en las escalas de apertura a la experiencia y amabilidad (Tabla 3). En cuanto al estrés el grupo casos mostró un 45% en estrés alto mientras que en el grupo control el 45% fue en estrés medio; sin embargo, estas diferencias se deben al azar (Tabla 3).

Tabla 3. Distribución de personalidad y nivel de estrés en casos y controles

DIMENSIONES /CATEGORÍAS		CASOS (n=20)	CONTROLES (n=20)	p
Personalidad	Apertura (R: 1-50)	34.2 (± 4.7)	38.2 (± 4.1)	0.01[§]
	Neuroticismo (R: 1-40)	25.5 (± 5.4)	21.7 (± 5.1)	0.03[§]
	Extroversión (R: 1-40)	24.5 (± 4.6)	25.6 (± 2.7)	0.36 [§]
	Responsabilidad (R: 1-45)	32.2 (± 4.5)	34.3 (± 3.6)	0.10 [§]
	Amabilidad (R:1-45)	30.5 (± 3.6)	34 (± 4.3)	0.01[§]
Estrés	Alto (R:301-max)	9 (45.0%)	8 (40.0%)	
	Medio (R: 151-300)	5 (25.0%)	9 (45.0%)	
	Bajo (R: 0-150)	6 (30.0%)	3 (15.0%)	0.37*
	Total, obtenido	316.1 (± 257.0)	352.4 (± 251.5)	0.65 [§]

R: valor de referencia, ±: desviación estándar, p: significancia estadística al 95%, §: t-student, *: Chi2 exacto de Fisher. Fuente directa.

Debido a que se controló la edad y sexo por diseño se decidió incluir en el modelo únicamente la variable estado civil. Al realizar el modelo ajustado se pierde la significancia estadística observada en el análisis bivariado entre rasgos de la personalidad apertura, neuroticismo y amabilidad (Tabla 4).

Tabla 4. Modelo de regresión logística para casos y controles.

Variables del modelo		P	OR	IC 95%
Estado civil				
	Casado	0.28	0.26	0.02-2.88
	Divorciado	0.82	0.70	0.03-15.48
	Viudo	0.72	1.69	0.10-28.95
Estrés				
	Medio	0.47	0.35	0.02-5.94
	Alto	0.96	0.93	0.04-19.88
Personalidad				
	Apertura	0.13	0.79	0.58-1.07
	Neuroticismo	0.33	1.12	0.89-1.39
	Extroversión	0.93	1.01	0.72-1.42
	Responsabilidad	0.79	1.04	0.78-1.39
	Amabilidad	0.11	0.81	0.62-1.05

Referencia: Grupo (0=control), sexo (0=femenino), edad (continua), estado civil (1=Soltero), ocupación (1=Hogar), estrés (1= Bajo), neuroticismo (continua). Fuente directa.

Calidad de vida en casos y controles

El análisis bivariado evidenció que los puntajes obtenidos en ambos grupos fueron bajos, sin embargo, el grupo de casos tuvo valores más altos en todas las dimensiones del OHIP-49, aunque solamente se observó una diferencia estadísticamente significativa en la dimensión de inhabilidad física y marginalmente en el total del instrumento (Tabla 5).

Tabla 5. Distribución de calidad de vida en casos y controles

	DIMENSIONES /CATEGORÍAS	CASOS (n=20)	CONTROLES (n=20)	p
Calidad de vida	Limitación funcional (R: 0-36)	18.3 (± 7.2)	13.4 (± 9.9)	0.082
	Dolor (R: 0-36)	15.7 (± 8.0)	11.6 (± 9.9)	0.158
	Incomodidad psicológica (R: 0-20)	11.2 (± 5.7)	7.6 (± 6.8)	0.077
	Inhabilidad física (R: 0-36)	14.5 (± 7.9)	8.6 (± 9.9)	0.042
	Inhabilidad psicológica (R:0-24)	8.3 (± 6.4)	6.0 (± 6.5)	0.277
	Inhabilidad social (R: 0-20)	3.7 (± 4.3)	2.0 (± 2.6)	0.143
	Incapacidad (R: 0-24)	6.8(± 7.1)	3.2 (± 4.2)	0.060
	Total (R: 0-196)	78.8 (± 39.0)	52.7 (± 44.8)	0.056

R: valor de referencia, ±: desviación estándar, p: significancia estadística al 95%, t-student. Fuente directa

De acuerdo con el percentil 50 (mediana) como punto de corte para establecer buena y mala calidad de vida. En la Tabla 6 se observa que para el grupo casos más del 50% en cada dimensión se encuentra en la categoría de mala calidad de vida, siendo estadísticamente significativas las dimensiones de incomodidad psicológica e inhabilidad física. De acuerdo con los resultados obtenidos, el ser caso le confiere 4 veces mayor posibilidad de tener una mala calidad de vida en la dimensión de incomodidad psicológica (p 0.01) mientras que para la dimensión de inhabilidad física, el ser caso le confiere 3 veces mayor posibilidad de tener mala calidad de vida relacionada con dicha dimensión (p 0.03).

Tabla 6. Distribución de buena y mala calidad de vida en casos y controles

Calidad de vida	Casos		Controles		Total		RM	IC	p
	n	%	n	%	n	%			
<i>Limitación funcional</i>									
Buena	9	45	13	65	22	55	2.27	0.54-9.82	0.20
Mala	11	55	7	35	18	45			
TOTAL	20	100	20	100	40	100			
<i>Dolor</i>									
Buena	8	40	12	60	20	50	2.25	0.54-9.61	0.21
Mala	12	60	8	40	20	50			
TOTAL	20	100	20	100	40	100			
<i>Incomodidad psicológica</i>									
Buena	6	30	14	70	20	50	5.44	1.18-26.25	0.01
Mala	14	70	6	30	20	50			
TOTAL	20	100	20	100	40	100			
<i>Inhabilidad física</i>									
Buena	7	35	14	70	21	52.5	4.33	0.97-20.19	0.03
Mala	13	65	6	30	19	47.5			
TOTAL	20	100	20	100	40	100			
<i>Inhabilidad psicológica</i>									
Buena	9	45	12	60	21	52.5	1.83	0.44-7.72	0.34
Mala	11	55	8	40	19	47.5			
TOTAL	20	100	20	100	40	100			
<i>Inhabilidad social</i>									
Buena	8	40	13	65	21	52.5	2.77	0.65-12.20	0.11
Mala	12	60	7	35	19	47.5			
TOTAL	20	100	20	100	40	100			
<i>Incapacidad</i>									
Buena	9	45	13	65	22	55	2.27	0.54-9.82	0.20
Mala	11	55	7	35	18	45			
TOTAL	20	100	20	100	40	100			
<i>Total, OHIP</i>									
Buena	7	35	13	65	20	50	3.45	0.79-15.46	0.06
Mala	13	65	7	35	20	50			
TOTAL	20	100	20	100	40	100			

n: número de participantes, %: porcentaje, RM: razón de momios, IC: intervalo de confianza al 95%, *p*: significancia estadística 95% chi2. Fuente directa

Debido a que únicamente se observó asociación estadísticamente significativa en las dimensiones de incomodidad psicológica e inhabilidad física se decidió realizar modelos de regresión logística para estas dimensiones. Los resultados en la Tabla 7 muestran que el ser caso tiene un incremento de 37 veces mayor posibilidad de tener mala calidad de vida relacionada con la dimensión de incomodidad psicológica (p 0.03) así como de 0.47 veces con la presencia de neuroticismo (p 0.04).

Tabla 7. Modelo de regresión logística para la dimensión de incomodidad psicológica del OHIP-49

Variables del modelo		<i>p</i>	RM	IC 95%
Grupo	Caso	0.03	38.02	1.41-1022.74
	Control			
Estrés	Medio	0.16	8.71	0.41-183.38
	Bajo			
	Alto	0.09	16.16	0.66-397.80
Personalidad	Apertura	0.85	1.03	0.78-1.34
	Neuroticismo	0.04	1.47	1.03-2.11
	Extroversión	0.57	0.90	0.65-1.26
	Responsabilidad	0.22	1.18	0.90-1.56
	Amabilidad	0.09	1.39	0.95-2.05

Referencia: Grupo (0=control, 1=caso), estrés (categorizado 1=Bajo, 2=Medio, 3=Alto), Personalidad (continua). Fuente directa

Para la dimensión de inhabilidad física, los resultados se muestran en la Tabla 8 en la que el ser caso incrementa a 44 veces mayor posibilidad de tener mala calidad de vida relacionada con esa dimensión (p 0.028) .

Tabla 8. Modelo de regresión logística para la dimensión de inhabilidad física del OHIP-49

Variables del modelo		<i>p</i>	RM	IC 95%
Grupo				
	Caso	0.03	45.35	1.50-1367.6
Estrés				
	Medio	0.07	21.65	0.80-588.67
	Alto	0.07	28.30	0.79-1008.4
Personalidad				
	Apertura	0.31	1.25	0.81-1.94
	Neuroticismo	0.11	1.28	0.94-1.75
	Extroversión	0.81	1.04	0.75-1.45
	Responsabilidad	0.61	0.93	0.70-1.24
	Amabilidad	0.91	1.02	0.77-1.33

Referencia: Grupo (0=control, 1=caso), estrés (categorizado 1=Bajo, 2=Medio, 3=Alto), Personalidad (continua). Fuente directa

DISCUSIÓN

El propósito de este estudio fue determinar si existe asociación entre rasgos de la personalidad y niveles de estrés en un grupo de pacientes con diagnóstico de LPO, EAR y SBD y comparar los resultados con un grupo control, además determinar la calidad de vida relacionada a salud oral en estos grupos. Los resultados obtenidos mostraron mayores valores en el rasgo de neuroticismo y menores valores en los rasgos de apertura y amabilidad en el grupo de casos ($p < 0.05$). Sin embargo para el instrumento de estrés no se encontraron diferencias significativas aunque el grupo control mostró valores más altos. Esto puede tener distintas explicaciones que incluyen: características propias del instrumento, de la población en estudio y la muestra estudiada, además de otras variables que no fueron estudiadas como: el lugar donde viven, escolaridad y nivel socio económico, entre otras. En cuanto a calidad de vida, se identificaron mayores valores en el grupo de casos, lo que sugiere que tienen peor calidad de vida, específicamente en la dimensión inhabilidad física ($p < 0.05$).

Se decidió realizar un estudio de casos y controles teniendo en cuenta la baja prevalencia de estas enfermedades. Uno de los grandes retos de este diseño radica en la selección de los controles, más que los casos mismos ya que los controles deben ser representativos de la población de donde provienen los casos y a su vez debieron estar expuestos al factor que posiblemente esté asociado a la enfermedad. Nosotros decidimos utilizar como controles a los sujetos que se presentaban a la misma clínica pero que tenían diagnóstico de alguna lesión benigna de la mucosa oral teniendo en cuenta que al padecer una enfermedad o lesión les es más fácil recordar con mayor detalle sus antecedentes personales y la historia de la posible exposición. Asimismo tienden a cooperar más que individuos sanos, de modo que se consigue reducir la falta de respuestas; de manera tal que se trató de reducir el sesgo de selección y el de información. Para el tamaño de la muestra se tomó en cuenta el LPO debido a la información disponible en los estudios realizados previamente. Finalmente debido a que los participantes fueron seleccionados de una clínica y que no se logró cumplir

con el tamaño de muestra calculado debido a la baja prevalencia de las enfermedades y a la contingencia epidemiológica que se vive actualmente, reconocemos que las generalizaciones están limitadas y sobre todo que hay una pérdida del poder estadístico. La originalidad de este proyecto radica en la medición de tres aspectos: nivel de estrés, personalidad y calidad de vida, mismos que han asociado en distintos estudios previos de manera independiente. Por lo que ningún otro estudio lo había abordado de manera conjunta, es por esto que podemos tener un mejor panorama del estado psicológico de los pacientes que padecen LPO, EAR, SBD.

Aspectos psicológicos

Estrés

Como se mencionó en el marco teórico el estrés puede conducir a un desgaste y desregulación fisiológica lo que eventualmente afecta el sistema inmunológico y puede desencadenar una enfermedad (24). Se han reportado estudios controversiales en cuanto a la SRRS, dado que *Allen et al*, reportaron que no existían diferencias entre los eventos estresantes y el LPO, comparado con dos grupos controles (85), sin embargo *Čanković et al*, concluyeron que el grado, número y tipo de cambios estresantes experimentados juegan un papel importante en el inicio o reactivación del LPO (83). De forma similar *Pedersen*, realizó un estudio en sujetos con EAR con la hipótesis de que el estrés incrementaba los períodos con úlceras activas en dichos pacientes, sin embargo no encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes con lesiones activas y aquellos que no (87). Por lo tanto los resultados obtenidos por *Allen* y *Pedersen* concuerdan con nuestros hallazgos, esto puede deberse al tamaño y características de nuestra muestra. Por otro lado existe la consideración de añadir al uso de la SRRS una medición objetiva, como la evaluación del cortisol ya sea en sangre o saliva, que probablemente pueda aportarnos mayor información, sobre todo en la cuestión fisiológica lo que es de gran importancia para el mejor entendimiento del efecto del estrés en las enfermedades LPO, EAR y SBD; sin embargo, por cuestiones éticas y logísticas en el presente estudio no pudo ser llevado a

cabo. Además para futuras investigaciones se debe considerar la concepción del estrés seguida para la elección de la forma de medición, lo que otorgará un mayor nivel de validez a la investigación.

Personalidad

Otro factor psicológico importante es el de personalidad, debido a que puede intervenir el proceso salud-enfermedad (18). El rasgo de neuroticismo representa una tendencia a experimentar emociones negativas de forma crónica, esto adquiere importancia sobre todo en el caso de las EOA-E debido a que se ha descrito una fuerte asociación de estas enfermedades con depresión y ansiedad (98,102,106,110,111).

Existe evidencia que el SBD esta asociado con rasgos de la personalidad (mayor expresión de neuroticismo y menor expresión de apertura a la experiencia), principalmente apertura reducida; además de una asociación entre apertura y los biomarcadores relacionados con el estrés en la saliva (99). Por otro lado *Čanković et al*, utilizaron un instrumento similar al BFI llamado The Big Five Plus Two Inventory para evaluar la tendencia hacia ansiedad, depresión y los afectos negativos como una subescala de rasgos de personalidad del neuroticismo, y concluyeron que existe una tendencia hacia el rasgo del neuroticismo (83). También se han evaluado los rasgos de la personalidad en EAR por medio del NEO-FFI (Neuroticism-Extraversion-Openness Five Factor Inventory), que es un instrumento que de igual forma esta basado en el modelo de los cinco factores y comparte los mismos rasgos de personalidad del BFI, ellos reportaron que no han encontrado algún perfil o rasgo relacionado con la presencia de EAR (93,98).

Los resultados obtenidos en este estudio nos permiten decir que el rasgo de neuroticismo tiene mayores valores en aquellos que padecen una de las EOA-E, lo que es concordante con *de Souza y Čanković et al*, incluso el rasgo de neuroticismo se asocio con una mala calidad de vida en la dimensión de incomodidad psicológica que se evidenció en los modelos de regresión logística.

Este estudio evidencia la importancia de tomar en cuenta el estado psicológico, que aunque nosotros empleamos un instrumento que evalúa rasgos de la personalidad, encontramos mayores valores del rasgo de neuroticismo en el grupo de casos por lo que podemos inferir que hay una afectación en la estabilidad emocional de estos sujetos aunado a esto se ha sugerido como un probable factor que influye en las EOA-E, y por lo tanto es necesario incorporar en el plan de tratamiento herramientas de tamizaje para identificar a los sujetos que requieran atención psicológica, esto impactará en su tratamiento y de forma secundaria en su calidad de vida. Para esto proponemos investigar el impacto de la terapia psicológica en estos pacientes para posteriormente evaluar los signos y síntomas propios de cada una de las EOA-E y la repercusión en la calidad de vida, es decir un estudio antes y después de una intervención, en este caso después de una terapia psicológica.

Por último reconocemos que existe la posibilidad de una multicolinealidad entre las variables de interés, estrés y personalidad, sin embargo debido a la relevancia de estas para la variable de desenlace se consideraron en la construcción del modelo logístico. Las posibles soluciones a este problema incluyen aumento del tamaño de la muestra, transformación de la variable o inclusión de otra variable predictora, entre otras; sin embargo, debido a que no fue posible aumentar el tamaño de la muestra y a que transformar la variable no fue una opción viable debido a que invalida la capacidad predictiva del modelo; los resultados deben ser tomados con cautela y para futuras investigaciones es un elemento que se debe considerarse en cuenta.

Calidad de vida en EOA-E

Es evidente que el padecer alguna de las EOA-E tiene un impacto negativo en la calidad de vida (102–104). El instrumento utilizado ha sido el OHIP en sus dos versiones (49 (103) y 14 reactivos (102,104)) y las dimensiones más afectadas son: dolor, incomodidad psicológica, inhabilidad física, inhabilidad psicológica, inhabilidad social e incapacidad (102–104). Es importante mencionar que a pesar de las limitaciones dadas por nuestro tamaño de muestra comparada con el de dichos estudios (n=99 a 216) nuestros hallazgos son consistentes, dado que se observaron mayores valores en aquellos que padecen una EOA-E y cuyas dimensiones afectadas son: incomodidad psicológica e inhabilidad física.

Calidad de vida por enfermedad

Se han realizado estudios de manera individual para cada una de las EOA-E. En el caso del LPO, se ha reportado que existe una clara disminución de la calidad de vida en estos pacientes; las dimensiones más afectadas incluyen: dolor, incomodidad psicológica, inhabilidad física, inhabilidad psicológica, inhabilidad social e incapacidad (105–107). También se han analizado las variantes clínicas del LPO como el estudio realizado por *Parlatescu et al*, donde clasificaron en dos grupos al LPO (Grupo 1. Variante queratócica (reticular) y grupo 2. Variantes atrófica, erosiva y bullosa) y compararon ambos grupos con sujetos control, finalmente se demostró que las diferencias se deben a los datos aportados por el segundo grupo (107). Este hecho adquiere importancia debido a que en nuestro caso, de los 16 casos de LPO, 13 correspondían a la variante erosiva, probablemente debido a que es una de las variantes clínicas que provoca mayor sintomatología y a su vez demanda atención médica; a diferencia de la variante reticular que algunas veces pasa desapercibida y es hasta una consulta dental donde se efectúa el diagnóstico de la enfermedad.

Por otro lado los pacientes que padecen SBD también tienen una mala calidad de vida (109–112) sobre todo en las dimensiones de incomodidad psicológica e inhabilidad psicológica (109). Mientras que los pacientes con EAR que tienen más de seis episodios en un año

tienen peor calidad de vida comparada con controles (108) debido a que tener úlceras incrementa el impacto negativo en la calidad de vida (98). Es importante tomar en cuenta que a pesar de que únicamente se tuvieron dos casos respectivamente para SBD y EAR, nuestros resultados son similares a los reportados en la literatura.

Para finalizar en el campo de la dermatología ha surgido un nuevo término denominado “psicodermatología” debido a que existe una asociación bien documentada del sistema nervioso con la piel. La asociación entre la mente y el cuerpo se ha estudiado durante mucho tiempo ya que varios problemas de piel conducen a los síntomas psicológicos y psiquiátricos (113). En el mismo sentido se han relacionado varios factores psicológicos con la presencia de lesiones en la mucosa oral como las EOA-E por lo que no descartamos la intruducción del término “psicoestomatología” en el campo de la medicina bucal.

CONCLUSIONES

De acuerdo con los resultados obtenidos se puede concluir que en los sujetos que padecen alguna EOA-E tienen promedios mayores en el rasgo de neuroticismo así como promedios menores en los rasgos de amabilidad y apertura, así como un impacto negativo en la calidad de vida relacionada a salud oral. Es evidente que los aspectos psicológicos tienen un papel importante en el proceso de la enfermedad, es por eso que se debe tratar a los pacientes de manera integral y evaluar el estado psicológico, sobre todo en estos pacientes, por tal motivo se requiere la incorporación de terapia psicológica en el plan de tratamiento, principalmente en aquellos casos refractarios debido a que podría ser útil para estabilizar al paciente.

A pesar de que evaluamos el nivel de estrés los resultados no fueron los esperados, por lo que se requiere realizar una nueva evaluación mediante otros instrumentos o incluso podría realizarse la evaluación de los niveles de cortisol en saliva, pues es considerado un biomarcador útil para determinar el nivel de estrés. Por lo que nosotros proponemos que el siguiente paso será la evaluación de la incorporación de la terapia psicológica en los pacientes con EOA-E y la evaluación del estrés mediante cortisol en saliva en estudios longitudinales, esto tendrá la ventaja de una medición más objetiva y se podrá evaluar el impacto de la terapia psicológica.

Por último el incorporar la terapia psicológica en el campo de la medicina bucal, da pie a la introducción del término “psicoestomatología” y futuros estudios relacionados con estos factores.

REFERENCIAS

1. Post MWM. Definitions of quality of life: what has happened and how to move on. *Top Spinal Cord Inj Rehabil.* 2014;20(3):167–80.
2. Acharya S. Oral health-related quality of life and its associated factors in an Indian adult population. *Oral Health Prev Dent.* 2008;6(3):175–84.
3. Organizacion Mundial de la salud. La gente y la salud ¿Qué calidad de vida? 1996;17:385–7. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/55264/WHF_1996_17_n4_p385-387_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
4. Baiju R, Peter E, Varghese N, Sivaram R. Oral health and quality of life: Current concepts. *J Clin Diagnostic Res.* 2017;11(6):ZE21–6.
5. Schwartzmann L. Calidad De Vida Relacionada Con La Salud: Aspectos Conceptuales Health-Related Quality of Life: Conceptual Aspects. *Cienc i Enferm IX.* 2003;IX(2):9–21.
6. Felce D, Perry J. Quality of life: Its definition and measurement. *Res Dev Disabil.* 1995;16(1):51–74.
7. Fumincelli L, Mazzo A, Martins JCA, Mendes IAC. Quality of life and ethics: A concept analysis. *Nurs Ethics.* 2019;26(1):61–70.
8. Urzúa M A. [Health related quality of life: Conceptual elements]. *Rev Med Chil [Internet].* 2010 Mar;138(3):358–365. Available from: <https://doi.org/S0034-98872010000300017>
9. Sheiham A. Oral health, general health and quality of life. *Bull World Health Organ [Internet].* 2005/09/30. 2005 Sep;83(9):644. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16211151>
10. Mehta A, Kaur G. Oral health-related quality of life—the concept, its assessment and relevance in dental research and education. *Indian J Dent [Internet].* 2011;2(2):26–9. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0975-962X\(11\)60007-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0975-962X(11)60007-5)
11. Haag DG, Peres KG, Balasubramanian M, Brennan DS. Oral Conditions and Health-

- Related Quality of Life: A Systematic Review. *J Dent Res*. 2017;96(8):864–74.
12. Llewellyn CD, Warnakulasuriya S. The impact of stomatological disease on oral health-related quality of life. *Eur J Oral Sci* [Internet]. 2003;111(4):297–304. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1034/j.1600-0722.2003.00057.x>
 13. Naidoo S, Sheiham A, Tsakos G. The relation between oral impacts on daily performances and perceived clinical oral conditions in primary school children in the Ugu District, Kwazulu Natal, South Africa. *SADJ*. 2013;68:214–8.
 14. Sheiham A, Cushing AM, Maizels J. The Social Impacts of Dental Disease. In: Slade GD, editor. *Measuring Oral Health and Quality of Life*. Department of Dental Ecology, School of Dentistry, University of North Carolina; 1997. p. 48–55.
 15. Slade GD, Spencer AJ. Social impact of oral conditions among older adults. *Aust Dent J*. 1994 Dec;39(6):358–64.
 16. Locker D. Measuring oral health: a conceptual framework. *Community Dent Health* [Internet]. 1988 Mar;5(1):3–18. Available from: <http://europepmc.org/abstract/MED/3285972>
 17. Castrejon-Perez RC, Borges-Yanez SA, Irigoyen-Camacho ME. [Validation of an instrument for measuring the effects of oral health on the quality of life of older adults in Mexico]. *Rev Panam Salud Publica*. 2010 May;27(5):321–9.
 18. Rodríguez Campuzano M de L, Frias Martínez L. Algunos factores psicológicos y su papel en la enfermedad: una revisión. *Psicol y salud* [Internet]. 2005 [cited 2020 Jul 16];15(2):169–85. Available from: <https://biblat.unam.mx/es/revista/psicologia-y-salud/articulo/algunos-factores-psicologicos-y-su-papel-en-la-enfermedad-una-revision>
 19. Sarafino EP. *Health psychology: Biopsychosocial interactions*, 3rd ed. Health psychology: Biopsychosocial interactions, 3rd ed. Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc; 1998. xx, 579–xx, 579.
 20. Cohen S, Gianaros P, Manuck S. A Stage Model of Stress and Disease: *Perspect Psychol Sci*. 2016 Jul 1;11:456–63.
 21. Butcher SK, Lord JM. Stress responses and innate immunity: aging as a contributory

- factor. *Aging Cell* [Internet]. 2004;3(4):151–60. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1474-9728.2004.00103.x>
22. Cohen S, Hamrick N. Stable individual differences in physiological response to stressors: Implications for stress-elicited changes in immune related health. *Brain Behav Immun*. 2004;17:407–14.
 23. Padgett D, Glaser R. How stress influences immune response. *Trends Immunol*. 2003;24:444–8.
 24. Stojanovich L. Stress and autoimmunity. *Autoimmun Rev*. 2009;9:A271-6.
 25. Selye H. The General Adaptation Syndrome and The Diseases of Adaptation. *J Clin Endocrinol Metab* [Internet]. 1946 Feb 1;6(2):117–230. Available from: <https://doi.org/10.1210/jcem-6-2-117>
 26. Campbell TS, Johnson JA, Zernicke KA. General Adaptation Syndrome. In: Gellman MD, Turner JR, editors. *Encyclopedia of Behavioral Medicine* [Internet]. New York, NY: Springer New York; 2013. p. 842–4. Available from: https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1005-9_1135
 27. Bruner CA, Acuña L, Gallardo LM, Atri R, Hernández A, Wanda R, et al. La escala de reajuste social (SRRS) de Holmes y Rahe en México. *Rev Latinoam Psicol*. 1994;26(2):253–69.
 28. Holmes TH, Rahe RH. The Social Readjustment Rating Scale. Vol. 11, *Journal of Psychosomatic Research*. Netherlands: Elsevier Science; 1967. p. 213–8.
 29. Acuña L, González García DA, Bruner CA. La Escala de Reajuste Social de Holmes y Rahe en México: Una revisión de después de 16 años. [The Social Readjustment Rating Scale of Holmes and Rahe in Mexico: A rescaling after 16 years.]. *Rev Mex Psicol*. 2012;29(1):16–32.
 30. John OP, Naumann LP, Soto CJ. Paradigm shift to the integrative Big Five trait taxonomy: History, measurement, and conceptual issues. In: *Handbook of personality: Theory and research*, 3rd ed. New York, NY, US: The Guilford Press; 2008. p. 114–58.
 31. McCrae RR, Costa PT. Personality in Adulthood: A Five-factor Theory Perspective

- [Internet]. Guilford Publications; 2003. (EBL-Schweitzer). Available from: <https://books.google.com.mx/books?id=FEebGEJQH8C>
32. Reyes Zamorano E, Álvarez Carrillo C, Peredo Silva A, Miranda Sandoval A, Montzerrat Rebolledo Pastrana I. Psychometric properties of the big five inventory in a Mexican sample. *Salud Ment* Vol 37, No 6 *Salud Ment* [Internet]. 2014; Available from: http://revistasaludmental.com/index.php/salud_mental/article/view/SM.0185-3325.2014.059
 33. Benet V, John O. Los Cinco Grandes Across Cultures and Ethnic Groups: Multitrait Multimethod Analyses of the Big Five in Spanish and English. *J Pers Soc Psychol*. 1998;75:729–50.
 34. Kullmann J, Hayes S, Pamphlett R. Are people with amyotrophic lateral sclerosis (ALS) particularly nice? An international online case-control study of the Big Five personality factors. *Brain Behav*. 2018;8:e01119.
 35. Torres-Acosta ND, Rodríguez-Gómez J, Acosta-Vargas M. Personalidad, aprendizaje y rendimiento académico en medicina . Vol. 2, Investigación en educación médica . scielomx ; 2013. p. 193–201.
 36. Panaccio A, Vandenberghe C. Five-factor model of personality and organizational commitment: The mediating role of positive and negative affective states. *J Vocat Behav* [Internet]. 2012;80(3):647–58. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0001879112000358>
 37. Olson MA, Rogers III RS, Bruce AJ. Oral lichen planus. *Clin Dermatol* [Internet]. 2016 Jul 1;34(4):495–504. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.clindermatol.2016.02.023>
 38. Wilson E. On Lichen planus. *J Cutan Med*. 1869;3(10):117–32.
 39. Alrashdan MS, Cirillo N, McCullough M. Oral lichen planus: a literature review and update. *Arch Dermatol Res* [Internet]. 2016;308(8):539–51. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00403-016-1667-2>
 40. Dudhia B, Dudhia S, Patel P, Jani Y. Oral lichen planus to oral lichenoid lesions:

- Evolution or revolution. *J Oral Maxillofac Pathol*. 2015;19:364.
41. Gonzalez-Moles M, Gil-Montoya J, Gonzalez-Ruiz L, Ramos P, Bravo M. Outcomes of oral lichen planus and oral lichenoid lesions treated with topical corticosteroid. *Oral Dis*. 2017;24.
 42. Chiang C-P, Yu-Fong Chang J, Wang Y-P, Wu Y-H, Lu S-Y, Sun A. Oral lichen planus – Differential diagnoses, serum autoantibodies, hematologic deficiencies, and management. *J Formos Med Assoc [Internet]*. 2018;117(9):756–65. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0929664618300524>
 43. Gorouhi F, Davari P, Fazel N. Cutaneous and Mucosal Lichen Planus: A Comprehensive Review of Clinical Subtypes, Risk Factors, Diagnosis, and Prognosis. Hatano Y, De Rosa G, Quan T, editors. *Sci World J [Internet]*. 2014;2014:742826. Available from: <https://doi.org/10.1155/2014/742826>
 44. Stoopler ET, Sollecito TP. Oral mucosal diseases: evaluation and management. *Med Clin North Am [Internet]*. 2014 Nov;98(6):1323–1352. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2014.08.006>
 45. Carrozzo M, Capei M, Dametto E, Fasano M, Arduino P, Broccoletti R, et al. Tumor Necrosis Factor- and Interferon- Polymorphisms Contribute to Susceptibility to Oral Lichen Planus. *J Invest Dermatol*. 2004;122:87–94.
 46. Lundqvist EN, Wahlin YB, Bergdahl M, Bergdahl J. Psychological health in patients with genital and oral erosive lichen planus. *J Eur Acad Dermatology Venereol [Internet]*. 2006 Jul 1;20(6):661–6. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1468-3083.2006.01559.x>
 47. Rojo-Moreno J, Bagán J, Rojo-Moreno J, Donat JS, Milián MA, Jiménez Y. Psychologic factors and oral lichen planus: A psychometric evaluation of 100 cases. *Oral Surgery, Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endodontology [Internet]*. 1998;86(6):687–91. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1079210498902050>
 48. Chaudhary S. Psychosocial stressors in oral lichen planus. *Aust Dent J*. 2004 Dec 1;49:192–5.

49. McCartan BE. Psychological factors associated with oral lichen planus. *J Oral Pathol Med* [Internet]. 1995 Jul 1;24(6):273–5. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1600-0714.1995.tb01181.x>
50. Ivanovski K, Nakova M, Warburton G, Pesevska S, Filipovska A, Nares S, et al. Psychological profile in oral lichen planus. *J Clin Periodontol*. 2005 Oct;32(10):1034–40.
51. Pippi R, Romeo U, Santoro M, Del Vecchio A, Scully C, Petti S. Psychological disorders and oral lichen planus: matched case–control study and literature review. *Oral Dis* [Internet]. 2016 Apr 1;22(3):226–34. Available from: <https://doi.org/10.1111/odi.12423>
52. Kurago ZB. Etiology and pathogenesis of oral lichen planus: an overview. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* [Internet]. 2016;122(1):72–80. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2212440316001061>
53. Sugerman PB, Savage NW, Walsh LJ, Zhao ZZ, Zhou XJ, Khan A, et al. The Pathogenesis of Oral Lichen Planus. *Crit Rev Oral Biol Med* [Internet]. 2002 Jul 1;13(4):350–65. Available from: <https://doi.org/10.1177/154411130201300405>
54. Mollaoglu N. Oral lichen planus: a review. *Br J Oral Maxillofac Surg* [Internet]. 2000;38(4):370–7. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266435600903358>
55. Eisen D. The clinical manifestations and treatment of oral lichen planus. *Dermatol Clin* [Internet]. 2003;21(1):79–89. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0733863502000670>
56. García-Pola MJ, González-Álvarez L, Garcia-Martin JM. Tratamiento del liquen plano oral. Revisión sistemática y protocolo de actuación. *Med Clin (Barc)* [Internet]. 2017;149(8):351–62. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775317305109>
57. Hampf BGC, Malmström MJ, Aalberg VA, Hannula JA, Vikkula J. Psychiatric disturbance in patients with oral lichen planus. *Oral Surgery, Oral Med Oral Pathol* [Internet]. 1987;63(4):429–32. Available from:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S030422087902544>

58. Słebioda Z, Szponar E, Kowalska A. Etiopathogenesis of recurrent aphthous stomatitis and the role of immunologic aspects: literature review. *Arch Immunol Ther Exp (Warsz)* [Internet]. 2013/11/12. 2014 Jun;62(3):205–15. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24217985>
59. Giannetti L, Diago A, Lo Muzio L. Recurrent aphtous stomatitis. *Minerva Stomatol*. 2018;67.
60. Chiang C-P, Yu-Fong Chang J, Wang Y-P, Wu Y-H, Wu Y-C, Sun A. Recurrent aphthous stomatitis – Etiology, serum autoantibodies, anemia, hematinic deficiencies, and management. *J Formos Med Assoc* [Internet]. 2019;118(9):1279–89. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0929664618307435>
61. Akintoye SO, Greenberg MS. Recurrent Aphthous Stomatitis. *Dent Clin* [Internet]. 2014 Apr 1;58(2):281–97. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.cden.2013.12.002>
62. Scully C, Porter S. Recurrent aphthous stomatitis: current concepts of etiology, pathogenesis and management. *J oral Pathol & Med Off Publ Int Assoc Oral Pathol Am Acad Oral Pathol* [Internet]. 1989 Jan;18(1):21–27. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1600-0714.1989.tb00727.x>
63. Scully C, Porter S. Oral mucosal disease: Recurrent aphthous stomatitis. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2008;46:198–206.
64. Porter SR, Scully C, Pedersen A. Recurrent Aphthous Stomatitis. *Crit Rev Oral Biol Med* [Internet]. 1998 Jul 1;9(3):306–21. Available from: <https://doi.org/10.1177/10454411980090030401>
65. Polat C, Düzer S, Ayyıldız H, Seç S, Aksoy N, Sakalioğlu Ö, et al. Association Between Anxiety, Depression, and Salivary Cortisol Levels in Patients with Recurrent Aphthous Stomatitis. *Reküren Aftöz Stomatitli Hast Anksiyete, Depresyon ve Tükrük Kortizol Seviye Arasındaki İlişki* [Internet]. 2018 Sep;56(3):166–9. Available from: <http://10.0.20.32/tao.2018.3242>
66. Rezaei F, Aminian M, Raygani AV. Evaluation of Salivary Cortisol Changes and

- Psychological Profiles in Patients with Recurrent Aphthous Stomatitis. *Contemp Clin Dent* [Internet]. 2017;8(2):259–63. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28839413>
67. Soto Araya M, Rojas Alcayaga G, Esguep A. Asociación entre alteraciones psicológicas y la presencia de Liquen plano oral, Síndrome boca urente y Estomatitis aftosa recidivante . Vol. 9, *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal* (Ed. impresa) . scieloes ; 2004. p. 1–7.
 68. Slebioda Z, Szponar E, Kowalska A. Recurrent aphthous stomatitis: genetic aspects of etiology. *Postep dermatologii i Alergol* [Internet]. 2013/04/12. 2013 Apr;30(2):96–102. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24278055>
 69. Rivera C. Essentials of recurrent aphthous stomatitis (Review). *Biomed Rep* [Internet]. 2019;11(2):47–50. Available from: <https://doi.org/10.3892/br.2019.1221>
 70. González ZC. Aftosis recurrente Relapsing aphthous ulcers. *Dermatol argent*. 2010;16(3):177–88.
 71. Nasri-Heir C, Zagury JG, Thomas D, Ananthan S. Burning mouth syndrome: Current concepts. *J Indian Prosthodont Soc* [Internet]. 2015;15(4):300–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26929531>
 72. Thoppay J, Desai B. Oral burning: local and systemic connection for a patient-centric approach. *EPMA J* [Internet]. 2019 Jan 14;10(1):1–11. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30984309>
 73. Lopez Jornet P, Camacho-Alonso F, Mateos A, Sánchez-Siles M, Gómez-García F. Burning mouth syndrome: Update. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2010;15:e562-8.
 74. Gurvits GE, Tan A. Burning mouth syndrome. *World J Gastroenterol* [Internet]. 2013 Feb 7;19(5):665–72. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23429751>
 75. Bender SD. Burning Mouth Syndrome. *Dent Clin North Am* [Internet]. 2018 Jul 27;62(4):585–96. Available from: https://www.unboundmedicine.com/medline/citation/30189984/Burning_Mouth_Syndrome_
 76. Klasser GD, Grushka M, Su N. Burning Mouth Syndrome. *Oral Maxillofac Surg Clin*

- North Am [Internet]. 2016;28(3):381–96. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1042369916300012>
77. Feller L, Fourie J, Bouckaert M, Khammissa RAG, Ballyram R, Lemmer J. Burning Mouth Syndrome: Aetiopathogenesis and Principles of Management. *Pain Res Manag* [Internet]. 2017/10/18. 2017;2017:1926269. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29180911>
 78. Crow HC, Gonzalez Y. Burning Mouth Syndrome. *Oral Maxillofac Surg Clin* [Internet]. 2013 Feb 1;25(1):67–76. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.coms.2012.11.001>
 79. Imamura Y, Dds T, Okada-Ogawa A, Noma N, Shinoda M, Iwata K, et al. An updated review on pathophysiology and management of burning mouth syndrome with endocrinological, psychological and neuropathic perspectives. *J Oral Rehabil*. 2019 Mar 1;46.
 80. Schiavone V, Adamo D, Ventrella G, Morlino M, De Notaris EB, Ravel MG, et al. Anxiety, depression, and pain in burning mouth syndrome: first chicken or egg? *Headache*. 2012 Jun;52(6):1019–25.
 81. Yoo HS, Jin SH, Lee YJ, Song CM, Ji YB, Tae K. The role of psychological factors in the development of burning mouth syndrome. *Int J Oral Maxillofac Surg* [Internet]. 2020 Jul 17; Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ijom.2017.09.012>
 82. Alrashdan MS, Alkhader M. Psychological factors in oral mucosal and orofacial pain conditions. *Eur J Dent* [Internet]. 2017;11(4):548–52. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29279685>
 83. Cankovic M, Bokor-Bratic M, Novović Z. Stressful Life Events and Personality Traits in Patients with Oral Lichen Planus. *Acta Dermatovenerol Croat*. 2015 Dec 1;23:270–6.
 84. Manolache L, Seceleanu-Petrescu D, Benea V. Lichen planus patients and stressful events. *J Eur Acad Dermatology Venereol* [Internet]. 2008 Apr 1;22(4):437–41. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1468-3083.2007.02458.x>
 85. Allen CM, Beck FM, Rossie KM, Kaul TJ. Relation of stress and anxiety to oral lichen planus. *Oral Surgery, Oral Med Oral Pathol* [Internet]. 1986;61(1):44–6. Available

from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S03042208690201X>

86. Lopez-Jornet P, Zavattaro E, Mozaffari HR, Ramezani M, Sadeghi M. Evaluation of the Salivary Level of Cortisol in Patients with Oral Lichen Planus: A Meta-Analysis. *Medicina (Kaunas)* [Internet]. 2019 May 27;55(5):213. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31137861>
87. Pedersen A. Psychologic stress and recurrent aphthous ulceration. *J Oral Pathol Med* [Internet]. 1989 Feb 1;18(2):119–22. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1600-0714.1989.tb00747.x>
88. Cardoso JA, Dos Santos Junior AA, Nunes MLT, de Figueiredo MAZ, Cherubini K, Salum FG. Salivary Alpha-Amylase Enzyme, Psychological Disorders, and Life Quality in Patients with Recurrent Aphthous Stomatitis. *Int J Dent* [Internet]. 2017/03/19. 2017;2017:5269856. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28408928>
89. Vandana S, Kavitha B, Sivapathasundharam B. Salivary cortisol and dehydroepiandrosterone as oral biomarkers to determine stress in patients with recurrent aphthous stomatitis. *J Oral Maxillofac Pathol* [Internet]. 2019;23(2):213–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31516226>
90. García-Pola Vallejo MJ, Huerta G, Cerero R, Seoane JM. Anxiety and Depression as Risk Factors for Oral Lichen planus. *Dermatology* [Internet]. 2001;203(4):303–7. Available from: <https://www.karger.com/DOI/10.1159/000051777>
91. Mehdipour M, Zenouz A, Farnam A, Attaran R, Farhang S, Safarnavadeh M, et al. The Relationship between Anger Expression and Its Indices and Oral Lichen Planus. *Chonnam Med J*. 2016 May 1;52:112.
92. Dhopte A, Naidu G, Singh-Makkad R, Nagi R, Bagde H, Jain S. Psychometric analysis of stress, anxiety and depression in patients with recurrent aphthous Stomatitis-A cross-sectional survey based study. *J Clin Exp Dent* [Internet]. 2018 Nov 1;10(11):e1109–14. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30607229>
93. AL-Omiri MK, Karasneh J, Lynch E. Psychological profiles in patients with recurrent aphthous ulcers. *Int J Oral Maxillofac Surg* [Internet]. 2012 Mar 1;41(3):384–8. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ijom.2011.12.024>

94. Tokura T, Kimura H, Ito M, Nagashima W, Sato N, Kimura Y, et al. Temperament and character profiles of patients with burning mouth syndrome. *J Psychosom Res* [Internet]. 2015;78(5):495–8. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022399915000410>
95. Forssell H, Teerijoki-Oksa T, Puukka P, Estlander A-M. Symptom severity in burning mouth syndrome associates with psychological factors. *J Oral Rehabil* [Internet]. 2020 Jun 1;47(6):713–9. Available from: <https://doi.org/10.1111/joor.12966>
96. Braud A, Boucher Y. The relationship between the clinical features of idiopathic burning mouth syndrome and self-perceived quality of life. *J Oral Sci*. 2016 May 7;58.
97. Fädler A, Hartmann T, Bernhart T, Monshi B, Rappersberger K, Hof M, et al. Effect of personality traits on the oral health-related quality of life in patients with oral mucosal disease. *Clin Oral Investig* [Internet]. 2015;19(6):1245–50. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00784-014-1377-0>
98. AL-Omiri MK, Karasneh J, Alhijawi MM, Zwiri AMA, Scully C, Lynch E. Recurrent aphthous stomatitis (RAS): a preliminary within-subject study of quality of life, oral health impacts and personality profiles. *J Oral Pathol Med* [Internet]. 2015 Apr 1;44(4):278–83. Available from: <https://doi.org/10.1111/jop.12232>
99. Souza F, Kummer A, Silva M, Amaral T, Abdo E, Abreu M, et al. The Association of Openness Personality Trait with Stress-Related Salivary Biomarkers in Burning Mouth Syndrome. *Neuroimmunomodulation*. 2015 Oct 15;22:250–5.
100. Dangore-Khasbage S, Khairkar PH, Degwekar SS, Bhowate RR, Bhake AS, Singh A, et al. Prevalence of oral mucosal disorders in institutionalized and non-institutionalized psychiatric patients: a study from AVBR Hospital in central India. *J Oral Sci*. 2012 Mar;54(1):85–91.
101. Suresh K V, Shenai P, Chatra L, Ronad Y-AA, Bilahari N, Pramod RC, et al. Oral mucosal diseases in anxiety and depression patients: Hospital based observational study from south India. *J Clin Exp Dent*. 2015 Feb;7(1):e95-9.
102. Yang C, Liu L, Shi H, Zhang Y. Psychological problems and quality of life of patients with oral mucosal diseases: a preliminary study in Chinese population. *BMC Oral*

- Health [Internet]. 2018 Dec 27;18(1):226. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30587180>
103. Lopez-Jornet P, Camacho-Alonso F, Lucero Berdugo M. Measuring the impact of oral mucosa disease on quality of life. *Eur J Dermatol*. 2009;19(6):603–6.
 104. Tabolli S, Bergamo F, Alessandrini L, Di Pietro C, Sampogna F, Abeni D. Quality of life and psychological problems of patients with oral mucosal disease in dermatological practice. *Dermatology*. 2009;218(4):314–20.
 105. López-Jornet P, Camacho-Alonso F. Quality of life in patients with oral lichen planus. *J Eval Clin Pract* [Internet]. 2010 Feb 1;16(1):111–3. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2009.01124.x>
 106. Vilar-Villanueva M, Gándara-Vila P, Blanco-Aguilera E, Otero-Rey EM, Rodríguez-Lado L, García-García A, et al. Psychological disorders and quality of life in oral lichen planus patients and a control group. *Oral Dis* [Internet]. 2019 Sep 1;25(6):1645–51. Available from: <https://doi.org/10.1111/odi.13106>
 107. Parlatescu I, Tovar M, Nicolae CL, Sfeatcu R, Didilescu AC. Oral health-related quality of life in different clinical forms of oral lichen planus. *Clin Oral Investig* [Internet]. 2020;24(1):301–8. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00784-019-02951-8>
 108. Hapa A, Aksoy B, Polat M, Aslan U, Atakan Ni. Does recurrent aphthous stomatitis affect quality of life? A prospective study with 128 patients evaluating different treatment modalities. *J Dermatolog Treat* [Internet]. 2011 Aug 1;22(4):215–20. Available from: <https://doi.org/10.3109/09546631003675450>
 109. Souza FTA, Santos TPM, Bernardes VF, Teixeira AL, Kümmer AM, Silva TA, et al. The impact of burning mouth syndrome on health-related quality of life. *Health Qual Life Outcomes* [Internet]. 2011 Jul 29;9:57. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21801374>
 110. Ni Riordain R, Moloney E, O’Sullivan K, McCreary C. Burning mouth syndrome and oral health-related quality of life: is there a change over time? *Oral Dis* [Internet]. 2010 Oct 1;16(7):643–7. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1601->

0825.2010.01666.x

111. Adamo D, Pecoraro G, Fortuna G, Amato M, Marenzi G, Aria M, et al. Assessment of oral health-related quality of life, measured by OHIP-14 and GOHAI, and psychological profiling in burning mouth syndrome: A case-control clinical study. *J Oral Rehabil* [Internet]. 2020 Jan 1;47(1):42–52. Available from: <https://doi.org/10.1111/joor.12864>
112. Oghli I, List T, John M, Larsson P. Prevalence and oral health-related quality of life of self-reported orofacial conditions in Sweden. *Oral Dis* [Internet]. 2017 Mar 1;23(2):233–40. Available from: <https://doi.org/10.1111/odi.12600>
113. Tohid H, Shenefelt PD, Burney WA, Aqeel N. Psychodermatology: An Association of Primary Psychiatric Disorders With Skin. *Rev Colomb Psiquiatr (English ed)* [Internet]. 2019;48(1):50–7. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2530312018300584>

ANEXOS

ANEXO 1. ESCALA DE REAJUSTE SOCIAL DE HOLMES Y RAHE (SRRS)



Escala de Reajuste Social de Holmes y Rahe

Universidad Nacional Autónoma de México
 Facultad de Odontología
 División de Estudios de Posgrado e Investigación

Número de identificación: ___/___/

Nombre: _____

Fecha: /___/___/___/___/___/

Edad: /___/___/

Sexo: ___/

Grupo: _____

Instrucciones: Marque cada uno de los eventos que le haya sucedido durante el año anterior.

NÚMERO DE EVENTOS	LCU M	LCU F
1. Muerte del cónyuge	98	90
2. Encarcelamiento	71	94
3. Muerte de un familiar cercano	71	79
4. Separación marital	56	62
5. Divorcio	57	63
6. Embarazo	56	61
7. Enfermedad o lesión personal grave	66	74
8. Muerte de un amigo(a) cercano (a)	50	59
9. Despido del trabajo	60	62
10. Dificultades sexuales	52	52
11. Reajuste mayor en el negocio	51	58
12. Cambio importante en la salud de un miembro de la familia	63	62
13. Inicio o terminación de estudios	49	51
14. Cambio importante en la situación financiera	51	67
15. Matrimonio	50	50
16. Reconciliación matrimonial	47	48
17. Logros personales sobresalientes	49	55

18. Cambio importante de responsabilidades en el trabajo	41	44
19. Hijo(a) se va del hogar	52	62
20. Cambio en la frecuencia de discusiones con la pareja	43	47
21. Jubilación	50	48
22. Incorporación de un nuevo miembro a la familia	48	51
23. Adquirir hipoteca para comprar una casa, negocio, etc.	46	49
24. Cambio a un nuevo tipo de trabajo	43	43
25. Adquirir un préstamo	40	41
26. Cambio importante en las condiciones de la vivienda	44	47
27. Esposa (o) empieza o deja de trabajar	36	47
28. Cambio de lugar de residencia	41	46
29. Cambio de escuela	29	34
30. Pago anticipado de hipoteca	43	43
31. Cambio importante en las condiciones u horarios de trabajo	31	36
32. Cambio importante en las prácticas religiosas	27	30
33. Cambio de hábitos personales	32	37
34. Cambio importante de actividades recreativas	28	32
35. Vacaciones	32	34
36. Cambio importante en las actividades sociales	28	31
37. Cambio importante en los hábitos alimenticios	31	36
38. Navidad	33	35
39. Problemas con el jefe	31	31
40. Cambio importante en los hábitos de sueño	32	34
41. Cambio importante en el número de reuniones familiares	46	27
42. Problemas con parientes políticos	23	27
43. Violaciones menores a la ley	23	27

LCU M: unidad de cambio de vida hombres, LCU F: unidad de cambio de vida mujeres.

ANEXO 2. INVENTARIO DE LOS CINCO GRANDES (BFI)



Inventario de los Cinco Grandes Big Five Inventory Versión en español



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Odontología
División de Estudios de Posgrado e Investigación

Número de identificación: ___/___/

Nombre: _____

Fecha: /___/___/___/___/___/

Edad: /___/___

Sexo: ___/

Grupo: _____

Instrucciones: Las siguientes expresiones le describen a usted con más o menos precisión. Por ejemplo, ¿está de acuerdo en que usted es alguien “chistoso, a quien le gusta bromear”? Por favor escoja una opción para cada una de las siguientes expresiones, indicando así hasta qué punto está de acuerdo o en desacuerdo en cómo le describe a usted.

Me veo a mi mismo(a) como alguien que...

1. Es muy hablador /___/ 1) Muy en desacuerdo 2) En desacuerdo 3) Ni en desacuerdo ni de acuerdo 4) De acuerdo 5) muy de acuerdo
2. Tiende a ser crítico /___/ 1) Muy en desacuerdo 2) En desacuerdo 3) Ni en desacuerdo ni de acuerdo 4) De acuerdo 5) muy de acuerdo
3. Es minucioso en el trabajo /___/ 1) Muy en desacuerdo 2) En desacuerdo 3) Ni en desacuerdo ni de acuerdo 4) De acuerdo 5) muy de acuerdo
4. Es depresivo, melancólico /___/ 1) Muy en desacuerdo 2) En desacuerdo 3) Ni en desacuerdo ni de acuerdo 4) De acuerdo 5) muy de acuerdo
5. Es original, se le ocurren ideas nuevas /___/ 1) Muy en desacuerdo 2) En desacuerdo 3) Ni en desacuerdo ni de acuerdo 4) De acuerdo 5) muy de acuerdo
6. Es reservado /___/ 1) Muy en desacuerdo 2) En desacuerdo 3) Ni en desacuerdo ni de acuerdo 4) De acuerdo 5) muy de acuerdo
7. Es generoso y ayuda a los demás /___/ 1) Muy en desacuerdo 2) En desacuerdo 3) Ni en desacuerdo ni de acuerdo 4) De acuerdo 5) muy de acuerdo
8. Puede a veces ser algo descuidado /___/ 1) Muy en desacuerdo 2) En desacuerdo 3) Ni en desacuerdo ni de acuerdo 4) De acuerdo 5) muy de acuerdo

9. Es calmado, controla bien el estrés	/ _ /
1) Muy en desacuerdo 2) En desacuerdo 3) Ni en desacuerdo ni de acuerdo 4) De acuerdo 5) muy de acuerdo	
10. Tiene intereses muy diversos	/ _ /
1) Muy en desacuerdo 2) En desacuerdo 3) Ni en desacuerdo ni de acuerdo 4) De acuerdo 5) muy de acuerdo	
11. Está lleno de energía	/ _ /
1) Muy en desacuerdo 2) En desacuerdo 3) Ni en desacuerdo ni de acuerdo 4) De acuerdo 5) muy de acuerdo	
12. Prefiere trabajos que son rutinarios	/ _ /
1) Muy en desacuerdo 2) En desacuerdo 3) Ni en desacuerdo ni de acuerdo 4) De acuerdo 5) muy de acuerdo	
13. Inicia disputas con los demás	/ _ /
1) Muy en desacuerdo 2) En desacuerdo 3) Ni en desacuerdo ni de acuerdo 4) De acuerdo 5) muy de acuerdo	
14. Es un trabajador cumplidor digno de confianza	/ _ /
1) Muy en desacuerdo 2) En desacuerdo 3) Ni en desacuerdo ni de acuerdo 4) De acuerdo 5) muy de acuerdo	
15. Con frecuencia se pone tenso	/ _ /
1) Muy en desacuerdo 2) En desacuerdo 3) Ni en desacuerdo ni de acuerdo 4) De acuerdo 5) muy de acuerdo	
16. Tiende a ser callado	/ _ /
1) Muy en desacuerdo 2) En desacuerdo 3) Ni en desacuerdo ni de acuerdo 4) De acuerdo 5) muy de acuerdo	
17. Valora lo artístico, lo estético	/ _ /
1) Muy en desacuerdo 2) En desacuerdo 3) Ni en desacuerdo ni de acuerdo 4) De acuerdo 5) muy de acuerdo	
18. Tiende a ser desorganizado	/ _ /
1) Muy en desacuerdo 2) En desacuerdo 3) Ni en desacuerdo ni de acuerdo 4) De acuerdo 5) muy de acuerdo	
19. Es emocionalmente estable, difícil de alterar	/ _ /
1) Muy en desacuerdo 2) En desacuerdo 3) Ni en desacuerdo ni de acuerdo 4) De acuerdo 5) muy de acuerdo	
20. Tiene una imaginación activa	/ _ /
1) Muy en desacuerdo 2) En desacuerdo 3) Ni en desacuerdo ni de acuerdo 4) De acuerdo 5) muy de acuerdo	
21. Persevera hasta terminar el trabajo	/ _ /
1) Muy en desacuerdo 2) En desacuerdo 3) Ni en desacuerdo ni de acuerdo 4) De acuerdo 5) muy de acuerdo	
22. Es a veces maleducado con los demás	/ _ /
1) Muy en desacuerdo 2) En desacuerdo 3) Ni en desacuerdo ni de acuerdo 4) De acuerdo 5) muy de acuerdo	
23. Es inventivo	/ _ /
1) Muy en desacuerdo 2) En desacuerdo 3) Ni en desacuerdo ni de acuerdo 4) De acuerdo 5) muy de acuerdo	
24. Es generalmente confiado	/ _ /
1) Muy en desacuerdo 2) En desacuerdo 3) Ni en desacuerdo ni de acuerdo 4) De acuerdo 5) muy de acuerdo	
25. Tiende a ser flojo, vago	/ _ /
1) Muy en desacuerdo 2) En desacuerdo 3) Ni en desacuerdo ni de acuerdo 4) De acuerdo 5) muy de acuerdo	
26. Se preocupa mucho por las cosas	/ _ /
1) Muy en desacuerdo 2) En desacuerdo 3) Ni en desacuerdo ni de acuerdo 4) De acuerdo 5) muy de acuerdo	
27. Es a veces tímido, inhibido	/ _ /
1) Muy en desacuerdo 2) En desacuerdo 3) Ni en desacuerdo ni de acuerdo 4) De acuerdo 5) muy de acuerdo	
28. Es indulgente, no le cuesta perdonar	/ _ /
1) Muy en desacuerdo 2) En desacuerdo 3) Ni en desacuerdo ni de acuerdo 4) De acuerdo 5) muy de acuerdo	
29. Hace las cosas de manera eficiente	/ _ /
1) Muy en desacuerdo 2) En desacuerdo 3) Ni en desacuerdo ni de acuerdo 4) De acuerdo 5) muy de acuerdo	

30. Es temperamental, de humor cambiante	/ _ /
1) Muy en desacuerdo 2) En desacuerdo 3) Ni en desacuerdo ni de acuerdo 4) De acuerdo 5) muy de acuerdo	
31. Es ingenioso, analítico	/ _ /
1) Muy en desacuerdo 2) En desacuerdo 3) Ni en desacuerdo ni de acuerdo 4) De acuerdo 5) muy de acuerdo	
32. Irradia entusiasmo	/ _ /
1) Muy en desacuerdo 2) En desacuerdo 3) Ni en desacuerdo ni de acuerdo 4) De acuerdo 5) muy de acuerdo	
33. Es a veces frío y distante	/ _ /
1) Muy en desacuerdo 2) En desacuerdo 3) Ni en desacuerdo ni de acuerdo 4) De acuerdo 5) muy de acuerdo	
34. Hace planes y los sigue cuidadosamente	/ _ /
1) Muy en desacuerdo 2) En desacuerdo 3) Ni en desacuerdo ni de acuerdo 4) De acuerdo 5) muy de acuerdo	
35. Mantiene la calma en situaciones difíciles	/ _ /
1) Muy en desacuerdo 2) En desacuerdo 3) Ni en desacuerdo ni de acuerdo 4) De acuerdo 5) muy de acuerdo	
36. Le gusta reflexionar, jugar con las ideas	/ _ /
1) Muy en desacuerdo 2) En desacuerdo 3) Ni en desacuerdo ni de acuerdo 4) De acuerdo 5) muy de acuerdo	
37. Es considerado y amable con casi todo el mundo	/ _ /
1) Muy en desacuerdo 2) En desacuerdo 3) Ni en desacuerdo ni de acuerdo 4) De acuerdo 5) muy de acuerdo	
38. Se pone nervioso con facilidad	/ _ /
1) Muy en desacuerdo 2) En desacuerdo 3) Ni en desacuerdo ni de acuerdo 4) De acuerdo 5) muy de acuerdo	
39. Es educado en arte, música y literatura	/ _ /
1) Muy en desacuerdo 2) En desacuerdo 3) Ni en desacuerdo ni de acuerdo 4) De acuerdo 5) muy de acuerdo	
40. Es asertivo, no teme expresar lo que quiere	/ _ /
1) Muy en desacuerdo 2) En desacuerdo 3) Ni en desacuerdo ni de acuerdo 4) De acuerdo 5) muy de acuerdo	
41. Le gusta cooperar con los demás	/ _ /
1) Muy en desacuerdo 2) En desacuerdo 3) Ni en desacuerdo ni de acuerdo 4) De acuerdo 5) muy de acuerdo	
42. Se distrae con facilidad	/ _ /
1) Muy en desacuerdo 2) En desacuerdo 3) Ni en desacuerdo ni de acuerdo 4) De acuerdo 5) muy de acuerdo	
43. Es extrovertido, sociable	/ _ /
1) Muy en desacuerdo 2) En desacuerdo 3) Ni en desacuerdo ni de acuerdo 4) De acuerdo 5) muy de acuerdo	
44. Tiene pocos intereses artísticos	/ _ /
1) Muy en desacuerdo 2) En desacuerdo 3) Ni en desacuerdo ni de acuerdo 4) De acuerdo 5) muy de acuerdo	

ANEXO 3. PERFIL DE IMPACTO DE SALUD BUCAL (OHIP-49)



Perfil de Impacto de Salud Bucal Oral Health Impact Profile Versión en español



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Odontología
División de Estudios de Posgrado e Investigación

Instrucciones:

El cuestionario lo debe aplicar un entrevistador. Las preguntas se leen como están en el cuestionario. No se deben sugerir las respuestas. Se recomienda tener una tarjeta con las respuestas para que la persona entrevistada pueda consultarlas.

Las preguntas sin respuesta se codificarán como 9 y al calcular la calificación del instrumento se considerarán con valor cero ("0").

Número de identificación: __/__/

Nombre: _____

Fecha: /__/__/__/__/__/

Edad: /__/

Sexo: __/

Grupo: _____

Entrevistador: Iniciar cada pregunta con la frase: ¿En los últimos seis meses...	
1. ... ha tenido dificultad para masticar alimentos debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?	/__/
0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre	
2. ... ha tenido problemas al pronunciar algunas palabras debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?	/__/
0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre	
3. ... ha notado que algún diente no se ve bien?	/__/
0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre	
4. ... ha notado que su apariencia se ha visto afectada debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?	/__/
0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre	
5. ... ha sentido que tiene aliento fétido debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?	/__/

0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre	
6. ... ha sentido que su sentido del gusto ha empeorado debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?	/__/
0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre	
7. ... ha quedado comida atrapada entre sus dientes o debajo de sus dentaduras?	/__/
0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre	
8. ... ha sentido que su digestión ha empeorado debido a problemas con sus dientes, boca o dentadura?	/__/
0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre	
9. ... ha sentido que sus dentaduras no ajustan apropiadamente?	/__/
0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre	
10. ... ha tenido dolor en su boca?	/__/
0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre	
11. ... ha tenido su mandíbula adolorida?	/__/
0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre	
12. ... ha tenido dolores de cabeza debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?	/__/
0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre	
13. ... ha tenido sensibilidad en sus dientes, por ejemplo, debido a alimentos o bebidas fríos o calientes?	/__/
0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre	
14. ... ha tenido dolor dental?	/__/
0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre	
15. ... ha tenido dolor en sus encías?	/__/
0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre	
16. ... ha encontrado incómodo comer cualquier alimento debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?	/__/
0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre	
17. ... ha tenido puntos dolorosos en su boca?	/__/
0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre	
18. ... ha tenido dentaduras que no son confortables?	/__/
0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre	
19. ... ha estado preocupado por problemas dentales?	/__/
0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre	
20. ... ha estado avergonzado debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?	/__/
0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre	
21. ... problemas dentales lo han hecho sentir totalmente infeliz?	/__/
0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre	
22. ... se ha sentido incómodo con la apariencia de sus dientes, boca o dentaduras?	/__/

0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre	
23. ... se ha sentido tenso debido a problemas con sus dientes, boca o dentadura?	/__/
0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre	
24. ... su modo de hablar ha sido poco claro debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?	/__/
0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre	
25. ... las personas le han malinterpretado algunas palabras debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?	/__/
0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre	
26. ... ha experimentado menos sabor en su comida debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?	/__/
0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre	
27. ... ha sido incapaz de cepillarse los dientes adecuadamente debido a problemas con sus diente, boca o dentadura?	/__/
0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre	
28. ... ha tenido que evitar comer algunos alimentos debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?	/__/
0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre	
29. ... ha sido insatisfactoria su dieta debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?	/__/
0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre	
30. ... ha sido incapaz de comer con sus dentaduras debido a problemas con ellas?	/__/
0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre	
31. ... ha evitado sonreír debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?	/__/
0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre	
32. ... ha tenido que interrumpir sus comidas debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?	/__/
0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre	
33. ... se ha interrumpido su sueño debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?	/__/
0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre	
34. ... se ha sentido irritado debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?	/__/
0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre	
35. ... ha encontrado difícil relajarse debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?	/__/
0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre	
36. ... se ha sentido deprimido debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?	/__/
0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre	
37. ... ha visto afectada su concentración debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?	/__/
0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre	

38. ... se ha avergonzado un poco debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?	/___/
0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre	
39. ... ha evitado salir a la calle debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?	/___/
0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre	
40. ... ha sido menos tolerante con su esposo(a) o su familia debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?	/___/
0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre	
41. ... ha tenido dificultades al relacionarse con otras personas debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?	/___/
0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre	
42. ... ha estado un poco irritable con otras personas debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?	/___/
0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre	
43. ... ha tenido dificultades para realizar sus labores habituales debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?	/___/
0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre	
44. ... ha sentido que su salud general ha empeorado debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?	/___/
0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre	
45. ... ha sufrido algún tipo de pérdida económica debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?	/___/
0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre	
46. ... ha sido incapaz de disfrutar la compañía de otras personas como debería pero debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?	/___/
0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre	
47. ... ha sentido que su vida en general es menos satisfactoria debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?	/___/
0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre	
48. ... ha sido totalmente incapaz de funcionar debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?	/___/
0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre	
49. ... ha sido incapaz de trabajar con toda su capacidad debido a problemas con sus dientes, boca o dentaduras?	/___/
0) Nunca 1) Casi nunca 2) Algunas veces 3) Frecuentemente 4) Casi siempre	

ANEXO 4. REGISTRO DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS



REGISTRO DE COVARIABLES

Número de identificación: __/__/

Nombre: _____ Edad: _____

Sexo: (F) (M)

Estado civil: /__/

1. Soltero 2. Casado/unión libre 3. Divorciado 4. Viudo

Ocupación: /__/

1. Hogar 2. Comerciante 3. Empleado 4. Pensionado/ jubilado 5. Estudiante

Diagnóstico histopatológico: _____

ANEXO 5. CONSENTIMIENTO INFORMADO



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN ODONTOLÓGICA

IMPACTO DE ENFERMEDADES ORALES ASOCIADAS A ESTRÉS EN LA CALIDAD DE VIDA Y RASGOS DE LA PERSONALIDAD DE PACIENTES PROVENIENTES, DE LA CLÍNICA DE MEDICINA BUCAL, DEPEI.

Investigador principal: Dr. Luis Alberto Gaitán Cepeda

Investigador corresponsable: CD. Esp. Diana Ivette Rivera Reza

Sede: Clínica de Medicina Bucal, DEPEI, FO, UNAM

Se le invita a participar en este estudio de investigación odontológica. Antes de decidir sobre su participación, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto para ayudarle a aclarar sus dudas al respecto. Una vez que haya leído esta carta de consentimiento y si usted desea participar, entonces se le pedirá que la firme y se le entregará una copia firmada y fechada.

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Debido a que el liquen plano oral, la estomatitis aftosa recurrente y el síndrome de boca dolorosa son un conjunto de enfermedades de etiología desconocida es fundamental contar con información actualizada para la mejor comprensión y atención de los pacientes que padecen alguna de estas enfermedades, ya que la salud oral y el nivel de estrés tienen un impacto en la calidad de vida, esto permitirá obtener información acerca de los casos que requieran una atención prioritaria y multidisciplinaria para poder contrarrestar los efectos del estrés a la enfermedad.

OBJETIVO DEL ESTUDIO

El objetivo, del estudio al que le estamos invitando a participar es: Determinarse si existe asociación entre la calidad de vida relacionada a salud oral, rasgos de la personalidad y niveles de estrés en un grupo de pacientes con diagnóstico de alguna enfermedad oral asociada a estrés y comparar los resultados con un grupo, en pacientes de primera vez y sin tratamiento de la Clínica de Medicina Bucal de este posgrado.

BENEFICIOS DEL ESTUDIO

Obtener información acerca del tema nos será de gran utilidad para determinar el impacto del estrés en los pacientes que padecen alguna de estas enfermedades, mismas que serán utilizadas para establecer estrategias en su beneficio.

PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO

En caso de participar en el estudio se les realizarán preguntas acerca de su edad, sexo, estado civil y ocupación; con la finalidad de identificar si alguna de estas variables tiene relación con el estrés o la personalidad y la posible asociación a alguna de estas enfermedades. También se les aplicarán tres cuestionarios mediante una entrevista que se llevará a cabo en la Clínica de Medicina Bucal, DEPEI en la que los participantes se encontrarán sentados en el sillón dental.

RIESGOS ASOCIADOS CON EL ESTUDIO

Esta investigación se clasifica sin riesgo de acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud.

ACLARACIONES

- La decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
- No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted en caso de no aceptar la invitación.
- Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, aun cuando el investigador responsable no lo solicite, su decisión será respetada en su integridad.
- No tendrá que hacer gasto alguno para participar en este estudio.
- En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.
- La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada paciente, será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores, por lo cual su nombre será remplazado por un número de folio.
- La participación en este proyecto no implica la provisión de servicio dental gratuito o algún tipo de apoyo gratuito para el tratamiento dental.
- Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea firmar la **Carta de Consentimiento Informado** anexa a este documento.

En caso de tener alguna duda relacionada con el estudio usted puede comunicarse con el **Dr. Luis Alberto Gaitán Cepeda** o la **Esp. Diana Ivette Rivera Reza** al teléfono **56225559**.

POR FAVOR CONSERVE ESTE HOJA

Ciudad de México a ____ de _____ del 201__

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación.

Recibí una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

Domicilio:

Teléfono: _____

Firma

Testigo 1

Nombre

Firma

Testigo 2

Nombre

Firma

Esta parte debe ser completada por el investigador:

He explicado al Sr (a). _____ la naturaleza y los propósitos de la investigación; le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que imprima su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella. Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Firma investigador

Fecha

CARTA DE REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN

En caso de que ya no desee continuar participando en el estudio, por favor, llene la “**CARTA DE REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN**”.

Título del proyecto: Impacto de enfermedades orales asociadas a estrés en la calidad de vida y rasgos de la personalidad de pacientes provenientes, de la Clínica de Medicina Bucal, DEPel.

Investigador principal: Dr. Luis Alberto Gaitán Cepeda
Investigador corresponsable: CD. Esp. Diana Ivette Rivera Reza
Sede: Clínica de Medicina Bucal, DEPel, FO, UNAM.

Ciudad de México a _____ de _____ del 201__

YO _____ por medio de este conducto deseo informar mi decisión de retirarme de esta investigación.

Firma

Domicilio:

Teléfono: _____

Testigo 1

Nombre

Firma

Testigo 2

Nombre

Firma