

CLINICAL RESEARCH

DOI: 10.15517/IJDS.2020.40293

Recibido:
9-X-2019

Impacto de enfermedades orales asociadas a estrés sobre la calidad de vida

Aceptado:
8-XII-2019

Publicado en línea:
7-I-2020

Impact on Quality of Life of Oral Diseases Related to Stress

Diana I. Rivera-Reza DDS¹; María C. Villanueva-Vilchis DDS, MSc, PhD²;
Luis A. Gaitán-Cepeda DDS, MSc, PhD¹

1. Departamento de Patología y Medicina Bucal, División de Estudios de Posgrado e Investigación, Facultad de Odontología, Universidad Nacional Autónoma de México.

2. Departamento de Salud Pública, Escuela Nacional de Estudios Superiores-León, Universidad Nacional Autónoma de México. León, Gto, México.

Autor para correspondencia: Dr. Luis Alberto Gaitán-Cepeda - lgaitan@unam.mx

RESUMEN: Se ha sugerido que enfermedades de la mucosa oral asociadas a estrés impactan negativamente la calidad de vida. Sin embargo, la información no es concluyente. El objetivo fue comparar la calidad de vida asociada a salud bucal en dos grupos: Casos (21 pacientes de una clínica de enseñanza de medicina bucal con diagnóstico de liquen plano oral, estomatitis aftosa recurrente y síndrome de boca dolorosa; Control (42 sujetos sanos) pareados por edad y género. Se aplicó el cuestionario perfil de impacto de salud oral. Resultados: El análisis estadístico mostró que el grupo casos tiene peor calidad de vida ($p = 0.03$) comparado con el de los controles, específicamente en las dimensiones incomodidad psicológica ($p = 0.027$); inhabilidad física ($p = 0.004$); e incapacidad ($p = 0.002$; RM 5.63 IC 1.58-20.80). Se concluye que los sujetos que padecen enfermedades de la mucosa oral relacionada a estrés tienen mala calidad de vida.

PALABRAS CLAVE: Liquen plano oral; Estomatitis aftosa recurrente; Síndrome de boca dolorosa; Ansiedad; OHIP-49.

ABSTRACT: It has been suggested that oral mucosa diseases related to stress have a negative impact on the quality of life. However, the information regarding which aspects are the most affected is inconclusive. The objective was to compare the quality of life associated with oral health in two groups: Cases formed by 21 patients coming from a teaching clinic, suffering oral lichen planus, recurrent aphthous stomatitis, and burning mouth syndrome; Control formed by 42 healthy subjects matched for age and gender. Oral Health Impact Profile questionnaire was applied. Statistical analysis showed that group Cases has worse quality of life (p 0.03) than the one of controls, specifically on psychological discomfort (p 0.027), physical disability (p 0.004); and handicap dimensions (p 0.002; RM 5.63 IC1.58-20.80). It was concluded that patients suffering oral mucosa disease related to stress showed poor quality of life.

KEYWORDS: Oral lichen planus; Recurrent aphthous stomatitis; Burning mouth syndrome; Anxiety; OHIP-49.

INTRODUCCIÓN

Se ha demostrado que lesiones de la mucosa oral impactan negativamente la calidad de vida de los sujetos que las padecen (1). Dentro de estos padecimientos destacan el liquen plano oral (LPO), la estomatitis aftosa recurrente (EAR) y el síndrome de boca dolorosa (SBD). Estas enfermedades forman parte de las denominadas enfermedades orales asociadas a estrés (EOA-E). Se define a enfermedades orales asociadas a estrés como aquellas enfermedades de la mucosa oral que se ven agravadas, exacerbadas o desarrolladas por estados emocionales tales como estrés, ansiedad y/o depresión (2,3). Entendiendo por estrés, a 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 autoinmunes orales (4). Las características clínicas y sintomáticas de estas enfermedades interfieren con el comer, hablar o con la correcta higiene oral. La disfuncionalidad consecuente incrementa los niveles de ansiedad e incluso depresión (5,6), constituyéndose entonces un círculo vicioso que impacta negativamente la calidad de vida relacionada con la salud oral (7) (Figura 1).

La calidad de vida es un concepto multidisciplinario y multidimensional que evalúa las condiciones subjetivas y objetivas relacionadas con los factores físicos, emocionales y sociales (8). Se define como la percepción de cada sujeto sobre su posición en la vida, en el entorno cultural y sistema de valores en que vive, así como en la relación con sus objetivos, expectativas, criterios y preocupaciones; equilibrado por su salud física, estado psicológico, grado de independencia, relaciones sociales, factores ambientales y sus creencias personales (9-12). La percepción de salud fue vinculada a la capacidad de realizar actividades cotidianas relevantes, estableciéndose el concepto de calidad de vida relacionada con la salud y finalmente la calidad de vida relacionada con la salud bucal (11), esta última, se refiere a la relación entre condiciones orales con alimentación, nutrición, interacción social, funciones emocionales y psicológicas e incomodidad, discapacidad, y su impacto social y financiero (13). En 1994, Slade y Spencer (14) desarrollaron el Perfil de Impacto en la Salud Oral-49 (OHIP-49). Esta herramienta evalúa la frecuencia con la que un individuo experimenta problemas funcionales en su vida cotidiana como consecuencia de la presencia de condiciones orales. El OHIP-49 se ha traducido y

validado en varios países, y de manera importante para el presente estudio, ha sido validado en población mexicana (15) considerándose una herramienta psicométrica integral y aceptable (16-18). El OHIP-49 analiza 7 dimensiones: limitación funcional, dolor, incomodidad psicológica, inhabilidad física, inhabilidad psicológica, inhabilidad social e incapacidad, de especial relevancia para los objetivos del presente estudio, incomodidad psicológica e inhabilidad psicológica y social.

Aunque ha sido estudiado el impacto sobre la calidad de vida relacionada a salud oral que tienen algunas de las enfermedades de la mucosa oral asociadas a ansiedad y estrés, la información es escasa e incluso contradictoria. El OHIP-49 evalúa dimensiones que presumiblemente están asociadas a estrés y/o angustia. El estrés, como se mencionó anteriormente predispone al desarrollo de enfermedades autoinmunes orales debido al desbalance de citoquinas asociado a un incremento en los niveles de cortisol (4). Además, se ha sugerido que la respuesta de compensación fisiológica continua al estrés crónico conduce a un desgaste fisiológico denominado carga alostática. Según la teoría alostática, esta activación acumulativa y repetida puede conducir a un estado de desregulación multisistémica, de los parámetros neuroendocrinos, metabólicos, inflamatorios o cardiovasculares. La desregulación fisiológica general podría tener efectos negativos en la salud oral, desencadenando enfermedades orales o deteriorando una enfermedad en curso (19).

La hipótesis del presente trabajo es que algunas EOA-E un impactan negativamente la calidad de vida específicamente en las dimensiones relacionadas a aspectos psicológicos. Por lo que el principal objetivo es establecer el impacto que sobre la calidad de vida tienen algunas enfermedades de la mucosa oral relacionadas a estrés, específicamente liquen plano, estomatitis aftosa recurrente y síndrome de boca dolorosa, comparada con la mostrada por sujetos que acuden

a tratamiento dental pero que no presentan este tipo de enfermedades de la mucosa oral.

MATERIALES Y MÉTODOS

Posterior a la aprobación del protocolo por el comité de ética de la Facultad de Odontología, UNAM, número de referencia CIE/0610/11/2018, se realizó un estudio epidemiológico, analítico de tipo casos y controles en la Clínica de Medicina y Patología Bucal de la División de Estudios de Posgrado e Investigación, Facultad de Odontología, UNAM, utilizando para tal fin un muestreo no probabilístico por conveniencia utilizando la muestra total disponible, dado que son enfermedades de baja prevalencia. Los criterios de inclusión fueron, pacientes mayores de edad que desearan participar sin importar su género. Los pacientes con daño mental o físico que no les permitiera responder durante la entrevista fueron excluidos. A pesar que este estudio se consideró como "sin riesgo", a todos los participantes se les solicitó la firma del consentimiento válidamente informado que garantizaba la confidencialidad en el manejo de los datos y la posibilidad de retirarse del estudio en cualquier momento. Por lo tanto, cada sujeto remitido por primera vez a la Clínica de Medicina y Patología Bucal fue invitado a participar en la investigación y recibió explicaciones sobre el propósito del estudio, el alcance y el procedimiento a seguir. En el grupo casos se incluyeron aquellos que tuvieran diagnóstico clínico de liquen plano oral (LPO), síndrome de boca dolorosa (SBD) y estomatitis aftosa recurrente (EAR), siempre y cuando no hubieran estado bajo tratamiento médico por lo menos 6 meses previos a su inclusión en el presente estudio. En el grupo control se incluyeron sujetos que no tuvieran diagnóstico de neoplasia (benigna o maligna) o lesión premaligna en cualquier parte de la mucosa bucal y fueron pareados por edad y género con respecto al grupo de casos, dos controles por caso. El diagnóstico clínico fue establecido de manera independiente a los objetivos principales

de este estudio y fue realizado por expertos en medicina bucal. El periodo de recolección de datos fue de dos años que comprendió de enero de 2017 a diciembre de 2018. En ese momento se realizó un cuestionario sobre datos demográficos. Posteriormente, se aplicó el cuestionario del Perfil de Impacto en la Salud Oral, los ítems consistentes en su versión en español validado en población mexicana (OHIP-49mx) (15). Las respuestas fueron codificadas en una escala tipo Likert que evalúa rangos del 0 (nunca) al 4 (casi siempre). La puntuación final varió en un intervalo de 0 a 196 y fue calculado mediante el método aditivo de respuestas registradas por reactivo. Las posibles puntuaciones por dimensión fueron: de 0 a 36 para limitación funcional, dolor e inhabilidad física, de 0 a 24 inhabilidad psicológica e incapacidad, de 0 a 20 para incomodidad psicológica e inhabilidad social. Para determinar el impacto negativo en la calidad de vida se utilizó el percentil 50 (mediana) de toda la población estudiada ($n = 63$), siguiendo la recomendación de Villanueva-Vilchis *et al.* (1). Por lo tanto, aquellos valores mayores que los 50 percentiles (mediana) se consideraron como una calidad de vida deficiente. Como parte del protocolo clínico, todos los pacientes fueron examinados exhaustivamente por un experto en medicina y patología oral utilizando espejos dentales bajo luz artificial. De ser necesario, los diagnósticos clínicos fueron corroborados histopatológicamente.

ANÁLISIS DE LOS DATOS

Se realizó un análisis descriptivo para las variables sociodemográficas, para el OHIP-49 se evaluó normalidad mediante la prueba Shapiro-Francia. Se obtuvieron medidas de tendencia central. Con la finalidad de identificar posibles diferencias entre casos y controles por dimensión y dado que no se cumplieron los supuestos de normalidad se utilizó la prueba U de Mann-Whitney; adicionalmente se utilizó prueba

Chi2 ($p < 0.05$ IC95%) para establecer posibles asociaciones y regresión logística para obtener la Razón de Momios, utilizando para tal fin el programa estadístico SPSS® 25.0.

RESULTADOS

Se incluyeron en el presente estudio 63 sujetos, 21 casos y 42 controles. Los diagnósticos para los casos incluyeron: 13 (62%) con liquen plano oral, 5 (24%) con síndrome de boca dolorosa, 3 (14%) estomatitis aftosa recurrente; mientras que los diagnósticos más frecuentes para el grupo control fueron: 25 sanos, 7 con úlceras traumáticas, 3 con Candidiasis eritematosa (protésica), el total de diagnósticos se muestra en la tabla 1. La distribución de acuerdo al género fue de 20 mujeres y un varón por lo que en consecuencia hubo 40 mujeres y 2 varones en el grupo control. El promedio de edad del grupo casos fue de 56.67 ± 14.10 años y el promedio de edad del grupo control fue de 56.55 ± 14.21 años.

La tabla 2 muestra la media del valor total del OHIP-49 (56.81 ± 40) y por cada una de sus dimensiones en los 63 sujetos involucrados en el estudio, así como por grupo de estudio. Como se puede observar en la tabla, las medianas obtenidas por cada grupo respecto a las dimensiones de incomodidad psicológica, inhabilidad física, incapacidad y el valor total del instrumento, fueron más altos en el Grupo Casos que en el Grupo Control, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.05$).

Por otra parte, se observó que todos los puntajes son mayores en el grupo Casos, lo que evidencia que hay un impacto negativo sobre la calidad de vida en todas las dimensiones OHIP de los pacientes con diagnóstico de EOA-E. Es necesario hacer notar que los segmentos inhabilidad física, inhabilidad psicológica, inhabilidad social e

incapacidad mostraron las más grandes diferencias relativas con respecto a los controles. De tal manera que la media para incapacidad es 274% más alto que la media obtenida en los controles (7.30 vs 1.97 respectivamente) ($p = 0.002$); mientras que el promedio de los puntajes de la dimensión inhabilidad social en el grupo casos es 192.8% mayor el obtenido en el grupo Control (4.95 vs 1.69 respectivamente). Las diferencias relativas que mostraron significancia estadística son incomodidad psicológica ($p = 0.027$), inhabilidad física ($p = 0.004$), incapacidad ($p = 0.002$) y el valor total OHIP ($p = 0.03$) que se muestra en la tabla 2.

La distribución de sujetos en relación al impacto sobre la calidad de vida (buena o mala) de cada dimensión se muestra en la tabla 3. Se puede

observar que existe asociación entre el padecer una EOA-E y mala calidad de vida relacionada a salud oral.

Debido a que únicamente se observó asociación estadística en las dimensiones de inhabilidad física e incapacidad se decidió realizar una regresión logística, controlando por edad. Los resultados muestran que los sujetos que padecen una enfermedad asociada al estrés y ansiedad incrementan 3 veces más la posibilidad de tener mala calidad de vida ($p = 0.026$) específicamente en la dimensión de inhabilidad física, (tabla 4), mientras que para la dimensión de incapacidad (tabla 5) se incrementa 4.8 veces más esta posibilidad ($p = 0.003$) comparada con aquellos que no padecen estas enfermedades.

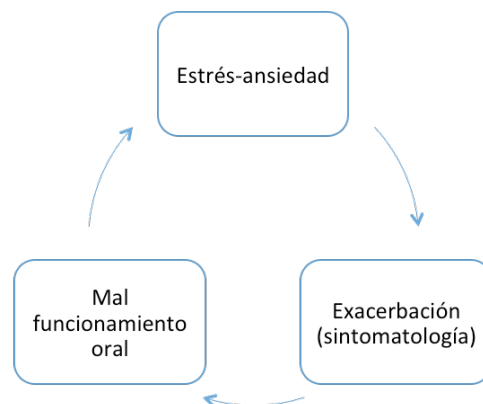


Figura 1. Círculo vicioso.

Tabla 1. Diagnósticos y motivos de consulta de los sujetos involucrados en el estudio.

	Grupo Control n=42 (100%)		Grupo Casos n=21 (100%)
Sanos	25 (59.5%)	Liquen plano	13 (61.9%)
Úlceras traumáticas	7 (16.6%)	Síndrome de boca dolorosa	5 (23.8%)
Candidiasis eritematosa	3 (7.1%)	Estomatitis aftosa recurrente	3 (14.2%)
Hiperplasia fibrosa	2 (4.7%)		
Épulis fisuratum	2 (4.7%)		
Pigmentación por amalgama	1 (2.3%)		

Tabla 2. Estadísticas descriptivas del OHIP-49 por dimensiones en casos y controles

Dimensiones	Total N=63	Casos n=21	Controles n=42	p
Limitación funcional	15.52 (± 8.53) Me=16.00	17.28 (± 9.83) 17.00	14.64 (± 7.79) 16.00	0.369
Dolor	12.44 (± 7.60) Me=12.00	15.04 (± 8.48) 13.00	11.14 (± 6.86) 10.50	0.120
Incomodidad psicológica	7.00 (± 5.94) Me=7.00	9.66 (± 6.96) 9.00	5.66 (± 4.92) 6.00	0.027
Inhabilidad física	9.80 (± 8.86) Me=8.00	14.42 (± 9.54) 14.00	7.50 (± 7.62) 6.00	0.004
Inhabilidad psicológica	5.48 (± 6.62) Me=2.00	8.09 (± 8.23) 4.00	4.16 (± 5.29) 2.00	0.062
Inhabilidad social	2.78 (± 4.89) Me=0.00	4.95 (± 6.93) 0.00	1.69 (± 3.02) 0.00	0.103
Incapacidad	3.78 (± 5.49) Me=2.00	7.38 (± 7.28) 6.00	1.97 (± 3.13) 0.00	0.002
Total OHIP	56.81 (± 40.13) Me=52.00	76.85 (± 50.3) 74.00	46.78 (± 29.87) 45.00	0.03

Me = mediana, $\pm$ = desviación estándar, p= significancia estadística 95% para comparación de medianas entre casos y controles U de Mann-Whitney.

Tabla 3. Calidad de vida de acuerdo al OHIP-49 en casos y controles.

Calidad de vida	Limitación funcional	Dolor	Incomodidad psicológica	Inhabilidad física	Inhabilidad psicológica	Inhabilidad social	Incapacidad	Total OHIP
Buena	10 (47.6%)	10 (47.6%)	8 (38.1%)	7 (33.3%)	9 (42.9%)	11 (52.4%)	7 (33.3%)	8 (38.1%)
Mala	11 (52.4%)	11 (52.4%)	13 (61.9%)	14 (66.7%)	12 (57.1%)	10 (47.6%)	14 (66.7%)	13 (61.9%)
Buena	25 (59.5%)	24 (57.1%)	24 (57.1%)	26 (61.9%)	24 (57.1%)	28 (66.7%)	31 (73.8%)	24 (57.1%)
Mala	17 (40.5%)	18 (42.9%)	18 (42.9%)	16 (38.1%)	18 (42.9%)	14 (33.3%)	11 (26.2%)	18 (42.9%)
RM	1.61	1.46	2.16	3.25	1.33	2.0	5.63	2.16
IC	0.49-5.30	0.45-4.79	0.66-7.36	1.01-11.52	0.43-4.11	0.58-6.78	1.58-20.80	0.66-7.36
P	0.370	0.474	0.154	0.032	0.575	0.208	0.002	0.154

RM: razón de momios, IC: intervalos de confianza 95%, p: significancia estadística 95% Chi2. *categoría de referencia

Tabla 4. Modelo de regresión logística binaria para dimensión inhabilidad física.

Variables del modelo	p	RM	IC 95%	R ² Cox y Snell
Género	0.555	0.466	0.037-5.888	0.200
Edad	0.008	1.068	1.017-1.122	
Diagnóstico	0.026	4.009	1.177-13.659	

Regresión logística RM para OHIP-49, ajustada por género, edad y diagnóstico. Referencia: género= 0 (femenino), edad(continua), diagnóstico=0(control).

Tabla 5. Modelo de regresión logística binaria para dimensión incapacidad.

Variables del modelo	p	RM	IC 95%	R ² Cox y Snell
Género	0.784	0.690	0.049-9.721	0.160
Edad	0.259	1.025	0.982-1.069	
Diagnóstico	0.003	5.887	1.842-18.817	

Regresión logística RM para OHIP-49, ajustada por género, edad y diagnóstico. Referencia: género= 0 (femenino), edad(continua), diagnóstico=0(control).

DISCUSIÓN

El propósito de este estudio fue comparar la calidad de vida relacionada en salud oral en un grupo de pacientes con EOA-E e identificar cual es la dimensión más impactada del instrumento OHIP-49.

Los resultados obtenidos, evidenciaron que el padecer LPO, EAR o SBD tiene un impacto negativo en la calidad de vida. El grupo Casos mostró valores más altos en todas las dimensiones que conforman el OHIP-49 y en consecuencia también en el valor total fue más alto en este grupo de estudio. Sin embargo, es necesario señalar que solo en las dimensiones incomodidad psicológica, inhabilidad física e incapacidad fueron estadísticamente significativas. En el caso de las dimensiones que no fueron estadísticamente significativas una posible justificación para este hecho radica en el tamaño de la muestra del grupo de casos para confirmar o no este supuesto debería incrementarse el número de casos. Además, en el modelo de regresión controlando por edad, el ser diagnosticado con una de estas enfermedades le confiere mayor posibilidad de tener una mala calidad de vida relacionada a salud oral, lo que refuerza esta asociación. Estos datos son similares a lo publicado por Tabolli *et al.* (7), sin embargo, estos autores utilizaron la versión simplificada del instrumento (OHIP-14) que aunque ha demostrado tener la misma validez interna al tener menos preguntas, puede estar limitado. En el grupo de pacientes estudiados, las dimensiones en las que se obtuvieron diferencias significativas en comparación con el grupo control fueron: incomodidad psicológica, inhabilidad física e incapacidad; lo que coincide en general con lo reportado por Lopez-Jornet *et al.* (5). La dimensión “incomodidad psicológica” hace referencia a preocupación, vergüenza, sensación de infelicidad, incomodidad con la apariencia propia y estrés por problemas bucales; la dimensión de “inhabilidad física” involucra la falta de claridad al pronunciar

algunas palabras, pérdida de sabor en los alimentos, incapacidad para conservar higiene bucal. En el caso de “inhabilidad social” hace alusión a falta de tolerancia, problemas en relaciones sociales, irritabilidad con otras personas y dificultades en labores habituales; por último, el segmento “incapacidad” se refiere a la sensación de salud general debilitada, pérdidas económicas, menor satisfacción por la vida. Estas características ponen en evidencia que los pacientes que padecen LPO, EAR y SBD muestran importante disminución de la calidad de vida asociada. Debido a sus asociaciones con problemas psicológicos y/o de personalidad es imperativo su atención psicológica con la finalidad de lograr el manejo adecuado de sus emociones. Uno de los síntomas principales de estas enfermedades son dolor y/o malestar que se traduce en limitación para realizar actividades cotidianas tales como comer, hablar y realizar higiene bucal.

Se ha reportado que el estrés produce un desgaste y desregulación fisiológica debido a que eleva los niveles de cortisol (4). De tal forma que si el paciente presenta repetidos o continuos episodios de estrés se activan continuamente mecanismos compensatorios fisiológicos, lo que podría desencadenar o alterar el curso de enfermedades orales (19), y en consecuencia ocasiona un efecto negativo sobre la salud oral. De tal forma que se ha sugerido que los factores psicológicos tienen un papel clave en el inicio y la perpetuación de varias afecciones de la mucosa oral (LPO y EAR) y de dolor orofacial (SBD) (20).

Se ha sugerido que el liquen plano cutáneo se puede desencadenar o exacerbar por períodos de estrés o angustia que presentan los pacientes. Esta relación se sustenta fisiológicamente por liberación de cortisol. Tan es así que se ha propuesto a este tipo de enfermedades como psico-dermatología. De la misma forma se ha sugerido que los perfiles psicológicos de los pacientes con LPO tienen una tendencia hacia las respuestas psicosomáticas

al estrés y que se tiene un mayor impacto en la exacerbación de la enfermedad que en el desarrollo inicial de la enfermedad (21). Nuestros resultados mostraron asociación entre LPO, EAR y SBD con mala calidad de vida específicamente en las dimensiones de inhabilidad física e incapacidad. Aunque el establecer causalidad rebasa los objetivos del presente trabajo, y debido a la posible bidireccionalidad de causa y efecto, en sujetos refractarios a tratamiento farmacológico podría ser útil considerar la intervención psicológica que permita contrarrestar los efectos del estrés y/o ansiedad. Por otra parte, la posibilidad de incorporar en el plan de tratamiento un examen que nos permita obtener información acerca de los perfiles de personalidad podría ser trascendente ya que permitiría identificar a los sujetos más vulnerables y así poder iniciar un tratamiento temprano e integral.

Por otro lado, el SBD, a diferencia del LPO y la EAR, no presenta signos clínicos, lo que hace más difícil el manejo de estos pacientes. Estudios previos han sugerido que los factores psicológicos tienen un rol en el desarrollo de esta enfermedad (22-25) ya que han obtenido puntuaciones significativamente más altas en somatización, personalidad obsesivo-compulsivo, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica y psicoticismo, que los sujetos control (26). Esta relación con trastornos psiquiátricos se debe continuar estudiando ya que interviene directamente en el entorno biopsicosocial de cada individuo (27). En la práctica clínica dental, es esencial poder contar con herramientas de tamizaje que permitan identificar a los sujetos que requieran una atención especializada para evitar un deterioro en la calidad de vida además de brindar al paciente la posibilidad de llegar a un equilibrio psicológico.

Reconocemos que la muestra fue tomada de una clínica de referencia por lo que las

generalizaciones están limitadas y se debió tomar en cuenta la variante clínica del LPO ya que cada variante clínica presenta diferentes signos y síntomas. Otra debilidad del estudio fue que no se incorporaron otras variables sociodemográficas que pueden tener una influencia directa en la calidad de vida como el nivel socioeconómico (19). El presente fue un estudio que incluyó a todos los pacientes con diagnóstico de LPO, EAR y SBD. Ha sido ampliamente reportado una asociación entre mujeres con LPO y SBD. Dentro de sus objetivos específicos no se incluyó establecer asociaciones o diferencias entre género y calidad de vida. Para establecer diferencias o asociaciones por género se debe de diseñar un protocolo expreso que incluya una muestra que contemple ambos géneros de manera equitativa. Sin embargo, dada la baja prevalencia de este tipo de entidades, se decidió establecer pareamiento por edad y género del grupo control. El análisis multivariado no mostró asociación con edad y como era de esperarse debido a la baja prevalencia de pacientes masculinos, tampoco con el género.

Concluimos que es necesario seguir estudiando este tipo de población, mediante otros instrumentos que permitan esclarecer que aspectos del individuo están afectados para así ofrecerles un mejor abordaje para el tratamiento de su enfermedad dado que en algunos casos la terapia local entra en una etapa refractaria afectando de manera significativa su calidad de vida.

AGRADECIMIENTOS

Al Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas Odontológicas y de la Salud -Universidad Nacional Autónoma de México y al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología- México que mediante el Programa Nacional de Posgrados de Calidad otorgó el apoyo a Diana Ivette Rivera Reza con CVU 725234 para la realización de este trabajo.

REFERENCIAS

1. Villanueva-Vilchis M. C., López-Ríos P., García I., Gaitán-Cepeda L. A. Impact of oral mucosa lesions on the quality of life related to oral health. An etiopathogenic study. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2016; 21 (2): e178-e84.
2. Dangore-Khasbage S., Khairkar P. H., Degwekar S. S., Bhowate, R. R., Bhake A. S., Singh A., Lohe V. K. Prevalence of oral mucosal disorders in institutionalized and non-institutionalized psychiatric patients: a study from AVBR Hospital in central India. *J Oral Sci*. 2012; 54 (1): 85-91.
3. Suresh K. V., Shenai P., Chatra L., Ronad Y. A., Bilahari, N, Pramod RC, Kumar SP. Oral mucosal diseases in anxiety and depression patients: Hospital based observational study from south India. *J Clin Exp Dent*. 2015; 7 (1): e95-9.
4. Lopez-Jornet P., Zavattaro E., Mozaffari H. R., Ramezani M., Sadeghi M. Evaluation of the Salivary Level of Cortisol in Patients with Oral Lichen Planus: A Meta-Analysis. *Medicina (Kaunas)*. 2019; 55: 213. doi: 10.3390/medicina55050213
5. 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.
6. Radwan-Oczko M., Zwyrtek E., Owczarek J. E., Szczesniak D. Psychopathological profile and quality of life of patients with oral lichen planus. *J Appl Oral Sci*. 2018; 26: e20170146.
7. Tabolli S., Bergamo F., Alessandroni 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): 314-320.
8. 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.
9. Al Shamrany M. Oral health-related quality of life: a broader perspective. *East Mediterr Health J*. 2006; 12 (6): 894-901.
10. Orley J., Saxena S.; WHOQOL Group. Quality of life assessment: The World Health Organization perspective. *Eur Psychiatry*. 1997; 12 (Suppl 3): 263s-6s.
11. Post MW. Definitions of quality of life: what has happened and how to move on. *Top Spinal Cord Inj Rehabil*. 2014; 20 (3): 167-80.
12. Urzua A. Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Rev Med Chile*. 2010; 138 (3): 358-65.
13. Sheiham A. Oral health, general health and quality of life. *Bull World Health Organ*. 2005; 83 (9): 644.
14. Slade G. D., Spencer A. J. Social impact of oral conditions among older adults. *Aust Dent J*. 1994; 39 (6): 358-64.
15. Castrejon-Perez R. C., Borges-Yanez, S. A., Irigoyen-Camacho M. E. Validación de un instrumento para medir el efecto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores mexicanos. *Rev Panam Salud Publica*. 2010; 27 (5): 321-29.
16. de Souza R. F., Terada A. S., Vecchia M. P., Regis R. R., Zanini A. P., Compagnoni M. A. Validation of the Brazilian versions of two inventories for measuring oral health-related quality of life of edentulous subjects. *Gerodontology*. 2012; 29 (2): e88-95.
17. Montero-Martin J., Bravo-Pérez M., Albaladejo-Martinez A., Hernández-Martin L. A., Rosel-Gallardo E. M. Validation the Oral Health Impact Profile (OHIP-14sp) for adults in Spain. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2009; 14 (1), E44-50.
18. Slusanschi O., Moraru R., Garneata L., Mircescu G., Cuculescu M., Preoteasa, E. Validation of a Romanian version of the short

- form of the oral health impact profile (OHIP-14) for use in an urban adult population. *Oral Health Prev Dent*. 2013; 11 (3): 235-42.
19. Barboza C. Can Biological Markers Partially Explain the Link Between the Social Environment and Oral Health?. *Odovtos Int J Dent Sc*. 2018;20:10-15.
 20. Alrashdan M. S., Alkhader M. Psychological factors in oral mucosal and orofacial pain conditions. *Eur J Dent*. 2017; 11 (4): 548-52.
 21. Ivanovski K., Nakova M., Warburton G., Pesevska, S., Filipovska A., Nares S., et al. Psychological profile in oral lichen planus. *J Clin Periodontol*. 2005; 32 (10): 1034-40.
 22. Imamura Y., Shinozaki 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; 46 (6): 574-87.
 23. Lamey P. J., Freeman R., Eddie S. A., Pankhurst C., Rees T. Vulnerability and presenting symptoms in burning mouth syndrome. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2005; 99 (1): 48-54.
 24. Schiavone V., Adamo D., Ventrella G., Morlino M., De Notaris E. B., Ravel M. G., Kusmann F., et al. Anxiety, depression, and pain in burning mouth syndrome: first chicken or egg? *Headache*. 2012; 52 (6): 1019-25.
 25. Tu T. T. H., Takenoshita M., Matsuoka H., Watanabe T., Suga T., Aota Y., et al. Current management strategies for the pain of elderly patients with burning mouth syndrome: a critical review. *Biopsychosoc Med*. 2019; 13:1. doi: 10.1186/s13030-019-0142-7
 26. Yoo H. S., Jin S. H., Lee Y. J., Song C. M., Ji Y. B., Tae K. The role of psychological factors in the development of burning mouth syndrome. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2018; 47 (3): 374-8.
 27. Souza F. T., Santos T. P., Bernardes V. F., Teixeira A. L., Kümmer A. M., Silva T. A., et al. The impact of burning mouth syndrome on health-related quality of life. *Health Qual Life Outcomes*. 2011; 9:57. doi: 10.1186/1477-7525-9-57



Attribution (BY-NC) - (BY) You must give appropriate credit, provide a link to the license, and indicate if changes were made. You may do so in any reasonable manner, but not in any way that suggest the licensor endorses you or your use. (NC) You may not use the material for commercial purposes.

Anexo

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
 Coordinación de Salud Pública Bucal
 Castrejon-Perez RC, Borges-Yáñez SA, Cruz-Hervert LP.

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	/___/