



**UNIVERSIDAD  
DE LOS ANDES  
V E N E Z U E L A**

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGÍA RESTAURADORA

**ASOCIACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y SALUD  
BUCAL EN PACIENTES ADULTOS EN  
LATINOAMÉRICA.**

**UNA REVISIÓN DE ALCANCE**

Trabajo Especial de Grado para optar al título de Odontólogo

Autor: Daniela Karina Carrillo Márquez

Tutor: Dra. Narda Samantha Tellez Canro

Cotutor: Dra. María Eugenia Pereyra

Mérida – Venezuela, agosto 2025

## AGRADECIMIENTOS

Llegar a este punto ha sido un viaje lleno de aprendizaje y dedicación, un camino que no habría sido posible sin el apoyo inquebrantable de quienes me rodean.

A Dios, por la salud, fortaleza y perseverancia que me concedió en cada etapa de este proceso. Su bendición ha sido una constante en mi camino.

A mi amada familia, gracias por ser mi pilar constante, por su paciencia infinita y su amor incondicional. Este logro es, sin duda, también de ustedes.

A mis queridas tutora y cotutora, su guía experta, su valiosa orientación y su fé en mi potencial fueron esenciales para dar forma a este trabajo; mi admiración y gratitud son inmensas.

Finalmente, a mis estimados profesores y asesores, agradezco profundamente su conocimiento, sus enseñanzas y cada consejo que consolidó los cimientos de esta investigación.

Gracias, de todo corazón.

www.bdigital.ula.ve

## Contenido

RESUMEN .....	vii
INTRODUCCIÓN .....	9
CAPÍTULO I .....	3
1.2    PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	3
1.2.1    Definición y contextualización del problema .....	3
1.3    Objetivos de la investigación .....	8
1.3.1    Objetivo general.....	8
1.3.2    Objetivos específicos .....	8
1.4    Justificación.....	8
CAPÍTULO II .....	10
MARCO TEÓRICO.....	10
2.2    Bases conceptuales.....	10
2.2.1    Calidad de vida .....	10
2.2.2    Salud bucal.....	10
2.2.3    Salud mental .....	11
2.2.4    Trastornos mentales .....	11
2.2.5    Clasificación de los trastornos mentales .....	11
2.2.6    Depresión .....	14
2.2.7    Clasificación de la depresión .....	15
2.2.8    Depresión y patologías en cavidad bucal.....	16
2.2.9    Dolor Orofacial crónico .....	17
2.2.10    Bruxismo.....	18
2.2.11    Trastornos de la Articulación Temporomandibular (TTM).....	19
2.2.12    Xerostomía.....	20
2.2.13    Síndrome de boca ardiente.....	21
2.2.14    Estomatitis aftosa recidivante (EAR) .....	22

2.2.15	Liquen plano bucal.....	23
2.2.16	Fármacos antidepresivos.....	23
2.2.17	Fármacos antidepresivos y la salud bucal.....	25
2.2.18	Instrumentos de evaluación de salud mental y bucal.....	27
2.2.19	Salud en Latinoamérica .....	31
2.2.20	Salud Mental en Latinoamérica .....	32
2.2.21	Salud Bucal en Latinoamérica .....	32
CAPÍTULO III.....		34
MARCO METODOLÓGICO.....		34
3.2	Nivel y diseño de investigación .....	34
3.2.1	Nivel de investigación .....	34
3.2.2	Diseño de investigación .....	34
3.3	Criterios de selección .....	35
3.3.1	Criterios de inclusión.....	35
3.3.2	Criterios de exclusión .....	35
3.4	Fuentes de información .....	35
3.4.1	Búsquedas electrónicas .....	35
3.5	Estrategia de búsqueda.....	35
3.6	Cribado y selección de los estudios .....	37
CAPÍTULO IV.....		39
RESULTADOS.....		39
4.2	Diagrama de flujo.....	39
4.3	Artículos excluidos en lectura de texto completo .....	40
4.4	Resultados .....	41
DISCUSIÓN .....		49
CONCLUSIÓN.....		67

## TABLAS

<b>Tabla 1</b> Descriptores y palabras clave organizados por categoría .....	36
<b>Tabla 2</b> Fuentes de información consultadas, estrategias de búsqueda, filtros aplicados y número de artículos obtenidos. ....	37
<b>Tabla 3</b> Flujo PRISMA modificado .....	39
<b>Tabla 4</b> Artículos excluidos tras la lectura de texto completo y razón de exclusión. ....	40
<b>Tabla 5</b> Resumen de los estudios incluidos.....	41

www.bdigital.ula.ve



UNIVERSIDAD DE LOS ANDES  
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA  
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGÍA RESTAURADORA

# ASOCIACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y SALUD BUCAL EN PACIENTES ADULTOS EN LATINOAMÉRICA. UNA REVISIÓN DE ALCANCE

Trabajo Especial de Grado para optar al título de Odontólogo

Autor: Daniela Karina Carrillo Márquez

Tutor: Dra. Narda Samantha Tellez Canro

Cotutor: Dra. María Eugenia Pereyra

Mérida – Venezuela, agosto 2025

## RESUMEN

**Introducción:** la salud bucal guarda relación estrecha con la salud en general, estudios indican que las alteraciones que se presentan en boca comprometen el bienestar de los individuos. **Objetivo:** Describir la posible asociación entre la depresión y la salud bucal en pacientes adultos en Latinoamérica mediante una revisión de alcance. **Metodología:** se realizó una revisión de 29 artículos publicados entre 2015 y 2025, incluyendo estudios de alta calidad de evidencia. **Resultados:** los estudios sugieren mayor prevalencia de caries, enfermedad periodontal, xerostomía y disfunción temporomandibular en pacientes con depresión. Esto se atribuye a factores como higiene oral deficiente, cambios en hábitos alimenticios y efectos de antidepresivos, destacando la interacción bidireccional entre ambas. **Conclusiones:** existe una asociación entre la depresión y el deterioro de la salud bucal en adultos, por esto surge la necesidad de enfoques integrales e interdisciplinarios en su atención.

**Palabras clave:** asociación, depresión, salud bucal, antidepresivos, enfermedades bucales.



UNIVERSIDAD DE LOS ANDES  
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA  
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGÍA RESTAURADORA

# ASOCIACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y SALUD BUCAL EN PACIENTES ADULTOS EN LATINOAMÉRICA. UNA REVISIÓN DE ALCANCE

Trabajo Especial de Grado para optar al título de Odontólogo

Autor: Daniela Karina Carrillo Márquez

Tutor: Dra. Narda Samantha Tellez Canro

Cotutor: Dra. María Eugenia Pereyra

Mérida – Venezuela, agosto 2025

www.bdigital.ula.ve

## ABSTRACT

**Introduction:** Oral health is closely related to general health; studies indicate that alterations present in the mouth compromise individuals' well-being. **Objective:** To describe the possible association between depression and oral health in adult patients in Latin America through a scoping review. **Methodology:** A review of 29 articles published between 2015 and 2025 was conducted, including high-quality evidence studies. **Results:** Studies suggest a higher prevalence of dental caries, periodontal disease, xerostomia, and temporomandibular dysfunction in patients with depression. This is attributed to factors such as poor oral hygiene, changes in eating habits, and antidepressant effects, highlighting the bidirectional interaction between both. **Conclusions:** There is a possible association between depression and the deterioration of oral health in adults, which underscores the need for comprehensive and interdisciplinary approaches in their care.

**Keywords:** association, depression, oral health, antidepressants, oral diseases.

## INTRODUCCIÓN

La salud se compone del bienestar físico, mental y social del individuo y este estado es fundamental para el desarrollo pleno a lo largo de su vida, pero muchas veces influyen condiciones y padecimientos que afectan la salud y deterioran la calidad de vida.

Las afecciones bucales y la depresión forman parte de estos padecimientos, estudios previos e informes de importantes organizaciones mundiales han determinado el aumento considerable de estas dos condiciones y su probable asociación.

La salud bucodental es considerada como un indicador de salud y bienestar general en las personas, en la cavidad bucal tienen repercusiones distintas condiciones sistémicas, así como los tratamientos para distintas patologías.

Por su parte, la depresión es una de las enfermedades más prevalentes a nivel mundial. Los pacientes con depresión están propensos a desarrollar enfermedades bucodentales debido a su propio estado, porque disminuyen su autoestima y autocuidado, descuidan los hábitos alimenticios y tienen un alto riesgo de recurrir a hábitos nocivos. Además, el uso de antidepresivos también posiblemente se relaciona con alteraciones en cavidad bucal.

Algunas de las condiciones influenciadas por factores psicosomáticos incluyen: dolor orofacial crónico, bruxismo, Trastornos de la Articulación Temporo-Mandibular (TTM), xerostomía, síndrome de boca ardiente, estomatitis aftosa recidivante y liquen plano bucal. Estas condiciones pueden manifestarse físicamente como trastornos orales o maxilofaciales, sin una causa física clara.

En consecuencia, mediante una búsqueda electrónica de la información disponible en inglés, portugués y español en las bases de datos, directorios de revistas y buscadores de acceso abierto se encontraron estudios mundiales sobre la asociación entre la depresión y la salud bucal, pero no se encontró un estudio específico que abordara el tema en Latinoamérica. Es por esto, que este estudio busca describir la posible asociación entre la depresión y la salud bucal en pacientes adultos en Latinoamérica.

Se trata de un estudio que corresponde a una revisión de alcance, nivel de investigación descriptiva y diseño documental. Las revisiones de alcance se realizan como una etapa previa a una revisión sistemática para mapear conceptos clave, aclarar definiciones y límites conceptuales o abordar áreas más amplias de un tema, a partir de la búsqueda de estudios en bases de datos reconocidas, que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos.

A continuación, el presente Trabajo Especial de Grado está estructurado en capítulos conformados de la siguiente manera: capítulo I expresa el planteamiento del problema, con la definición y la contextualización del problema; objetivo general y objetivos específicos; y por último la justificación. El capítulo II, marco teórico, incluye las bases conceptuales. En el capítulo III, el marco metodológico que describe el nivel y diseño de la investigación; criterios de selección (inclusión y exclusión); fuentes de información; estrategia de búsqueda: descriptores (DeSC y MeSH), operadores lógicos, cribado y selección de los estudios; y finalmente la extracción de datos. El capítulo IV presenta los resultados, el diagrama de flujo y los artículos excluidos en lectura de texto completo. Seguidamente, discusión y conclusión.

## **CAPÍTULO I**

### **1.2 Planteamiento del problema**

#### **1.2.1 Definición y contextualización del problema**

La salud bucal es parte fundamental de la salud en general y por tanto es un componente de la calidad de vida.(1) La cavidad bucal es el primer órgano del aparato digestivo y gracias a ella se reciben, trituran y digieren los alimentos. También, participa activamente en la percepción del sabor y en la respiración. Permite hablar y realizar distintos gestos y sonidos a través de los cuales es posible la comunicación con las demás personas.(2)

Diversos estudios han propuesto que la salud bucal guarda relación con la calidad de vida y con la salud en general, se ha estudiado que las alteraciones que se presentan en la boca comprometen el bienestar funcional, social y psicológico de los individuos.(3–5)

En consecuencia, la salud física y mental son parte de las dimensiones de la calidad de vida de los individuos. La salud mental es un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, aprender, trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad. Es parte fundamental de la salud y el bienestar que sustenta las capacidades individuales y colectivas para tomar decisiones, establecer relaciones y contribuir activamente a la sociedad. La salud mental es, además, un derecho humano fundamental y un elemento esencial para el desarrollo personal, comunitario y socioeconómico.(5)

Las afecciones de salud mental comprenden trastornos mentales y discapacidades psicosociales, así como otros estados mentales asociados a un alto grado de angustia, discapacidad funcional o riesgo de conducta autolesiva.(6,7)

En enero de 2022, la Organización Mundial de la Salud (OMS) aprobó la 11<sup>a</sup> Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11), clasificando los trastornos mentales en: trastornos del neurodesarrollo, espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, trastorno bipolar y trastornos relacionados, trastornos de ansiedad, trastorno obsesivo compulsivo, trastornos relacionados con el trauma y el estrés, trastornos disociativos, síntomas somáticos y trastornos relacionados, trastornos alimenticios, trastornos de eliminación, trastornos del ritmo circadiano, disfunciones sexuales, disforia de género, trastornos de mal comportamiento, control de los impulsos y de la conducta, trastornos relacionados con las sustancias y las adicciones, trastornos neurocognitivos, trastornos de personalidad, trastornos parafílicos y trastornos depresivos.(6,8–11)

En tal sentido, la depresión es un trastorno mental frecuente y debilitante, caracterizado por pérdida de energía, anhedonia, incapacidad para concentrarse, disminución de la libido y sentimientos de tristeza y desesperanza que interfieren con las actividades diarias de los individuos. Algunas de las causas de depresión son biológicas (factores genéticos), sociales (estrés) o psicológicas (experiencias tempranas negativas).(8,12,13)

Entre los síntomas frecuentes de la depresión se incluyen: sentimientos persistentes de tristeza, ansiedad o “vacío”, desesperanza o pesimismo, irritabilidad, frustración, intranquilidad, culpabilidad, inutilidad, impotencia, pérdida de interés o placer en las actividades y los pasatiempos, fatiga, disminución de energía o sensación de estar más lento, dificultad para concentrarse, recordar o tomar decisiones, dificultad para dormir, despertarse temprano en la mañana o dormir demasiado, cambios en el apetito o en el peso sin haberlos planificado, dolores y molestias, dolor de cabeza, calambres o problemas digestivos sin una causa física aparente, o que no alivian con tratamiento, intentos de suicidio o pensamientos sobre la muerte o el suicidio.(8,13–15)

Se estima que el 3,8% de la población experimenta depresión, es 50% más frecuente en mujeres que en hombres y en individuos mayores de 60 años. A escala mundial, aproximadamente 280 millones de personas sufren depresión.(14)

Existen tratamientos conocidos y eficaces contra los trastornos mentales, sin embargo, más del 75% de las personas afectadas en los países de ingreso bajo y mediano no reciben tratamiento alguno. Entre los obstáculos a una atención eficaz cabe destacar la falta de inversión en atención de salud mental y de proveedores de atención de salud capacitados, así como la estigmatización asociada a los trastornos mentales.(8,16)

En 2020, los casos de depresión grave y ansiedad se incrementaron un 28% y 26%, respectivamente. Las mujeres se vieron más afectadas que los hombres, y los jóvenes más que los grupos de mayor edad, producto de la pandemia por COVID-19 que amenazó la salud y la vida de la población. La pandemia no sólo causó daños físicos, sino que también afectó la salud mental de la población; la cuarentena obligatoria, el autoaislamiento, los despidos laborales, los conflictos familiares o el duelo de los seres queridos, llevaron a la población en general a experimentar diversas alteraciones psicológicas como la depresión.(17,18)

Según cifras de la OMS la depresión es la segunda causa de discapacidad a nivel mundial y se estima que en 2030 será la primera causa, si no existen cambios en las estrategias para atenderla a tiempo, porque afecta en los ámbitos emocional, laboral, social y económico.(8,19)

Por otra parte, los síntomas de depresión repercuten en la salud bucodental de las personas e interfieren en su autoestima, alterando el pronóstico de tratamiento de su enfermedad mental. El 61% de los pacientes con depresión sufre dolor dental y el 50% considera que no tiene una buena salud oral, el aumento de niveles sanguíneos de cortisol por el trastorno mental y el componente inflamatorio incrementan el riesgo

de enfermedad periodontal, TTM con dolor y limitación de movimientos mandibulares.(20)

Distintos estudios demuestran que la asociación entre la salud bucal y la depresión pueden influir en dos sentidos en los pacientes: por un lado, un mal estado de la salud bucal puede generar un impacto en la persona al afectar su estado psicológico produciendo una baja autoestima y angustia, y, por otro lado, un estado de angustia puede provocar una pérdida de la energía afectando las actividades de autocuidado diario, como el cepillado dental o el proceso de alimentación.(20–22)

El tratamiento ideal para la depresión, dependerá de las características específicas del paciente y será, como siempre, personalizado. Básicamente, el tratamiento se compone de psicoterapia y farmacoterapia.(15)

Con la psicoterapia, se ofrece seguridad, confianza, comprensión y apoyo emocional; se intentan corregir los pensamientos distorsionados; se explica el carácter temporal y se desdramatiza la situación; se consigue la participación del paciente en el proceso curativo y, por último, se enseña a prever las posibles recaídas.(15)

Como tratamiento farmacológico se utilizan antidepresivos, ansiolíticos y otros fármacos coadyuvantes, como las hormonas tiroideas, el carbonato de litio o psicoestimulantes.(15)

Los antidepresivos son medicamentos que ayudan a aliviar los síntomas de depresión y de otros trastornos de salud mental como la ansiedad. También se emplean para tratar otras afecciones, incluso el dolor crónico y los trastornos del sueño. En general, los antidepresivos obran en los mensajeros químicos como los neurotransmisores, que intervienen en la regulación del estado de ánimo, las facultades cognitivas y otras funciones (como el comportamiento, el sueño y la memoria). Estos fármacos surten efecto al cambiar los niveles y la actividad de neurotransmisores como la serotonina, norepinefrina y dopamina.(23)

El uso de cualquier fármaco implica reacciones adversas. Los fármacos antidepresivos no escapan a esta realidad.(24) Los efectos secundarios de los antidepresivos incrementan el riesgo de caries y de enfermedades periodontales, esto es debido a que muchos de estos fármacos producen como efecto secundario una disminución en la producción de saliva. Además, los pacientes depresivos tienen un alto riesgo de hábitos nocivos (tabaco, alcohol, drogas, etc.) todos ellos perjudiciales para la salud bucal.(25)

Con respecto a la investigación, se evidenció que las fuentes de información consultadas contienen artículos, informes de organizaciones mundiales, estudios observacionales, revisiones sistemáticas y metaanálisis que abordan la asociación entre la depresión y la salud bucal de pacientes adultos.(24–30) Adicionalmente, se encontraron estudios publicados sobre el efecto de la depresión en la percepción de la salud bucal y calidad de vida en un grupo de pacientes geriátricos en México,(3,31) sobre la asociación de variaciones de salud bucal con síntomas depresivos en pacientes mayores en Brasil,(21) acerca del nivel de depresión de un grupo de gestantes y el nivel de higiene oral que poseen estas pacientes en Perú,(32) en relación a la calidad de vida, la salud oral y los síntomas depresivos de acuerdo al sexo en México(33) y una revisión sistemática sobre las dimensiones de la salud oral en la calidad de vida de las personas mayores en Chile,(20)

Como se describió, se han encontrado estudios mundiales y nacionales en países latinoamericanos(3,20,24–33), sin embargo, no se han encontrado estudios que aborden esta asociación sólo en Latinoamérica, desde el punto de vista regional. Por esto, surge la necesidad de realizar una revisión de alcance sobre la asociación entre la depresión y la salud bucal en pacientes adultos que mapee y compile la información disponible en estudios y publicaciones en pacientes en Latinoamérica.

### **1.3 Objetivos de la investigación:**

#### **1.3.1 Objetivo general**

Describir la posible asociación entre la depresión y la salud bucal en pacientes adultos en Latinoamérica partir de una revisión de alcance.

#### **1.3.2 Objetivos específicos**

Determinar la posible asociación entre los síntomas de depresión con el estado de salud bucal en los pacientes adultos.

Precisar la posible asociación de los fármacos antidepresivos con estados de enfermedad en la cavidad bucal.

Describir la posible asociación entre patologías de la cavidad bucal como: dolor orofacial crónico, bruxismo, trastornos de la Articulación Temporo-Mandibular (TTM), xerostomía, síndrome de boca ardiente, estomatitis aftosa recidivante y liquen plano bucal y la depresión.

### **1.4 Justificación:**

A continuación, se presentan las razones que justifican la realización de esta investigación:

En primer lugar, la revisión de la literatura indica que se han realizado estudios sobre la asociación entre la depresión y la salud bucal, las repercusiones del cuadro depresivo y la medicación en el estado de salud bucal del paciente en diferentes partes del mundo, considerando que es un tema con una alta prevalencia y repercusión en la actualidad. Sin embargo, no se ha encontrado un estudio en Latinoamérica que sintetice los artículos disponibles sobre esta asociación en la región con la rigurosidad necesaria.

En segundo lugar, teniendo en cuenta que según cifras de la OMS la depresión es la segunda causa de discapacidad a nivel mundial(19,34), es necesario analizar si la

asociación entre la depresión y la salud bucal en los pacientes es similar o no en Latinoamérica y a nivel mundial. Teniendo en cuenta que los estudios realizados a nivel mundial son hechos en países desarrollados, resulta importante conocer como es esta asociación en países latinoamericanos en vías de desarrollo, en donde el acceso a la salud es más limitado, los sistemas de salud son más precarios y existen pocas medidas de prevención.

En tercer lugar, interpretar si las condiciones y patologías bucales generadas por la depresión y su medicación en Latinoamérica son similares a las reportadas en los resultados de los estudios mundiales para generar conciencia y aunar a que se hagan más estudios en esta región.

Finalmente, este estudio busca generar conciencia sobre la necesidad de conocer la asociación entre la depresión y la salud bucal en Latinoamérica y profundizar la investigación en la Universidad de Los Andes (ULA) sobre las enfermedades mentales, en especial la depresión, debido a que hay un alto índice de esta condición mental y las cifras mundiales cada vez son más alarmantes, para así implementar políticas académicas en donde el estudiante comprenda la asociación entre la depresión y la salud bucal.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.2 Bases conceptuales**

##### **2.2.1 Calidad de vida:**

Según la OMS, la calidad de vida se define como la percepción individual de las personas sobre su posición en la vida dentro del contexto de su cultura y los sistemas de valores con los que viven, así como también respecto de sus objetivos, expectativas y preocupaciones.(35–37)

Es un concepto amplio que se ve afectado por la salud física, el estado psicológico, el grado de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales, religiosas y la relación con el medio ambiente de una persona.(36,37)

##### **2.2.2 Salud bucal:**

La OMS define la salud bucodental como el estado de la boca, los dientes y las estructuras bucofaciales que permite a las personas realizar funciones básicas, como comer, respirar y hablar. Afecta dimensiones psicosociales, como la confianza en sí mismo, el bienestar y la capacidad de socializar y trabajar sin dolor, incomodidad ni vergüenza. La salud bucodental varía a lo largo de la vida, desde la temprana edad hasta la vejez, es parte integral de la salud general y ayuda a las personas a participar en la sociedad y alcanzar su potencial.(34)

Las enfermedades bucodentales son un problema importante de salud pública para los países y poblaciones de todo el mundo. Estas son las más extendidas de todas las afecciones y enfermedades de la humanidad.(4,34)

Las enfermedades bucodentales no tratadas afectan a casi la mitad de la población mundial. El número de casos mundiales se ha incrementado en 1000 millones en los

últimos 30 años –indicio claro de que muchas personas no tienen acceso a una atención bucodental adecuada. Las enfermedades bucodentales no tratadas tienen consecuencias graves y debilitantes (síntomas físicos, limitaciones funcionales y efectos que van en detrimento del bienestar emocional, mental y social).(1,33,34)

### **2.2.3 Salud mental:**

La salud mental es un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad. Es parte fundamental de la salud y el bienestar que sustenta nuestras capacidades individuales y colectivas para tomar decisiones, establecer relaciones y dar forma al mundo en el que vivimos. La salud mental es, además, un derecho humano fundamental. Y un elemento esencial para el desarrollo personal, comunitario y socioeconómico.(5)

### **2.2.4 Trastornos mentales:**

Un trastorno mental se caracteriza por una alteración clínicamente significativa de la cognición, la regulación de las emociones o el comportamiento de un individuo. Por lo general, va asociado a angustia o a discapacidad funcional en otras áreas importantes. También se denominan problemas de salud mental, aunque este último término es más amplio y abarca los trastornos mentales, las discapacidades psicosociales y (otros) estados mentales asociados a una angustia considerable, discapacidad funcional o riesgo de conducta autolesiva.(6)

### **2.2.5 Clasificación de los trastornos mentales:**

En enero de 2022 entró en vigor la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-11, según la cual los trastornos mentales se clasifican en:

- **Trastornos del neurodesarrollo:** abarca una amplia gama de problemas que generalmente comienzan en la infancia o niñez, a menudo antes de que el niño comience la escuela primaria. Algunos ejemplos incluyen el

trastorno del espectro autista, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y trastornos del aprendizaje.

- **Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos:** causan pérdida de contacto con la realidad, como delirios, alucinaciones, pensamiento y habla desorganizados. El ejemplo más notable es la esquizofrenia, aunque a veces se pueden asociar otras clases de trastornos con la pérdida de contacto con la realidad.
- **Trastorno bipolar y trastornos relacionados:** incluyen trastornos con episodios alternados de manía (períodos de actividad excesiva, energía y excitación) y depresión.
- **Trastornos depresivos:** incluyen trastornos que impactan significativamente el estado emocional de un individuo, alterando su percepción de tristeza y felicidad. Estas condiciones pueden mermar considerablemente la capacidad de la persona para desenvolverse en su vida diaria. Dentro de esta categoría se encuentran, por ejemplo, el trastorno depresivo mayor y el trastorno disfórico premenstrual.
- **Trastornos de ansiedad:** la ansiedad es una emoción caracterizada por la anticipación de un futuro peligro o desgracia, junto con una preocupación excesiva. Puede incluir comportamientos con el objeto de evitar situaciones que causan ansiedad. Esta clase incluye el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de pánico y las fobias.
- **Trastorno obsesivo compulsivo y trastornos relacionados:** implican preocupaciones u obsesiones y pensamientos y acciones repetitivos. Algunos ejemplos incluyen el trastorno obsesivo compulsivo, el trastorno de acumulación y la tricotilomanía.
- **Trastornos relacionados con el trauma y el estrés:** son trastornos de adaptación en los cuales una persona tiene problemas para lidiar con una situación estresante de la vida durante o después de esta. Algunos ejemplos incluyen el trastorno de estrés postraumático (TEPT) y el trastorno de estrés agudo.

- **Trastornos disociativos:** el sentido de sí mismo se ve alterado, como el trastorno de identidad disociativa y la amnesia disociativa.
- **Síntomas somáticos y trastornos relacionados:** pueden tener síntomas físicos que causan una gran angustia emocional y problemas de funcionamiento. Puede o no haber otra afección médica diagnosticada asociada con estos síntomas, pero la reacción a los síntomas no es normal. Los trastornos incluyen el trastorno de síntomas somáticos, el trastorno de ansiedad por enfermedad y el trastorno facticio.
- **Trastornos alimenticios y de la alimentación:** incluyen problemas relacionados con la alimentación que afectan la nutrición y la salud, como la anorexia nerviosa y el trastorno por atracones.
- **Trastornos de eliminación:** se relacionan con la eliminación inadecuada de orina o heces por accidente o a propósito. Mojar la cama (enuresis) es un ejemplo.
- **Trastornos del ritmo circadiano:** trastornos del sueño lo suficientemente graves como para requerir atención clínica, como el insomnio, la apnea del sueño y el síndrome de las piernas inquietas.
- **Disfunciones sexuales:** incluyen trastornos de la respuesta sexual, como la eyaculación precoz y el trastorno orgásmico femenino.
- **Disforia de género:** se refiere a la angustia que acompaña al deseo declarado de una persona de ser de otro género.
- **Trastornos de mal comportamiento, control de los impulsos y de la conducta:** incluyen problemas de autocontrol emocional y conductual, como la cleptomanía o el trastorno explosivo intermitente
- **Trastornos relacionados con las sustancias y las adicciones:** incluyen problemas asociados con el uso excesivo de alcohol, cafeína, tabaco y drogas. Esta clase también incluye el trastorno del juego compulsivo.
- **Trastornos neurocognitivos:** afectan la capacidad para pensar y razonar. Estos problemas cognitivos adquiridos (en lugar de problemas de

desarrollo) incluyen el delirio, así como trastornos neurocognitivos debidos a afecciones o enfermedades como lesiones cerebrales traumáticas o la enfermedad de Alzheimer.

- **Trastornos de personalidad:** implican un patrón duradero de inestabilidad emocional y comportamiento poco saludable que causa problemas en la vida y en las relaciones. Algunos ejemplos son los trastornos límite, antisocial y narcisista de la personalidad.
- **Trastornos parafilicos:** incluyen el interés sexual que causa angustia o impedimento personal o causa daño potencial o real a otra persona. Algunos ejemplos son el trastorno de sadismo sexual, el trastorno voyerista y el trastorno pedófilo.
- **Otros trastornos mentales:** incluyen los trastornos mentales que se deben a otras afecciones médicas o que no cumplen con todos los criterios de uno de los trastornos mencionados anteriormente.(9–11)

#### 2.2.6 Depresión:

La depresión es un trastorno frecuente y debilitante caracterizado por pérdida de energía, anhedonia, incapacidad para concentración, disminución de la libido y sentimientos de tristeza y desesperanza que interfieren con las actividades diarias de individuos. Estos síntomas pueden ser de etiología primaria o secundaria al encontrarse enfermedades de base, como el cáncer, enfermedad cerebro vascular, infartos agudos al miocardio, diabetes, VIH, enfermedad de Parkinson, trastornos alimenticios y abuso de sustancias.(8,38)

La enfermedad depresiva, es el resultado de interacciones complejas entre factores sociales, psicológicos y biológicos. Quienes han pasado por circunstancias vitales adversas tienen más probabilidades de sufrir depresión. A su vez, la depresión puede generar más estrés, disfunción, empeorar la situación vital de la persona afectada y, por consiguiente, la propia depresión.(11,38,39)

Se estima que la depresión afecta a más de 450 millones de personas en todo el mundo y que una de cuatro personas sufrirá algún problema de este tipo a lo largo de

su vida, sin importar su edad o condición social y es la causa principal de discapacidad a nivel mundial, y contribuye de manera muy importante a la carga mundial general de morbilidad. La influencia de la salud mental en el bienestar físico también es importante, cerca del 13% de las enfermedades están asociadas a trastornos de salud mental.(8,38)

### **2.2.7 Clasificación de la depresión:**

En la actualidad, los distintos síndromes depresivos se clasifican según las directrices del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la Asociación Psiquiátrica de Norteamérica. Estas directrices, conocidas por sus siglas en inglés como DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition*), son el estándar. La última versión, el DSM-5-TR, fue publicada en 2022.

El DSM-5 clasifica los trastornos depresivos dentro de los trastornos del estado de ánimo, separándolos en trastornos bipolares y trastornos depresivos.

#### **Trastornos Bipolares:**

- **Trastorno bipolar I:**

Caracterizado por la presencia de episodios maníacos, hipomaniacos y depresivos mayor.

- **Trastorno bipolar II:**

Caracterizado por la presencia de episodios hipomaniacos y depresivos mayor, sin episodios maníacos completos.

- **Trastorno ciclotímico:**

Caracterizado por fluctuaciones del estado de ánimo que involucran períodos de síntomas hipomaniacos y depresivos, pero que no cumplen con los criterios para episodios hipomaniacos o depresivos mayor completos.

- **Otros trastornos bipolares y relacionados:**

Incluye trastornos bipolares inducidos por sustancias o por otra condición médica.

#### **Trastornos Depresivos:**

- **Trastorno depresivo mayor:**

Se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayor, que incluyen síntomas como estado de ánimo deprimido, pérdida de interés o placer, cambios en el apetito o el peso, problemas de sueño, fatiga, sentimientos de inutilidad o culpa, dificultad para concentrarse, y pensamientos recurrentes de muerte o suicidio.

- **Trastorno depresivo persistente (Distimia):**

Se caracteriza por un estado de ánimo crónicamente deprimido que dura al menos dos años en adultos y un año en niños y adolescentes.

- **Otros trastornos depresivos:**

**Trastorno disfórico premenstrual:**

Se caracteriza por la presencia de síntomas depresivos, de ansiedad o de irritabilidad que ocurren regularmente antes de la menstruación y que interfieren con el funcionamiento.

**Trastorno depresivo inducido por sustancias o por otra condición médica:**

Se diagnostica cuando los síntomas depresivos son causados por el uso de sustancias o por una condición médica.

**Trastorno depresivo no especificado:**

Se utiliza cuando los síntomas depresivos no cumplen con los criterios para un trastorno depresivo específico.

Además de estas categorías, el DSM-5 también considera especificadores de gravedad para los episodios depresivos, que incluyen:

**Leve, moderado o grave:** Se evalúa el número de síntomas, su intensidad y el impacto en el funcionamiento.

**Con características psicóticas:** Se refiere a la presencia de delirios o alucinaciones.

**En remisión:** Se indica si el trastorno está en remisión parcial o total.(14,40)

## **2.2.8 Depresión y patologías en cavidad bucal:**

La cavidad bucal es asiento de una diversidad de patologías de origen tanto local como sistémico; a este nivel se desarrollan lesiones de etiología controvertida, que

tienen un carácter multifactorial y donde los factores psicógenos constituyen una importante variable a ser considerada.(30,41)

Distintos estudios señalan una asociación entre alteraciones psíquicas de los pacientes y la existencia de alteraciones en la mucosa bucal.(21,26,27,41–47) Cuando evalúan grupos de pacientes que incluyen estas condiciones, se observa que los niveles de estrés, ansiedad y depresión, presentan diferencias significativas respecto a los controles, aunque, no pueden establecer la relación causa-efecto de los aspectos psíquicos del paciente y la patología bucal, sí se demuestra que están asociados.(41)

Además, estudios previos afirman que la depresión tiene un impacto en la salud bucal y dental de los pacientes, pues estos se desinteresan en su cuidado personal e higiene bucal, lo que puede producir enfermedades en la cavidad bucal, y en última instancia, provocar la pérdida de dientes. Estas condiciones en los pacientes con depresión pueden a su vez disminuir su autoestima, afectando negativamente el pronóstico de tratamiento de su enfermedad mental.(29)

Entre las patologías más relevantes, se han postulado dolor orofacial crónico, bruxismo, trastornos de la Articulación Temporo-Mandibular (TTM), xerostomía, síndrome de boca ardiente, estomatitis aftosa recidivante y liquen plano bucal, que constituyen entidades que merecen ser investigadas en su condición de enfermedades psicosomáticas.(41)

### **2.2.9 Dolor Orofacial crónico:**

El dolor crónico se define como un dolor persistente o recurrente que dura más de tres meses, en el caso del dolor orofacial se considera crónico cuando ocurren al menos 50 % de los días durante al menos tres meses.(48)

Este es un factor que altera la calidad de vida de los seres humanos, su manejo en la región orofacial constituye uno de los problemas más complejos en Odontología debido a la anatomía de la zona, la diversidad de la etiología, cuadro clínico y pautas de tratamiento. Diferentes estudios epidemiológicos reconocen la importancia del problema y su incidencia en las poblaciones estudiadas, la cual puede variar en un rango de 7 a 32 %.(48)

Dentro de las posibles causas del dolor orofacial se encuentran: síndrome de boca ardiente, problemas en la articulación temporomandibular (artrosis, artritis reumatoide, sinovitis o capsulitis), migraña, neuralgias, enfermedad periodontal, trastornos somatomorfos o psicosomáticos, enfermedades sistémicas, lesión en la cara o la mandíbula, xerostomía, complicaciones post-quirúrgicas, maloclusión, pérdidas dentarias, bruxismo o caries graves.(49)

Aunque el dolor es un mecanismo de alerta ante un daño recibido por el organismo, cuando se prolonga en el tiempo pierde esa importante función para convertirse de hecho en una enfermedad difícil de manejar, teniendo particularidades en la región orofacial donde provoca afectaciones en funciones vitales como son la comunicación o la nutrición, así como en la psicología de las personas que lo padecen asociado a la ansiedad y la depresión.(48,50,51)

#### **2.2.10 Bruxismo:**

La actualización de las definiciones de bruxismo, resultan de las reuniones del Consenso Internacional sobre Bruxismo de INfORM (Red Internacional para el Dolor Orofacial y Trastornos Relacionados), Metodología de la Asociación Internacional para la Investigación Dental, Oral y Craneofacial [IADR]), realizadas en el año 2013, 2018, y recientemente en el año 2024, con el objetivo de actualizar, clarificar y estandarizar esta condición, para su diagnóstico y tratamiento. Este consenso, también busca promover la coherencia en la investigación clínica y en la práctica en todo el mundo, además de fomentar un enfoque multidisciplinario.(52)

El 11 de marzo de 2024, durante la 102.<sup>a</sup> Sesión General y Exposición de la Asociación Internacional de Investigación Dental, Oral y Craneofacial (IADR) en Nueva Orleans (LA), Estados Unidos, se celebró la última actualización de este Consenso con un panel de expertos en bruxismo, en donde se mantuvieron debates sobre la definición de bruxismo, resultando: “El bruxismo es una actividad repetitiva de los músculos mandibulares que se caracteriza por apretar o rechinar los dientes y/o por contraer o empujar la mandíbula”.(52)

El bruxismo tiene dos manifestaciones circadianas distintas: puede ocurrir durante el sueño (bruxismo del sueño) o durante la vigilia (bruxismo de la vigilia).(52,53)

El bruxismo del sueño es una actividad muscular masticatoria durante el sueño que se caracteriza por ser rítmica (fásica) o no rítmica (tónica) y no es un trastorno del movimiento ni un trastorno del sueño.(52–54)

El bruxismo en vigilia es una actividad muscular masticatoria durante la vigilia que se caracteriza por el contacto dental repetitivo o sostenido y/o por el empuje o contracción de la mandíbula, y no es un trastorno del movimiento.(52–54)

Según este Consenso, el bruxismo no se considera un trastorno ni una comorbilidad porque, aunque puede estar asociado con problemas como el dolor facial o desgaste dental, en muchos casos el bruxismo puede ser una actividad normal, un comportamiento fisiológico que no necesariamente causa daño ni requiere tratamiento. La definición actual enfatiza que sólo en ciertos contextos y mediante evaluación clínica se determina si el bruxismo tiene un impacto patológico, por lo que no se le clasifica automáticamente como un trastorno o una comorbilidad.(52)

El estrés, la ansiedad y la depresión son factores de riesgo muy comunes y que influyen en estas vías en el bruxismo de vigilia, mientras sustancias psicoactivas y trastornos del sueño, tales como apnea del sueño, síndrome de movimiento de las extremidades y ronquidos, representan factores de riesgo comúnmente asociados con bruxismo de sueño.(53)

#### **2.2.11 Trastornos de la Articulación Temporomandibular (TTM):**

Los (TTM) son definidos como un grupo de trastornos orofaciales que presentan dolor en el área preauricular, articulación temporomandibular (ATM), la base de todo el sistema estomatognático.(55–57) Al verse comprometida en su equilibrio por una disfunción en más de uno de sus componentes puede presentar alteraciones durante el tiempo de trabajo y de reposo, causando afectaciones musculares y dentales que ocasionan ruidos articulares, dolor y desviaciones mandibulares a la apertura o el cierre.(58)

La ATM es una articulación de tipo diartrosis, bicondílea, compuesta principalmente por tejido óseo, muscular y ligamentoso que cumplen importantes movimientos como la apertura, cierre, protrusión, retrusión y lateralización de derecha a izquierda o viceversa de la mandíbula. Es una articulación única, que consiste en una fosa mandibular, un tubérculo articular del hueso temporal, un cóndilo, y un cartílago intraarticular esencial para las funciones estomatognáticas.(59,60)

Los trastornos psicosociales son identificados como un posible factor de riesgo para los TTM y deben ser considerados al momento del diagnóstico del paciente, para así desarrollar un plan de tratamiento adecuado.(61) Los altos niveles de duración e intensidad del dolor pueden contribuir a mayores niveles de depresión y ansiedad observada en pacientes con dolor crónico.(62)

#### **2.2.12 Xerostomía:**

La saliva, es producida en el organismo por un sistema glandular especializado para tales efectos y su función no es otra que proteger la mucosa que recubre la cavidad oral frente a traumatismos dentarios y agentes externos. Su síntesis diaria no suele exceder los 500 mililitros, aproximadamente, de los cuales 200 son secretados durante el proceso de deglución e ingestión de los alimentos, y los 300 restantes como efecto hidratante de la cavidad oral en situaciones de no ingestión de alimentos.(63)

La xerostomía es la sensación subjetiva de boca seca, secundaria a una hiposecreción o ausencia de secreción salival.(64) La xerostomía por sí misma no supone una entidad clínico patológica específica, sino más bien un síntoma subyacente a cuadros patológicos concretos y al tratamiento local o sistémico de los mismos, o a la disminución de la función de las glándulas salivales.(63)

De este modo, entre las posibles causas de este trastorno encontramos enfermedades crónicas, como: diabetes mellitus no controlada, tuberculosis crónica, cirrosis biliar primaria, sarcoidosis, anemia hemolítica, linfomas malignos e infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Además de lo anterior, la xerostomía puede ser el resultado de determinadas alteraciones autoinmunes, como el síndrome de Sjögren o el lupus eritematoso sistémico, o de modo muy frecuente entre pacientes

oncológicos que reciben tratamiento con poliquimioterapia y radioterapia en regiones próximas al cuello.(63,64)

La xerostomía, también puede estar causada por alteraciones a nivel de los centros salivares del sistema nervioso central (SNC). Estas disfunciones a menudo se asocian con cuadros psiquiátricos como la ansiedad, depresión o psicosis. Además de estas condiciones de salud mental, un factor crucial y ampliamente documentado es el uso de medicamentos, particularmente aquellos que afectan el sistema nervioso.(63) Los grupos farmacológicos más comúnmente relacionados con la aparición de xerostomía incluyen una amplia gama de tratamientos, destacándose los antidepresivos, ansiolíticos y algunos fármacos para el tratamiento del Parkinson. Otros medicamentos que también pueden inducir sequedad bucal son los antihipertensivos, antihistamínicos, relajantes musculares, analgésicos, anticolinérgicos y diuréticos.(65)

#### **2.2.13 Síndrome de boca ardiente:**

El síndrome de la boca ardiente (SBA) es una condición crónica definida por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP). Se caracteriza por presentar dolor intraoral tipo urente, asociado a otras alteraciones sensitivas en la lengua, encías, labios o en las áreas de apoyo de la dentadura, sin presencia de lesiones mucosas evidentes al examen físico intraoral que expliquen el dolor. Puede ser unilateral o bilateral, y tiende a aliviar con la ingesta alimentaria o de líquidos.(66)

El SBA es, aparentemente, una enfermedad multifactorial. La falta de claridad respecto a su etiología, fisiopatología y criterios diagnósticos, generan dificultades en el enfrentamiento y tratamiento de estos pacientes. Además, su diagnóstico es complejo por la falta de signos patognomónicos y de criterios universalmente aceptados.(47,66)

El síndrome de la boca ardiente ocurre con más frecuencia en los adultos mayores de 60 años. Se calcula que es unas cinco veces más frecuente en las mujeres que en los hombres.(67)

La etiología del SBA no ha sido establecida con claridad y se ha propuesto un carácter etiológico multifactorial. Por una parte, los factores psicológicos modulan la percepción del dolor. Diversos estudios han mostrado asociación entre elementos

psicológicos, como ansiedad y depresión en pacientes con SBA. El 60% de los pacientes con SBA cumple criterio para al menos una patología psiquiátrica concomitante. Otras hipótesis de la etiología del SBA refieren a los factores hormonales y trastornos del sistema nervioso.(66)

#### **2.2.14 Estomatitis aftosa recidivante (EAR):**

La estomatitis aftosa, también llamada aftosis bucal o aftas, se caracteriza por la aparición de una o más úlceras dolorosas con pérdida de la continuidad del epitelio, variable en forma, número y tamaño. Se considera la enfermedad más frecuente de la mucosa bucal, ocupa el segundo lugar, y es más frecuente en niños y adolescentes; la ocurrencia de esta afección es considerada alta, aporta cifras de 5 a 66 %, con una media del 20 %.(68,69)

Se postulan múltiples factores implicados en su aparición, con una alteración inmunológica de base, unida a múltiples factores precipitantes. Dentro de los agentes etiológicos propuestos se encuentran: alteraciones sistémicas y locales de la mucosa bucal, alteraciones genéticas, alteraciones inmunológicas, factores infecciosos, carencias o déficit de vitaminas y minerales. Estos se consideran como potenciales agentes en la patogenia de la EAR, sin embargo, hasta la actualidad, no existe ningún agente etiológico específico, pero se reportan determinadas situaciones que pueden derivar hacia la EAR denominados agentes desencadenantes, tales como: eventos psicológicos (estrés, ansiedad, depresión), alimentarios (cítricos, tomates, uvas, melón, chocolate, nueces y queso), traumatismos locales, estados carenciales (hipovitaminosis, hipoproteinemias, déficit de minerales), procesos endocrinológicos (fase premenstrual, diabetes mellitus, etc.), cese del tabaquismo (disminución de la hiperqueratinización de la mucosa oral), agentes infecciosos (bacterianos, virales y micóticos), entre otros, los cuales están más relacionados con la sobreinfección y el mantenimiento de las aftas previamente establecidas.(68,69)

### **2.2.15 Liquen plano bucal:**

El liquen plano bucal (LPB) es una enfermedad inflamatoria, crónica y recurrente, considerada como una “respuesta inmune anormal mediada por células T”. Uno de los aspectos más importantes es su posible carácter potencialmente maligno y el papel de la displasia epitelial. Se ha postulado que el LPB constituye una entidad que merece ser investigada en su condición de enfermedad psicosomática. Es una enfermedad mucocutánea crónica que, a nivel bucal, presenta una clínica variable. Este puede clasificarse como reticular en placa, papilar erosivo, atrófico y bulloso; siendo más frecuente en mejillas y lengua. Algunos autores, plantean que existe una relación etiológica entre el estrés, la ansiedad y las lesiones de LPB.(41,70,71)

Aproximadamente entre el 0.5 % al 2 % de la población general padece LPB. Es considerado como la enfermedad no infecciosa más frecuente de la cavidad bucal, puesto que llega a representar el 20 % de los diagnósticos de la práctica de medicina bucal.(70)

### **2.2.16 Fármacos antidepressivos:**

Los antidepressivos son una clase de fármacos psicotrópicos diseñados para tratar los trastornos del estado de ánimo, principalmente la depresión mayor, pero también otras condiciones como trastornos de ansiedad, trastornos obsesivo-compulsivos y ciertos tipos de dolor crónico. Su acción terapéutica se centra en la modulación de la neurotransmisión cerebral, buscando corregir desequilibrios químicos asociados con la sintomatología depresiva y ansiosa.(15,23,24,72)

La clasificación internacional de estos fármacos se rige principalmente por el Sistema Anatómico, Terapéutico, Químico (ATC) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), considerado el *Gold Standard Global* para la codificación farmacológica. El sistema de clasificación ATC agrupa los principios activos según el órgano o sistema sobre el que actúan y según sus propiedades terapéuticas, farmacológicas y químicas. Dentro de este sistema, los antidepressivos se agrupan bajo el código N06A, reflejando su acción sobre el sistema nervioso (N) y su función como psicoanalépticos (06) en el subgrupo de antidepressivos (A).(73)

La base de la acción antidepresiva reside predominantemente en la hipótesis monoaminérgica, que postula que la depresión se asocia con una deficiencia en la disponibilidad o función de neurotransmisores clave como la serotonina (5-HT), la norepinefrina (NA) y la dopamina (DA) en la hendidura sináptica cerebral. Los diferentes grupos de antidepresivos actúan modulando la concentración de estas monoaminas a través de mecanismos específicos(73):

- **N06AA: Inhibidores no selectivos de la recaptación de monoaminas (Antidepresivos Tricíclicos - ATCAs):** bloquean la recaptación de norepinefrina y serotonina en la neurona presináptica, aumentando su disponibilidad en el espacio sináptico. Su falta de selectividad puede generar efectos adversos debido a su afinidad por otros receptores (histamínicos, colinérgicos, alfa-adrenérgicos). Ejemplos: Amitriptilina, Imipramina, Nortriptilina.
- **N06AB: Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS):** inhiben selectivamente la recaptación de serotonina, resultando en un incremento de la concentración de este neurotransmisor en la sinapsis. Su alta selectividad contribuye a un perfil de efectos secundarios más favorable en comparación con los ATCAs. Ejemplos: Fluoxetina, Sertralina, Paroxetina, Citalopram, Escitalopram.
- **N06AF: Inhibidores no selectivos de la monoaminoxidasa (IMAOs):** inhiben la enzima monoaminoxidasa (MAO), responsable de la degradación de serotonina, norepinefrina y dopamina. Al bloquear esta degradación, aumentan las concentraciones de estos neurotransmisores. Su uso requiere precauciones dietéticas significativas. Ejemplos: Fenelzina, Tranilcipromina.

- **N06AG: Inhibidores de la monoaminoxidasa A (IMAO-A):** inhiben de forma selectiva y reversible la isoenzima MAO-A, implicada principalmente en la degradación de serotonina y norepinefrina. Presentan un menor riesgo de interacciones dietéticas en comparación con los IMAOs no selectivos. Ejemplo: Moclobemida.

- **N06AX: Otros antidepresivos:** esta categoría abarca una diversidad de fármacos con mecanismos de acción variados y a menudo combinados, incluyendo:

**-Inhibidores de la recaptación de Serotonina y Norepinefrina (IRSN):** bloquean la recaptación de ambas monoaminas, con un perfil de seguridad mejorado respecto a los ATCAs. Ejemplos: Venlafaxina, Duloxetina, Desvenlafaxina.

**-Antagonistas de receptores alfa-2 adrenérgicos y serotoninérgicos:** modulan la liberación de norepinefrina y serotonina a través de la inhibición de receptores específicos. Ejemplo: Mirtazapina.

**-Inhibidores de la recaptación de Norepinefrina y Dopamina (IRND):** actúan preferentemente sobre la recaptación de norepinefrina y dopamina. Ejemplo: Bupropión.

**-Moduladores/Agonistas de receptores de Serotonina y Antagonistas:** combinan la inhibición de la recaptación de serotonina con la modulación directa de receptores serotoninérgicos específicos. Ejemplos: Vortioxetina, Vilazodona.

**Antidepresivos melatonérgicos:** actúan sobre los receptores de melatonina y serotonina para resincronizar los ritmos circadianos. Ejemplo: Agomelatina.(73)

### 2.2.17 Fármacos antidepresivos y la salud bucal:

La influencia de los psicofármacos en la salud bucal se manifiesta a través de múltiples mecanismos, estos pueden producir: alteraciones en la cantidad y composición del flujo salival,(24) modificaciones en las respuestas inmunitarias locales, cambios en el pH bucal, o incluso efectos directos sobre los tejidos blandos y duros de la cavidad oral. Dichas modificaciones pueden incrementar sustancialmente

el riesgo de caries dental debido a la disminución del efecto buffer de la saliva y la reducción de la autolimpieza; favorecer el desarrollo de enfermedades periodontales (gingivitis y periodontitis)(22,23); propiciar el crecimiento de infecciones fúngicas (como la candidiasis oral); y causar dificultades para la masticación, la deglución y la percepción del gusto, impactando negativamente la nutrición y la calidad de vida. (15,22,23,24,72)

Es crucial, entonces, detallar los principales grupos de fármacos asociados con estas alteraciones y sus consecuencias directas en la cavidad oral:

**-Antidepresivos:** este es uno de los grupos de fármacos más ampliamente implicados en alteraciones de la salud bucal debido a su prevalente uso y sus mecanismos de acción.

**Antidepresivos Tricíclicos (ATC):** medicamentos como la *Amitriptilina* y la *Imipramina* son reconocidos por sus potentes y generalizados efectos anticolinérgicos. Estos efectos no sólo reducen drásticamente el flujo salival, sino que también pueden alterar su composición, disminuyendo sus propiedades antimicrobianas y remineralizantes, lo que aumenta significativamente la susceptibilidad a las caries y otras infecciones.

**Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS):** aunque generalmente con un perfil anticolinérgico menos pronunciado que los ATC, fármacos como el *Citalopram*, *Fluoxetina*, *Paroxetina* y *Sertralina* aún pueden inducir cambios en las condiciones orales, incluyendo la alteración del flujo salival y, en algunos casos, la aparición de disgeusia (alteración del gusto).

**Otros Antidepresivos:** *Mirtazapina* y el *Bupropión* son otros antidepresivos que se han asociado con diversos grados de impacto en la salud bucal, siendo la reducción salival una de las más comunes.

**-Antipsicóticos (Neurolépticos):** tanto los antipsicóticos de primera (típicos) como los de segunda generación (atípicos) pueden contribuir a alteraciones significativas en la salud bucal. Su influencia se extiende a la función salival y pueden, en algunos casos, asociarse con discinesia orofacial (movimientos involuntarios), lo

que dificulta la higiene oral. Por ejemplo: *Haloperidol* y *Olanzapina*, ambos con potencial para afectar la integridad oral.

**-Ansiolíticos y Sedantes:**

**Benzodiacepinas:** medicamentos como *Alprazolam*, *Diazepam*, *Flurazepam* y *Triazolam* pueden impactar el entorno oral al reducir la secreción salival, lo que los convierte en factores de riesgo para el desarrollo de patologías asociadas a la hiposalivación.

**-Agentes Antiparkinsonianos:** estos fármacos, utilizados para el manejo de la enfermedad de Parkinson, a menudo poseen fuertes propiedades anticolinérgicas. Esto compromete directamente los mecanismos protectores naturales de la boca al reducir la saliva, un elemento crucial en la lubricación, el habla y la prevención de caries. En esta categoría se incluyen *Levodopa* y *Artane*.

**-Litio:** este estabilizador del ánimo, ampliamente prescrito para trastornos bipolares, puede tener efectos sistémicos que incluyen la alteración del balance hídrico del cuerpo, lo que indirectamente puede manifestarse en una disminución de la salivación y, consecuentemente, en un aumento de los riesgos para la salud oral.(23,24,74)

### **2.2.18 Instrumentos de evaluación de salud mental y bucal**

La interrelación entre la salud oral y los factores psicológicos constituye un área de estudio crucial. Para una comprensión profunda de esta conexión, la investigación se apoya en una serie de instrumentos validados que permiten la cuantificación de síntomas y la evaluación del estado de salud. Estos métodos, tanto psicométricos como clínicos y subjetivos, son fundamentales para la recolección de datos que informan los análisis de la literatura científica.

### **Evaluación de Síntomas Depresivos y Psicológicos**

La detección y cuantificación de síntomas depresivos y otros factores psicológicos se realiza mediante diversas escalas psicométricas validadas:

- **Escala de Depresión Geriátrica (EDG-15):** este instrumento de 15 preguntas está diseñado específicamente para el seguimiento de síntomas depresivos en adultos mayores. La puntuación clasifica los síntomas en ausencia (0-4 puntos), depresión leve (5-9 puntos) o depresión grave (10-15 puntos), facilitando la identificación de casos para un tratamiento temprano.(21,75)
- **Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9):** esta herramienta de detección de nueve preguntas evalúa el estado depresivo del individuo. Las respuestas se puntúan de 0 a 3, sumando un total de 0 a 27. Una puntuación de 10 o más se considera un punto de corte para la depresión mayor, mientras que de 5 a 9 indica síntomas leves.(76,77)
- **Inventario de Depresión de Beck (BDI-II):** consiste en veintiún síntomas de depresión valorados en una escala de 4 puntos (0-3). Las puntuaciones se clasifican en depresión mínima/no presente (0-13), leve (14-19) y moderada/grave (20-63).(43,78)
- **Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS):** este instrumento fiable de 14 preguntas cuenta con 7 ítems para ansiedad (HADS-A) y 7 para depresión (HADS-D). Cada ítem se puntúa de 0 a 3, con una puntuación máxima de 21 por escala. Una puntuación de 0 a 7 se considera normal (113). Esta escala, junto con el Cuestionario de Depresión de Beck, son ejemplos de los diversos tests psicométricos empleados para identificar y cuantificar los niveles de estrés, ansiedad y depresión.(43)
- **Escala de Estrés Percibido (PSS):** evalúa la frecuencia de sentimientos y pensamientos relacionados con eventos estresantes del último mes (10 ítems, 6 negativos y 4 positivos). La puntuación total va de 0 a 40.(77)
- **RDC/TMD (Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders):** aunque se utiliza principalmente para Trastornos Temporomandibulares (TTM), su Eje II incorpora una escala psicométrica

para evaluar el perfil psicosocial del paciente, incluyendo signos y síntomas de psicopatologías como la depresión, proporcionando información fiable del perfil del paciente.(45)

- **Escala CESD7 y General Health Questionnaire (GHQ):** estas herramientas se utilizan para medir síntomas depresivos y detectar trastornos psicológicos comunes, respectivamente.(33)

### **Evaluación de la Salud Bucal**

La evaluación de la salud bucal combina métodos clínicos objetivos con la percepción subjetiva del paciente:

- **Índice COP (Caries, Obturadas, Perdidas):** este es un valor numérico que describe el estado relativo de la salud dental de una población o individuo. Se calcula sumando el número de dientes con caries, restauraciones y pérdidas. Este índice permite determinar el nivel de riesgo y la severidad del estado de salud dental, así como las necesidades de tratamiento.(79)
- **Índice de Higiene Oral Simplificado (IHO-S):** valora la higiene bucal al evaluar la presencia de placa y cálculo en sólo seis dientes representativos (16, 11, 26, 36, 31 y 46), cubriendo superficies vestibulares de molares y centrales, y linguales de molares inferiores.(32)
- **Parámetros Clínicos Periodontales:** para evaluar la enfermedad periodontal, se miden:

**Profundidad de Sondaje (PS):** medida clave de la profundidad de la bolsa periodontal.

**Recesión Gingival (RG):** indicador de la exposición de la raíz.

**Nivel de Inserción Clínica (NIC):** medida total de la pérdida de soporte del diente (PS + RG).

**Sangrado al Sondaje (SS):** indicador de inflamación gingival.(80)

- **Inventario de Xerostomía:** este cuestionario de 11 preguntas mide la sensación subjetiva de boca seca, clasificando su gravedad (ausencia, leve, moderada, grave).(81)
- **Encuestas de Calidad de Vida Relacionada con la Salud Bucal (OHRQoL):** estos instrumentos evalúan el impacto físico, psicológico y social de la salud bucal en la calidad de vida.(20,82) Dentro de estos se incluyen:

**Versión Breve de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud (WHOQOL-BREF):** desarrollada por el Grupo de Calidad de Vida de la OMS, este instrumento es de gran valor en la investigación al considerar la percepción individual de la persona sobre su posición en la vida, dentro de su cultura y sistema de valores, y su relación con sus objetivos. Evalúa dimensiones clave como el bienestar físico, psicológico, social y ambiental, proporcionando una medida integral de la calidad de vida relacionada con el estado bucodental autoevaluado por el paciente.(83) Su enfoque en la autopercepción es crucial, se ha demostrado que la salud bucal puede medirse mediante la autoevaluación y que esta es predictiva de la salud.(82)

**POHIQoL (Oral Health Impact on Quality of Life):** mide el impacto físico negativo en la calidad de vida relacionado con la salud bucal. (20)

- **Índice de Evaluación de Salud Oral Geriátrico (GOHAI):** ampliamente utilizado, se basa en la autoevaluación de la salud bucal y su impacto psicosocial. Asume que la salud bucal puede medirse por autopercepción y que esta es predictiva de la salud real.(20,82)
- **Cuestionario Impactos Orales en la Vida Diaria (OIDP).**
- **Guía de Evaluación Oral Revisada (ROAG).**
- **Perfil de Impacto de Salud Oral (OHIP).**

Estas encuestas abarcan dimensiones como la limitación funcional, el dolor/incomodidad, la función física y psicológica, y la discapacidad social.(20)

**Estado de Salud Autoevaluado (SAE):** también conocido como salud autoinformada o percibida, es un indicador de salud ampliamente utilizado, donde la percepción individual de la salud bucal y general se considera un predictor importante de resultados de salud y mortalidad. Una peor SAE se asocia con peores resultados de salud y mayor carga de síntomas.(104) La autopercepción de la salud bucal, junto con la incomodidad o disestesia oclusal, también son variables subjetivas que pueden tener una relación significativa con la depresión.(45)

Generalmente, en la aplicación de estos instrumentos se incluyen covariables para controlar factores que podrían influir en la relación entre la depresión y la salud bucal. Estas incluyen: edad, sexo (masculino o femenino), ingresos familiares, empleo remunerado (sí o no), tabaquismo actual, consumo de bebidas alcohólicas y presencia de enfermedades cardiovasculares.(77,80)

#### **2.2.19 Salud en Latinoamérica:**

La gestión pública de salud en muchos de los países latinoamericanos, ha funcionado bajo un sistema de administración, caracterizado por procesos de planificación, organización, dirección y control, donde se pone de manifiesto que existe una inadecuada gerencia de salud, afectada por la resistencia ofrecida por las diferentes fuerzas políticas y sociales que generan conexiones de poder, que hacen imposible que el sistema de salud actúe eficazmente.(84)

Al respecto, se puede afirmar que el sector salud experimenta, en la actualidad, una profunda crisis que se proyecta en todos los ámbitos y niveles que él involucra; y se evidencia en el desmejoramiento de la atención, calidad y cobertura de los servicios médico-asistenciales donde se destaca la disminución del acceso a los servicios de atención médica por parte de las comunidades más necesitadas. Dada la carencia de los materiales médico-quirúrgicos y el suministro oportuno y regular de los mismos; la situación tensiona los sistemas de salud, reproduce desigualdades y obstaculiza el ejercicio pleno del derecho a la salud, afectando el bienestar de la población y dificultando el desarrollo social inclusivo y sostenible.(84,85)

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), una de las cinco comisiones regionales de Las Naciones Unidas, destaca que durante la crisis por la pandemia COVID-19 se hicieron evidentes los problemas estructurales de los sistemas sanitarios de la región, como el subfinanciamiento crónico de los sistemas, la fragmentación de los servicios y la segmentación de la población en torno a su capacidad de pago.(85)

#### **2.2.20 Salud Mental en Latinoamérica:**

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) la depresión, la ansiedad y los trastornos del dolor son las tres enfermedades más comunes en América Latina y el Caribe.(7)

Los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias se han generalizado en América Latina y el Caribe. Estas afecciones representan cerca del 20% de la carga total de discapacidad, y solamente las superan las enfermedades crónicas no transmisibles (p. ej., las enfermedades cardiovasculares o la diabetes).(7,86)

Los países con mayor carga y años perdidos por trastornos depresivos se encuentran en América del Sur: Paraguay, Brasil, Perú, Ecuador y Colombia. Los países con los menores índices debidos a trastornos depresivos tienden a estar en América Central: El Salvador, Guatemala y Panamá. Mientras que los países del Caribe están en el medio.(7)

#### **2.2.21 Salud Bucal en Latinoamérica:**

En Latinoamérica existen diferentes modelos de sistemas de salud y diferentes formas de ofrecer la salud bucal como un derecho a la población, sin embargo, la mayoría de estos sistemas no han conseguido disminuir la carga de las enfermedades bucodentales y las desigualdades asociadas a ellas, porque confían en políticas en salud bucal centradas en el tratamiento y no en la prevención de factores de riesgo.(85,87)

En 2021, la 74.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud aprobó una resolución sobre salud bucodental en la que se recomendaba abandonar la lógica curativa tradicional y adoptar

un enfoque preventivo de promoción de la salud bucodental que incluya la familia, la escuela y el lugar de trabajo, y que promueva una atención oportuna, integral e inclusiva dentro del sistema de atención primaria. En la resolución se afirma que la salud bucodental debe integrarse firmemente en la lucha contra las enfermedades no transmisibles y que las intervenciones en esta esfera deben incluirse en las prestaciones de los planes nacionales de cobertura sanitaria universal.(1,34)

En respuesta al mandato establecido esta resolución, la Secretaría elaboró la Estrategia Mundial sobre Salud Bucodental, que se adoptó en mayo de 2022 (decisión WHA75(11)), e incluyó el Plan de Acción Mundial sobre Salud Bucodental 2023-2030 en el informe sobre las enfermedades no transmisibles.(1,34)

En 2024, como resultado de la primera reunión mundial sobre salud bucodental organizada por la OMS, que tuvo lugar del 26 al 29 de noviembre en Bangkok (Tailandia), se adoptó la Declaración de Bangkok: “No hay salud sin salud bucodental”. También se reiteró el compromiso de los Estados Miembros en hacer hincapié en la necesidad de fortalecer los sistemas de salud a través de enfoques de atención primaria de la salud, velando por que la sostenibilidad ambiental y la resiliencia al clima sean componentes centrales.(1,34)

## **CAPÍTULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

En este capítulo, se abordan todos los aspectos que se utilizaron para el desarrollo de esta investigación y el cumplimiento de los objetivos planteados.

### **3.2 Nivel y diseño de investigación**

#### **3.2.1 Nivel de investigación**

De acuerdo al problema y objetivos planteados, y siguiendo los niveles de investigación descritos por Arias(88) en el año 2012, la presente investigación es de nivel descriptivo. Esto se debe a que nuestro principal objetivo fue describir la posible asociación entre la depresión y el estado de salud bucal en pacientes adultos en Latinoamérica, buscando identificar y caracterizar esta relación sin manipular variables.

#### **3.2.2 Diseño de investigación**

En cuanto al diseño, y siguiendo los criterios de clasificación metodológica también propuestos por Arias,(88) este estudio se desarrolló bajo un diseño documental. La razón principal es que todos los datos necesarios para resolver el problema y cumplir los objetivos se obtuvieron a través de una rigurosa búsqueda sistemática de la literatura científica en diversas fuentes electrónicas de información.

Específicamente, el presente estudio corresponde a una revisión de alcance, un diseño metodológico propuesto por Arksey y O'Malley.(89) El propósito de una revisión de alcance es identificar y mapear la extensión o profundidad de la literatura existente en un área, sector de la ciencia o en un ámbito del conocimiento. Este tipo de revisión es particularmente útil para resumir la evidencia disponible, informar futuras investigaciones e identificar lagunas de conocimiento mediante un mapeo exhaustivo de la literatura. Además, este tipo de estudios son el punto de partida para posteriores revisiones sistemáticas.(90) En nuestro caso, la revisión de

alcance nos permitió examinar la evidencia emergente sobre la asociación entre la depresión y la salud bucal en pacientes adultos en Latinoamérica.

### **3.3 Criterios de selección**

#### **3.3.1 Criterios de inclusión**

- Estudios que hagan referencia a la asociación entre la depresión y el estado de salud bucal en pacientes adultos en Latinoamérica.
- Estudios que describan la relación entre los fármacos antidepresivos y estados de enfermedad en la cavidad bucal en pacientes adultos en Latinoamérica.
- Artículos científicos, tesis de grado, postgrado y doctorado.
- Investigaciones primarias como: reporte de casos, series de casos, estudios de casos y controles.
- Investigaciones secundarias como: revisiones narrativas de la literatura, revisiones de alcance, revisiones sistemáticas y metaanálisis.
- Estudios en español, inglés y portugués.
- Estudios desde el año 2015 hasta el año 2025.

#### **3.3.2 Criterios de exclusión**

- Artículos que no tengan el texto completo disponible.
- Revisiones sin descripción de la metodología de búsqueda.

### **3.4 Fuentes de información**

#### **3.4.1 Búsquedas electrónicas**

La búsqueda se realizó desde el 14 de abril de 2024 hasta el 19 de mayo de 2024, y actualizada en el mes de abril de 2025, en diversas fuentes de información científica: base de datos Medline (a través de PubMed); Biblioteca Virtual en Salud y Trip Database.

### **3.5 Estrategia de búsqueda**

Se utilizó una combinación de descriptores de ciencias de la salud (DeCS y MeSH) y palabras clave tanto en español como en inglés (ver Tabla 1), junto con los operadores lógicos

“AND” y “OR” para establecer las estrategias de búsqueda empleadas en las fuentes de información previamente descritas.

**Tabla 1** Descriptores y palabras clave organizados por categoría

CATEGORÍA		DECS (Español)	MESH (Inglés)	PORTUGUÉS
DEPRESIÓN	Descriptores	Depresión	Depression	Depressão
		Antidepresivos	Antidepressive Agents	Antidepressivos
		Trastorno Depresivo	Depressive Disorder	Transtorno Depressivo
		Trastornos del Humor	Mood Disorders	Transtornos do Humor
SALUD BUCAL	Descriptores	Pacientes	Patients	Pacientes
		Salud bucal	Oral Health	Saúde Bucal
		Encuestas de Salud Bucal	Dental Health Surveys	Inquéritos de Saúde Bucal
		Atención Odontológica	Dental Care	Assistência Odontológica
		Enfermedades bucales	Mouth Diseases	Doenças da Boca
		Caries Dental	Dental Caries	Cárie Dentária
		Periodontitis	Periodontitis	Periodontite
		Enfermedades Periodontales	Periodontal Diseases	Doenças Periodontais
		Boca Edéntula	Mouth, Edentulous	Boca Edêntula
		Arcada Edéntula	Jaw, Edentulous	Arcada Edêntula
		Erosión de los Dientes	Tooth Erosion	Erosão Dentária
		Desgaste de los Dientes	Tooth Wear	Desgaste dos Dentes
		Pérdida de Diente	Tooth Loss	Perda de Dente
		Dolor Facial	Facial Pain	Dor Facial
		Bruxismo	Bruxism	Bruxismo
		Trastorno de Articulación Temporomandibular	Temporomandibular Joint Disorders	Transtornos da Articulação Temporomandibular
		Xerostomía	Xerostomia	Xerostomia
		Síndrome de Boca Ardiente	Burning Mouth Syndrome Stomatitis	Síndrome da Ardência Bucal
		Estomatitis Aftosa	Stomatitis, Aphthous	Estomatite Aftosa
		Liquen Plano	Lichen Planus	Líquen Plano
	Palabras clave	Asociación	Association	Associação
		Relación	Relation	Relação

**Tabla 2** Fuentes de información consultadas, estrategias de búsqueda, filtros aplicados y número de artículos obtenidos.

<i>Fuente consultada</i>	<i>Estrategia de búsqueda</i>	<i>Filtros aplicados</i>	<i>N° de artículos</i>
<b>PubMed-Medline</b>	("association" OR "relation") AND ("depression" OR "antidepressive agent" OR "Depressive Disorder" OR "Mood Disorder") AND ("Dental Health Survey" OR "Dental Care" OR "oral health" OR "mouth diseases" OR "Periodontitis" OR "dental caries" OR "periodontal diseases" OR "Edentulous Mouth" OR "Edentulous Jaw" OR "Erosion" OR "Toothloss" OR "Tooth Wear" OR "Chronic orofacial pain" OR "bruxism" OR "temporomandibular disorder" OR "xerostomia" OR "burning mouth syndrome" OR "recurrent aphthous stomatitis" OR "oral lichen planus")	<b>Año:</b> 2014-2025	452
<b>TRIP Database</b>	("association" OR "relation") AND ("depression" or "antidepressive agent") AND ("oral health" OR "mouth diseases" OR "dental caries" OR "periodontal diseases")	<b>Año:</b> 2014-2025	263
<b>Biblioteca Virtual de Salud</b>	(asociación OR relación) AND (depresión OR antidepresivos) AND (salud bucal OR enfermedades bucales)	<b>Año:</b> 2014-2025 <b>Idioma:</b> inglés, español y portugués.	40

### 3.6 Cribado y selección de los estudios

Una vez realizada la búsqueda en las fuentes de información, se seleccionaron los artículos de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión, a través de un proceso de revisión individual, que constó de tres cribados:

**Primer cribado:** lectura del título para determinar si el artículo tenía o no relación con la temática en estudio.

**Segundo cribado:** lectura del resumen para dar un primer vistazo sobre el contenido del artículo, tipo de estudio, objetivo, la relevancia en cuanto al presente tema de investigación y la revisión de ciertos aspectos metodológicos.

**Tercer cribado:** lectura del texto completo a través de las técnicas de lectura Skimming y Scanning para determinar si cumplía con los criterios para ser incluido en la revisión.

Luego de realizar los cribados y la selección de los estudios, se llevó a cabo una búsqueda manual en dos etapas: la primera constó de la revisión de las listas de referencias de los artículos seleccionados, y la segunda se fundamentó en la búsqueda en bases de datos como Google Académico y PubMed de nuevos estudios que hayan citado los artículos seleccionados, teniendo presente que tuvieran relación con la investigación y que cumplieran con los criterios de inclusión previamente pautados.

Estos artículos identificados a través de referencias cruzadas o búsqueda manual, también fueron sujetos a los tres cribados de lectura de título, resumen y texto completo para ser incluidos en la presente revisión.

www.bdigital.ula.ve

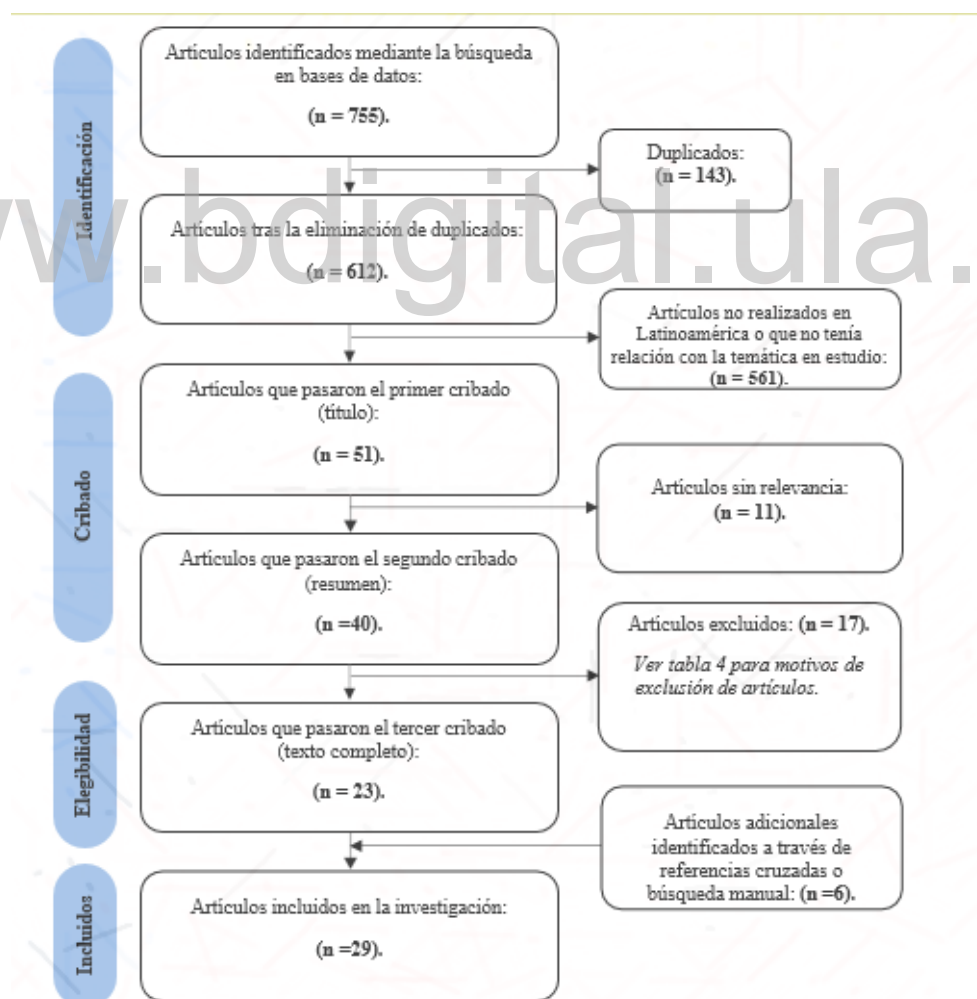
## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS

#### 4.2 Diagrama de flujo

Los resultados del cribado y la selección de los artículos incluidos en esta revisión, son representados en el diagrama de flujo PRISMA modificado:

**Tabla 3** Flujo PRISMA modificado



### 4.3 Artículos excluidos en lectura de texto completo

Como se observa en la Tabla 3 (anteriormente presentada), se detallaron los artículos excluidos durante el cribado de lectura de texto completo. Cabe destacar que un número considerable de artículos se descartaron de la investigación debido a que no se llevaron a cabo en pacientes de Latinoamérica. En concreto, en el cribado de texto completo se excluyeron 17 artículos, que se enumeran a continuación:

**Tabla 4** Artículos excluidos tras la lectura de texto completo y razón de exclusión.

<b>Autores y año</b>	<b>Razón</b>
Sekulic S et. al. 2020 (91)	1
Silveira ML et. al 2016 (92)	1
Kopycka-Kedzierawski DT et. al 2019(93)	1
De Arruda JAA et. al 2023 (44)	1
Castrejón-Perez et. al. 2017 (94)	1
Azañedo D et. al 2020 (95)	1
Rodríguez Franco MI et. al 2020 (96)	1
Casanova Rosado AJ et. al 2021 (97)	1
Corchuelo- Ojeda et. al 2021 (98)	1
Wiener RC et. 2015 (99)	1
Corea Del Cid 2021 (100)	1
Dahl KE et. al 2018 (22)	1
Cataldo D et. al 2023 (46)	1
Tikhonova S et. al 2018 (101)	1
Machado et. al 2020 (102)	1
Costa FO et. al 2020 (103)	1
Sersen et. al 2025 (104)	1

La razón principal de exclusión de estos estudios fue que no se relacionaban directamente con el tema de esta investigación o no establecían una asociación entre la salud bucal y la depresión (1).

## 4.4 Resultados

**Tabla 5** Resumen de los estudios incluidos

Nro	Artículo	País	Tipo de Estudio	Instrumento de medición / Tipo de estudios incluidos	Población de estudio	Objetivo	Conclusiones
1	<b>Amaral J. et al.(105) (2023)</b>	BRASIL	Estudio transversal	Datos de la Encuesta Nacional de Salud (ENS) de 2019.Cuestionario de Salud del Paciente-9 (PHQ-9).	88.531 personas de 18 años o más.	Examinar si las visitas al dentista y la depresión median la asociación entre el nivel socioeconómico y los comportamientos de salud oral.	Los factores psicosociales pueden influir en la salud mental de las personas. Las personas con menor nivel socioeconómico tienen menos acceso a visitas regulares al Odontólogo y presentan mayores niveles de depresión.
2	<b>Cademartori MG. et al.(27) (2018)</b>	BRASIL	Revisión Sistemática y Metaanálisis	Estudios observacionales prospectivos y retrospectivos, transversales y longitudinales.	-	Revisar sistemáticamente la literatura con el fin de investigar la asociación entre la depresión y las enfermedades bucales.	Los resultados muestran una asociación positiva entre la depresión y las enfermedades bucodentales, en particular la caries dental, la pérdida dientes y el edentulismo en adultos y ancianos.
3	<b>Ortuño D. et al. (75) (2023)</b>	CHILE	Estudio Prospectivo	Cohorte del Maule (MAUCO) y Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9)	Individuos de 38 a 74 años de edad, residentes de Molina, Chile.	Examinar la asociación longitudinal entre el número de dientes remanentes y la incidencia de depresión en un seguimiento de 2 y 4 años en individuos de la cohorte del Maule (MAUCO) en Chile.	Las personas con menos de 20 dientes en la boca podrían presentar una mayor probabilidad de presentar depresión a los 2 y 4 años de seguimiento. El edentulismo se asoció con una mayor probabilidad de presentar depresión a los 4 años, y una mayor gravedad de los síntomas depresivos.

4	<b>Restrepo C. et al. (106) (2021)</b>	COLOMBIA	Estudio transversal	Criterios Diagnósticos para los Trastornos Temporomandibulares (TTM), AXIS y Estadísticas Oficiales del Gobierno Colombiano sobre factores psicológicos.	180 individuos de 12 a 15 años matriculados en escuelas de zonas rurales y urbanas.	Evaluar la asociación entre factores psicológicos (síntomas de ansiedad, depresión y somatización) y Trastornos Temporomandibulares en adolescentes entre 12 y 15 años, pertenecientes a zonas urbanas y rurales de Colombia.	Los TTM relacionados con el dolor se asocian con factores psicológicos en la población adolescente de zonas rurales de Colombia. Se encontró que síntomas de ansiedad, depresión y somatización se asociaban con TTM.
5	<b>Ortíz-Barrios LB. et al. (82) (2019)</b>	MEXICO	Estudio transversal	Índice de Evaluación de Salud Oral Geriátrica/General (GOHAI) y Análisis de Clases Latentes (ACL) en salud oral.	234 adultos mayores residentes en México.	Determinar el impacto de la mala salud bucal en la calidad de vida relacionada con la salud bucal (CVRB) en adultos mayores que viven en la comunidad.	Una mala salud bucodental se asocia con una baja calidad de vida relacionada con la salud bucal (CVRB) en adultos mayores.
6	<b>Silva AER. et al. (21) (2019)</b>	BRASIL	Estudio transversal	Cuestionario estandarizado para obtener las variables socioeconómicas y de salud bucal. Escala de Depresión Geriátrica-EDG - 15.	439 adultos mayores de 60 años	Describir la asociación de variaciones de salud bucal con síntomas depresivos en una población de adultos mayores pertenecientes a una unidad de salud familiar del sur de Brasil.	Se identificó una prevalencia significativa de síntomas depresivos del 18,3% entre adultos mayores del sur de Brasil. Las variables número de dientes (1 a 9), percepción de boca seca y dolor bucal se asociaron con la presencia de síntomas depresivos.
7	<b>Cappetta K. et al. (74)2018</b>	USA	Metaanálisis	Ensayos doble ciego, aleatorizados y controlados	-	Cuantificar el riesgo de sequedad bucal asociado con los agentes antidepresivos comúnmente recetados y evaluar las posibles implicaciones del medicamento en la cavidad bucal, inducida por el tratamiento .	Se demostró que existe un riesgo significativo de sequedad bucal asociado con los Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) e inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN) y, en cierta medida, con los antidepresivos atípicos. No existe un efecto significativo de la dosis para la sequedad bucal.

8	D'Avila OP. et al. (107) (2017)	BRASIL	Estudio transversal	Cuestionario Estandarizado de Evaluación Sociodemográfica y del Comportamiento de Salud. Escala de Depresión Geriátrica [GDS], y Exámen Oral [Índice CPOD]	404 pacientes de 60 años o más que gocen de buena salud.	Evaluar la asociación entre los síntomas depresivos y la caries radicular en personas mayores habitantes de Carlos Barbosa, RS, Brasil.	La prevalencia de caries radicular en la población estudiada fue de 74.2%. Los hombres mayores con síntomas depresivos tenían mayor probabilidad de presentar más caries. Los cuadros psicológicos pueden estar involucrados indirectamente en el desarrollo de caries radiculares en adultos mayores.
9	Almohaimeed B. et al. (28) (2022)	USA	Estudio transversal	Encuesta Nacional de Examen de Salud y Nutrición (NHANES) 2015-2016. Cuestionario de Salud del Paciente-9 (PHQ-9) para la depresión y Cuestionario de Salud Bucodental (OHQ).	5992 participantes	Evaluar la relación entre los síntomas de depresión y los resultados de salud bucodental de 2015 a 2016 utilizando la Encuesta Nacional de Examen de Salud y Nutrición (NHANES).	Los síntomas de depresión se asocian con una mala salud bucodental y dolor bucal, teniendo en cuenta los factores sociodemográficos. Además, las personas con depresión eran más propensas a reportar sentirse mal o avergonzadas, y tener dificultades en el trabajo o los estudios debido a la boca.
10	Meza G. et al. (108) (2016)	MEXICO	Estudio de casos y controles	Criterios Clínicos y Estadísticos Internacionales de la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 10 y el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders — Fourth Edition (DSM-IV)5. Test de Depresión de Goldberg. Índice CPOD. Sialometría	33 pacientes diagnosticados con depresión (casos) y 50 pacientes en brigadas médicas sin depresión (controles)	Determinar la prevalencia de las alteraciones bucales en pacientes con y sin trastorno depresivo.	Los pacientes con depresión son más vulnerables a trastornos bucales como caries, gingivitis y boca seca. Así mismo, se observó que los psicofármacos utilizados para el tratamiento de la depresión, estos medicamentos producen efectos adversos relevantes en la cavidad bucal, principalmente xerostomía.
11	Castrillón E. et al. (79) (2022)	COLOMBIA	Revisión Sistemática	14 estudios: ensayos clínicos, ensayos clínicos controlados, estudios comparativos	-	Realizar una revisión sistemática de la literatura sobre el estado de salud oral	Se determinó un vínculo entre los Trastornos Mentales y la caries debido a una inadecuada higiene bucal, alteraciones bucales por los

				y estudios observacionales)		de pacientes hospitalizados con Trastornos Mentales.	fármacos psicotrópicos y por la alteración de la primera barrera de defensa inmunológica.
12	Llalui A. (32) (2022)	PERU	Estudio transversal	Escala de Edimburgo. Inventario de Beck, Índice Simplificado de Higiene Oral de Vermillion.	70 mujeres gestantes entre 18 y 40 años que acuden al Centro de Salud	Indicar la relación entre la depresión y la higiene oral en mujeres embarazadas.	Se determinó que si existe una relación significativa entre la depresión y la higiene bucal de las mujeres gestantes que asisten al centro de salud.
13	Ávila G. et al. (109)(2016)	BRASIL	Estudio transversal	Cuestionario Sociodemográfico. Exámen del Estado Mental. Escala de depresión geriátrica (GDS-15) y Exámen Dental.	892 personas de 60 años o más	Evaluar la asociación entre la presencia de síntomas depresivos y el comportamiento de atención de la salud bucal orientado a problemas, así como la ausencia de búsqueda de atención de la salud.	Las personas mayores con síntomas depresivos no buscan atención odontológica o sólo la buscan cuando presentan problemas bucodentales. Los hombres presentaron una mayor ausencia de atención odontológica que las mujeres.
14	Torres LHDN. et al. (110) (2020)	BRASIL	Estudio transversal	Cuestionarios de autoevaluación de la salud general (SRGH) y la autoevaluación de la salud bucal (SROH). Mini Examen del Estado Mental (MMSE). Escala de Depresión Geriátrica(GDS)	689 personas mayores de 65 años.	Verificar la asociación entre datos sociodemográficos, de salud general y de salud bucal con la autoevaluación de la salud general (SRGH) y la autoevaluación de la salud bucal (SROH) en adultos mayores brasileños que viven de forma independiente.	Los datos de salud bucodental y los ingresos parecen estar relacionados con la autopercepción de la salud general y bucodental. Por lo tanto, el uso de preguntas de autoevaluación puede permitir a los profesionales comprender mejor a sus pacientes y los aspectos importantes que pueden afectar sus vidas.
15	Matsuyama Y. et al. (111) (2021)	USA	Estudio transversal	Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-8) y Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Conductuales (BRFSS). Instrumento de exposición al flúor.	169.061 encuestados nacidos entre 1940 y 1978	Identificar el efecto causal de la pérdida de dientes en la depresión en adultos estadounidenses mediante un experimento natural.	Las personas que perdieron más dientes reportaron mayores síntomas de depresión. Además, la exposición al fluoruro en la niñez tiene implicaciones en la prevención de la pérdida dental en la adultez.

16	Yáñez D. et al. (20) (2023)	CHILE	Revisión Sistemática	14 estudios: 11 estudios transversales y 3 de cohortes prospectivos.	-	Evaluar las dimensiones del impacto de la salud bucal en la calidad de vida de las personas mayores portadores de diversas patologías bucales.	La calidad de vida de las personas mayores es afectada principalmente por pérdida de dientes que compromete su funcionalidad, nutrición, salud mental, interacción social. Sin embargo, una parte de la población de personas mayores, percibe como esperada esta situación por su edad.
17	Tlaiye Y. (33) (2021)	MEXICO	Estudio Transversal	Formulario para recolectar datos generales del sujeto. Perfil de Impacto en la Salud Oral (OHIP-14). Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos de siete reactivos (CESD-7).	465 sujetos	Determinar la asociación entre la calidad de vida relacionada con la salud oral y síntomas depresivos de acuerdo con el sexo en población mexicana.	Existe una asociación entre la calidad de vida relacionada con la salud oral (CVRSO) y los síntomas depresivos, en donde a mayor impacto alto en la CVRSO, mayor riesgo de presentar síntomas depresivos en ambos sexos.
18	Palomer T. et al. (112) (2024)	CHILE	Estudio transversal	Encuesta Nacional de Salud (ENS) de Chile sobre salud bucodental y mental. Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI): diagnóstico de salud mental desarrollada por la OMS. Exámen oral y de autopercepción oral.	2953 personas ≥ 18 años	Evaluar la relación entre el estado de salud bucal, la autopercepción de la salud bucal y la depresión.	Las molestias en cavidad frecuentemente reportadas están relacionadas con una mayor frecuencia de sospecha de depresión o un diagnóstico de depresión en los últimos 12 meses. No se encontró una relación entre la autopercepción de la salud bucal y la depresión.

19	<b>Mata A, Peña L. (113)(2022)</b>	PERU	Estudio transversal, observacional	116 historias clínicas de pacientes atendido en el Hospital Hermilio Valdizán. Lima- Perú.	Pacientes mayores a 11 años	Determinar la relación de la enfermedad periodontal con la depresión en pacientes atendidos en el Hospital Hermilio Valdizán durante el período enero – junio 2022.	Existe una relación significativa entre la enfermedad periodontal y la depresión en pacientes atendidos en el Hospital Hermilio Valdizán durante el período enero – junio 2022.
20	<b>Nascimento GG. et al.(78) (2019)</b>	BRASIL	Estudio de cohorte	Minientrevista psiquiátrica internacional (MINI). The Beck Depression Inventory (BDI -II)	539 individuos de 31 años de edad.	Investigar la asociación entre la depresión y la periodontitis en adultos jóvenes con seguimiento prospectivo desde su nacimiento en una ciudad del sur de Brasil.	Existe una asociación positiva entre síntomas depresivos y la presencia de periodontitis, incluyendo la forma moderada/grave. Los Episodios de Depresión Mayor (EDM) no mostraron asociación con la periodontitis.
21	<b>Barbosa ACDS. et al. (45) (2018)</b>	BRASIL	Estudio Transversal	Encuesta Epidemiológica sobre Trastornos Temporomandibulares. Depresión: Eje II RDC/TMD: evaluación de depresión en función de los síntomas depresivos.	776 individuos entre 15 y 70 años, registrados en la USF	Investigar los síntomas de depresión y el estado de salud bucodental en usuarios del sistema público de salud brasileño.	Los síntomas de depresión se asociaron significativamente con la salud bucal y la autopercepción de la salud bucal.
22	<b>Rebolledo M. et al. (43) (2019)</b>	COLOMBIA	Estudio Transversal	Test de Experiencia Reciente (T.E.R.): medición de estado psicológico. Escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HAD)	26 pacientes que presentaban clínicamente e histopatológicamente Liquefactive Oral, Estomatitis Aftosa Recurrente y Síndrome de Boca Ardiente.	Describir la presencia de liquen plano oral, estomatitis aftosa recurrente y síndrome de boca urente en pacientes con afecciones psicológicas atendidos en una institución de salud.	Se observó que algunas lesiones orales están presentes en pacientes con estrés, ansiedad y depresión. Sin embargo, los resultados no muestran una relación estadísticamente significativa o consistente.

23	<b>Xie Z. et al. (76) (2024)</b>	USA	Estudio Transversal	Encuesta Nacional de Exámen de Salud y Nutrición (NHANES) de 2015-2016 y 2017-2018. Exámen Clínico Bucal. Cuestionario de Salud del Paciente-9 (PHQ-9)	8740 adultos de 20 años o más	Investigar el vínculo entre la depresión y las caries dentales no tratadas entre adultos en los Estados Unidos.	Los hallazgos indican una relación entre la depresión y la caries radicular no tratada, destacando un riesgo significativamente mayor de caries radicular en adultos con depresión moderada a grave. La depresión no se asocia significativamente con la caries coronal no tratada.
24	<b>Costa FDS. et al. (77) (2023)</b>	BRASIL	Estudio Transversal	Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9). Consenso Internacional para la Evaluación del Bruxismo. Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9): para evaluar síntomas depresivos. Versión modificada de la Escala de Estrés Percibido (PSS).	3237 estudiantes matriculados en Institución Universitaria de la ciudad de Pelotas, sur de Brasil.	Investigar la influencia de los síntomas depresivos y el estrés en posible Bruxismo en estudiantes universitarios del sur de Brasil.	Se identificó un efecto sinérgico entre el estrés y la presencia de síntomas depresivos con el posible bruxismo del sueño.
25	<b>Araújo MM. et al. (114) (2016)</b>	BRASIL	Revisión Sistemática y Metaanálisis	15 estudios incluidos en la revisión sistemática: 8 transversales, 6 de casos y controles y 1 estudio de cohorte.	-	Evaluar la evidencia científica sobre la asociación entre la depresión y la periodontitis.	No existe evidencia concluyente para establecer una asociación significativa entre la periodontitis y la depresión, debido a la gran heterogeneidad de los resultados obtenidos en los estudios consultados.
26	<b>Cerqueira JDM. et al. (115) (2018)</b>	BRASIL	Revisión Sistemática	14 estudios incluidos: 8 estudios de casos y controles y 6 estudios transversales.	-	Analizar la relación entre los trastornos psicológicos (estrés, ansiedad y depresión) y el desarrollo del liquen plano oral (LPO).	La evidencia sugiere una asociación entre los trastornos psicológicos y el desarrollo del liquen plano oral. Además, destaca la importancia de considerar factores emocionales en la evaluación y manejo de esta condición clínica.

27	<b>Resende CMBM et al. (83) (2020)</b>	BRASIL	Estudio de casos y controles	Criterios Diagnósticos de Investigación para el Trastorno Temporomandibular (RDC/TMD). HADS (Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria), STAI (Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo), BAI (Inventario de Ansiedad de Beck) y Guía de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud (WHOQOL).	60 pacientes con TTM y 60 sin TTM	Evaluar la relación entre la ansiedad, la calidad de vida (CV) y los aspectos sociodemográficos y los trastornos temporomandibulares (TTM).	Concluye que existe una relación entre los aspectos sociodemográficos, la ansiedad, la CV y los TTM.
28	<b>Coelho JMF. et al. (80) (2020)</b>	BRASIL	Estudio Transversal	Historias Clínicas del Hospital Santa Isabel y el Hospital Ana Nery en Salvador, Bahía, Brasil. Cuestionario de Autoinforme (SRQ-20). Exámen bucal.	621 individuos	Evaluar la asociación entre la exposición a un Trastorno Mental Común (TMC) y la presencia de periodontitis.	Se encontró una asociación significativa entre la presencia de trastornos mentales comunes (TMC) y la periodontitis. Los pacientes atendidos tenían aproximadamente un 50% más de probabilidades de presentar periodontitis en comparación con quienes no tenían esta condición.
29	<b>Malta et. al. (47) (2023)</b>	BRASIL	Estudio de casos y controles	Escala Visual Analógica (EVA). Inventarios de Ansiedad y Depresión de Beck. Inventario de Síntomas de Estrés de Lipp. Inventario de Xerostomía y un Cuestionario para Síndrome de Boca Ardiente (SBA).	60 pacientes, organizados en tres grupos: pacientes con SBA, pacientes con cambios benignos en la cavidad oral y pacientes sanos.	Investigar si existe una relación entre los niveles de ansiedad, depresión y estrés con la presencia del síndrome de boca ardiente (SBA).	El síndrome de boca ardiente está relacionado con la depresión, el estrés y la ansiedad. Estas condiciones pueden influir en la intensidad de los síntomas que presente el paciente.

## DISCUSIÓN

La presente revisión de alcance tiene por objetivo describir la posible asociación entre la depresión y la salud bucal en pacientes adultos en Latinoamérica, basado en el análisis de 29 artículos publicados entre el año 2015 y 2025. Los artículos incluidos se clasifican según la pirámide de la evidencia en: 3 Revisiones Sistemáticas, 2 Revisiones Sistemáticas y Metaanálisis, 1 Metaanálisis, que representan la máxima calidad de evidencia. También, se incluyeron 1 Estudio de Cohorte y 1 Estudio Prospectivo, evidencia robusta de seguimiento de los participantes en el tiempo. Finalmente, se incluyeron 3 Estudios de Casos y Controles y 18 Estudios Transversales para describir la prevalencia de la Depresión y la Salud Bucal en paciente y generar hipótesis.

En este apartado, se comparan, complementan y discuten los resultados obtenidos en esta investigación, con los hallazgos de otros autores.

Según el informe de Carga Mundial de Enfermedades de 2019, publicado por el Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), que proporciona un análisis sistemático de la salud global, aproximadamente 3.500 millones de personas en todo el mundo viven con patologías bucodentales sin tratar, como caries dental, enfermedades periodontales graves, pérdida de dientes y edentulismo. Además, estas patologías ocupan el primer y tercer lugar en prevalencia e incidencia, respectivamente, y son la décima causa más común de discapacidad moderada.(115)

En este contexto, la calidad de vida relacionada con la salud oral (CVRSO) se define como la percepción del individuo sobre su grado de disfrute en relación con su dentición y los tejidos orales en el desempeño de actividades diarias, y la necesidad de acciones preventivas, de diagnóstico y de tratamiento.(77,78,114) Se ha reconocido que la salud oral puede tener un fuerte impacto en la vida psicológica y social de las personas, donde el bienestar, el interés y la autoestima pueden verse disminuidos por trastornos o patologías orales. (76,77,79,108)

Por otra parte, la depresión, es un factor de riesgo establecido para muchas afecciones sistémicas, como la obesidad, los trastornos del sueño y las enfermedades crónicas.(75) Además, los cambios en la salud mental han estado estrechamente

relacionados con los cambios en la salud autoevaluada. En este sentido, la depresión no sólo predice resultados adversos para la salud, sino que también tiene un impacto en la mortalidad, la discapacidad y la calidad de vida.(110) De hecho, debido a la COVID-19, se estimó un aumento global del 28 % en los casos de depresión.(75) La depresión se considera una enfermedad moderna con una alta prevalencia mundial e incidencia creciente. Por lo tanto, conocer su sintomatología, la terapia farmacológica utilizada y el mecanismo de acción, así como las reacciones adversas de algunos medicamentos, permitirá a los Odontólogos comprender la presencia de comorbilidades orales posiblemente relacionadas y, por consiguiente, diagnosticarlas y tratarlas correctamente.(43)

Desde 2015, las enfermedades bucales y la depresión se sitúan entre las diez principales causas de discapacidad en todo el mundo, y un número cada vez mayor de investigadores ha comenzado a prestar atención al vínculo entre ambas.(76)

El análisis sobre la conexión entre la depresión y diversas patologías orales ha permitido identificar que en la cavidad oral se manifiestan diversas patologías, algunas de las cuales presentan etiologías que, si bien son poco claras en apariencia, la literatura sugiere fuertemente una conexión con la psique humana, afectando indirectamente la salud bucal.(43) Esto se debe a que la boca es asiento de lesiones con un carácter multifactorial, donde los factores psicológicos constituyen una variable crucial a considerar.(43)

Por tanto, la relación entre la salud mental y la salud bucal se ha analizado a través de mecanismos tanto biológicos como conductuales. Por una parte, se ha descrito una contribución positiva de la depresión a la mala salud bucal mediante la adquisición y el mantenimiento de hábitos perjudiciales al paciente. A su vez, el componente biológico como alteraciones hormonales o de neurotransmisores, parecen desempeñar un papel importante en relación con los cambios fisiológicos en el paciente.(27,33,112) Estos comportamientos impactan directamente la cavidad oral, provocando cambios físicos directos en la boca, dañando tejidos y aumentando el riesgo de enfermedades.(28,78,112)

La depresión, especialmente en sus manifestaciones moderadas a severas, no sólo afecta la mente, sino que se entrelaza profundamente con el estado de la salud bucal de un individuo.(76) La depresión puede mermar la propia percepción del individuo sobre su salud oral, dificultar el acceso a consultas odontológicas e incluso fomentar prácticas de higiene deficientes, como cepillarse y usar hilo dental con menos frecuencia.(20,27,28,33,75,76,78,79,82,107,109,112) En esencia, los cambios de conducta impulsados por la depresión son un factor predisponente para el desarrollo de patologías orales, lo que inevitablemente repercute en la calidad de vida relacionada con la salud oral (CVRSO) del paciente.(20,21,33) Si bien se ha informado sobre la asociación entre afecciones bucodentales y la salud mental, es importante destacar que, hasta el momento, no hay evidencia causal directa que establezca un vínculo definitivo entre ambas.(43,111) La mala salud bucal, especialmente si causa dolor o inflamación, puede tener un impacto significativo en la salud mental, pudiendo generar baja autoestima y angustia, y contribuyendo incluso a estados depresivos.(20,112) Por ello, se ha observado que las personas con trastornos mentales presentan resultados de salud oral significativamente peores que la población general.(33)

Un estudio relevante observó una asociación entre la CVRSO y los síntomas depresivos, indicando que, a mayor impacto en la CVRSO, mayor riesgo de presentar síntomas depresivos en ambos sexos, incluso después de ajustar por edad, estado civil, ocupación, escolaridad y nivel socioeconómico.(33) Sin embargo, es importante señalar que no todos los estudios arrojan los mismos resultados: un estudio actual no encontró una asociación significativa entre la autopercepción de la salud bucal y la depresión o los síntomas depresivos.(112) A pesar de esto, otras investigaciones sí sugieren que percepciones negativas aumentan el riesgo de depresión, y que la presencia de molestias frecuentes al comer o hablar relacionadas con la salud bucal o las prótesis se vincula con un mayor riesgo de depresión, debido al impacto directo en la calidad de vida.(112)

La esperanza de vida promedio a nivel mundial actualmente se sitúa en torno a los 73.4 años, y esta cifra ha experimentado un aumento significativo a lo largo del tiempo. En 1950, la esperanza de vida era de aproximadamente 46.5 años, y en 2022

aumentó a 71.7 años. Se prevé que esta tendencia continúe, alcanzando los 77.3 años para el año 2050 según datos de la ONU.(116) Como resultado, el envejecimiento poblacional es cada vez más evidente en distintas regiones del mundo. La literatura indica que la presencia de síntomas depresivos y otras complicaciones de salud aumentan con la edad. En particular, la depresión se considera la enfermedad mental más prevalente en las personas mayores.(20,33,106)

Además, varias enfermedades comunes en este grupo de edad, como la diabetes mellitus, las enfermedades cardiovasculares, problemas respiratorios y problemas de salud mental, están estrechamente relacionadas con la salud bucal.(45,107,110,112) La relación entre la salud bucal y la salud general en la vejez es especialmente compleja y multifacética. En los adultos mayores, estas condiciones están más interconectadas y pueden actuar en doble sentido: enfermedades como la diabetes predisponen a alteraciones bucales, mientras que afecciones bucales pueden tener repercusiones en la funcionalidad (habla, masticación), nutrición, y de manera crucial, en la salud mental (ansiedad, depresión, desarrollo cognitivo, autoestima) e interacción social de los individuos e incluso, afectar la calidad de vida general.(33,110)

Además, la investigación revela una preocupante tendencia en los adultos mayores: un alto porcentaje (76.2%) sólo busca atención odontológica cuando ya existe un problema, en lugar de hacerlo de forma preventiva.(109) Esto confirma que las personas mayores con síntomas depresivos suelen posponer la búsqueda de cuidado dental, agravando su estado de salud bucal, lo que contribuye a altas tasas de edentulismo y agrava la carga de la enfermedad.(109) La prevalencia de mala salud bucal y general en esta población es considerable, con un 27.6% reportando mala salud bucal y un 41.1% mala salud general.(110)

Los problemas bucales como la caries, las enfermedades periodontales la pérdida de dientes y el bruxismo tienen un impacto importante en la calidad de vida de las personas mayores. La pérdida de dientes, en particular, es un factor clave que repercute en la calidad de vida, afectando la autopercepción, el proceso de masticación y su conexión con el deterioro cognitivo, problemas de habla y estética derivados de la atrofia de los músculos masticatorios, lo cual incide directamente en la estética facial,

la autoestima y, fundamentalmente, en la nutrición.(20,33,79,110) En estudios previos, se observó que el 52 % de las personas mayores no tenían dientes.(21) Es importante destacar que, si bien la pérdida de dientes y otros cambios estructurales en la boca son frecuentes en la vejez, estos no son fenómenos inevitables del envejecimiento en sí, sino que son en buena medida indicativos del mal estado de salud bucal acumulado a lo largo del tiempo. En este contexto, la atención y prevención tempranas son fundamentales para mejorar la calidad de vida de las personas mayores.(20)

La relación entre la enfermedad periodontal y la depresión es un tema de debate en la literatura científica, con hallazgos que a menudo resultan contradictorios.(114) Por un lado, algunos estudios sugieren una clara asociación. Concretamente, se ha reportado que la periodontitis es dependiente de la depresión, indicando una mayor probabilidad de que un paciente con depresión también presente enfermedad periodontal en comparación con uno sin ella.(113) Además, se ha encontrado un riesgo un 19% mayor de periodontitis en personas con síntomas depresivos,(78) y en un estudio, el 47.18% de las personas con periodontitis presentaban un trastorno mental común (TMC).(80)

La asociación entre trastornos mentales y la periodontitis fue un 54% mayor en individuos expuestos al trastorno mental,(80) los problemas periodontales afectan aproximadamente al 90% de la población mundial, constituyendo la sexta afección más prevalente en todo el mundo,(113) su frecuencia y gravedad aumentan con la edad.(80) Para explicar esta posible asociación, se han propuesto dos vías principales: una conductual y otra biológica.(78)

- **Vía conductual:** los síntomas depresivos pueden conducir a actitudes y conductas de riesgo para la salud,(78) esto se manifiesta en un deterioro de los hábitos de higiene bucal del paciente lo que se traduce en un aumento en la carga de biopelícula oral, y reducción de la resistencia de los tejidos periodontales a la degradación inflamatoria.(78) Los aspectos clínicos como el sangrado gingival y las molestias oclusales también han mostrado relaciones estadísticamente significativas con la sintomatología depresiva,(45) siendo la

presencia de sangrado gingival una condición clínica particularmente relacionada.(45)

- **Vía biológica/psiconeuroinmunológica:** la plausibilidad biológica se apoya en estudios que muestran cómo la depresión y el estrés crónico pueden afectar la respuesta inmunitaria del huésped.(80,114) Esto hace al individuo más susceptible a infecciones y compromete la defensa inmunitaria contra la progresión de infecciones periodontales, incluso en pacientes susceptibles.(80,114) Adicionalmente, la inflamación crónica causada por infecciones bucales como la periodontitis puede, a su vez, generar alteraciones en los niveles hormonales y de neurotransmisores en el cerebro, contribuyendo al desarrollo de la depresión.(112) Por lo tanto, es razonable que los estudios futuros consideren el papel mediador de la inflamación sistémica y los hábitos de higiene bucal al investigar esta relación.(78)

Sin embargo, otros estudios no han encontrado esta asociación. En un estudio se ha reportado que la enfermedad periodontal no se asoció con la depresión.(27) Un estudio posterior también indicó que la depresión no estaba asociada ni con la enfermedad periodontal ni con la pérdida ósea, a pesar de que un porcentaje de personas con depresión reportaron enfermedad periodontal (31.16%) y pérdida ósea (17.68%) en comparación con el grupo sin depresión (18.60% y 16.50% respectivamente).(28) La dificultad en el diagnóstico por personal no profesional o el desconocimiento de la condición por parte de los pacientes, junto con la necesidad de equipo adecuado (radiografías, sonda periodontal) para detectar cambios sutiles, podrían ser factores que expliquen esta aparente falta de asociación en algunos hallazgos.(28)

La contradicción en la evidencia sobre la asociación entre depresión y periodontitis se atribuye a menudo a las grandes diferencias metodológicas y clínicas entre los estudios.(114) A propósito, un metaanálisis de siete estudios transversales mostró la ausencia de asociación, pero presentó una alta heterogeneidad estadística y clínica debido a que los diagnósticos de periodontitis se basaron en diversos parámetros clínicos.(114) Los parámetros periodontales típicamente medidos incluyen la

profundidad de sondaje, recesión gingival, nivel de inserción clínica y sangrado al sondaje.(80)

Por otra parte, la caries dental presenta una clara asociación con la depresión, afectando tanto a la población general como, de forma notable, a los adultos mayores y aquellos con trastornos mentales. Diversos estudios han demostrado que las personas con depresión describen una mayor prevalencia de caries dental en comparación con las personas sin esta condición.(27) Específicamente, se ha reportado que un paciente depresivo puede tener un riesgo hasta cuatro veces mayor de caries.(108) El sufrimiento psicológico inherente a la depresión puede inducir cambios en el sistema inmunitario, con evidencia que sugiere que el estrés y la depresión se asocian con niveles elevados de placa y gingivitis, y el distrés psicológico con una inmunidad secretora salival reducida,(107) que altera la respuesta inmune asociada a mucosas, propicia la formación de placa bacteriana, favorece la inflamación de los tejidos periodontales y aumenta significativamente la proclividad a las lesiones cariosas.(79)

Concretamente, la prevalencia de la caries radicular en adultos mayores puede variar entre 39% y 47%.(107) Los cambios en el flujo salival y la inmunidad, junto con el empeoramiento de los comportamientos de salud, favorecen el desarrollo de caries radicular.(107) Sin embargo, es importante señalar que, aunque las caries radiculares y coronales comparten factores de riesgo, no presentan la misma correlación. Esto podría atribuirse a que la superficie radicular, compuesta por cemento y dentina, es más susceptible a la caries que el esmalte coronal, y la higiene bucal en el área radicular es más exigente.(76) En adultos jóvenes (20-44 años), la depresión moderada a grave se asoció con un riesgo 87% mayor de caries radicular no tratada.(76) De hecho, los participantes con depresión moderada a severa tenían un 50% más de probabilidades de desarrollar caries radicular que aquellos sin depresión.(76)

La alta prevalencia de caries, especialmente en individuos con trastornos mentales, puede llevar a la pérdida de dientes. Las personas con trastornos mentales tienen 2.7 veces más probabilidades de perder todos sus dientes en comparación con la población general, debido a que el tratamiento a menudo culmina en la extracción ante la falta de atención odontológica oportuna.(79) Esto subraya la importancia de considerar la

depresión como un factor relevante en la etiología de la caries, especialmente la radicular, en diversos grupos etarios.(76) Algunos estudios recientes, aunque encontraron que las mujeres con depresión moderada a grave tenían un 46% más de riesgo de caries radicular no tratada, no hallaron diferencias significativas por sexo en el impacto general de la depresión sobre las caries radiculares no tratadas, ni tampoco en la correlación entre depresión y caries dental en general.(76)

Asimismo, diversos estudios han demostrado una asociación directa entre la depresión y la reducción del flujo salival, la sequedad bucal subjetiva y la desregulación del sistema inmunitario salival.(27,28,33,45,107,108,112) Esta condición es particularmente común en la población de edad avanzada, posiblemente debido a la polifarmacia y las molestias que afectan su calidad de vida.(110) La prevalencia de síntomas depresivos en adultos mayores, por ejemplo, ha sido reportada en 18.3%, y un 20.8% de ellos reportó boca seca.(21)

La xerostomía, o boca seca, es uno de los efectos secundarios bucales más prevalentes y significativos asociados al uso de medicamentos antidepresivos, impactando directamente la salud oral de los pacientes con depresión.(45,74,108,110) Esta condición es tan común que se ha reportado que aproximadamente el 74% de los casos de xerostomía en pacientes depresivos se deben a psicofármacos.(108) Los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS), que actúan elevando los niveles de serotonina (un neurotransmisor clave que regula el estado de ánimo, el sueño y el apetito), y los Inhibidores de la Recaptación de Serotonina y Noradrenalina (IRSN), que influyen tanto en la serotonina como en la noradrenalina (otro neurotransmisor implicado en el estado de alerta y la respuesta al estrés), son tratamientos de primera línea para diversos trastornos afectivos. Asimismo, antidepresivos atípicos (como bupropión, mirtazapina, vortioxetina, vilazodona) también son conocidos por inducir sequedad bucal,(74,108,113) incluyendo antidepresivos tricíclicos, estabilizadores del ánimo, anticonvulsivantes y psicoestimulantes.(79)

Un metaanálisis indicó que la mayoría de los antidepresivos aumentan el riesgo de sequedad bucal, siendo los IRSN los que muestran un riesgo ligeramente mayor en

comparación con el placebo.(74) Medicamentos específicos como la Sertralina se han asociado significativamente con la escasa producción salival e hiposalivación.(108) Estas modificaciones inmunológicas se relacionan con la hiperactivación del eje hipotálamo-hipofisario-suprarrenal, que eleva la secreción de cortisol y disminuye los linfocitos y neutrófilos, células esenciales para la protección oral.(107)

La xerostomía no es sólo una molestia; sus implicaciones para la salud oral son significativas. Como consecuencia, la hiposalivación y los cambios inducidos en la inmunidad salival aumentan el riesgo de desarrollar enfermedades bucales, especialmente enfermedad periodontal y caries dental, lo que impacta la salud bucal general.(27,45,76,108,110,112) La saliva cumple funciones protectoras esenciales, y su disminución compromete la remineralización y el arrastre mecánico de bacterias, alterando la primera barrera de defensa inmunológica.(79)

En lo que respecta a la pérdida de dientes o edentulismo, también es un factor crítico con una fuerte asociación con la depresión y el deterioro de la salud mental, con un gran impacto significativo en la calidad de vida. Los hallazgos actuales muestran consistentemente que las personas depresivas tienen una mayor probabilidad de sufrir pérdida de dientes.(27,75,107,109,112)

Un estudio prospectivo evaluó el edentulismo en un periodo de 2 y 4 años y determinó que cuando las personas tenían más dientes al inicio del estudio (10-19 o 20 o más), se observó que tenían menos depresión con el tiempo. Por el contrario, quienes no tenían ningún diente (edentulismo total) tendían a presentar una depresión más grave.(75) De todo esto concluyeron que, tener menos de 20 dientes aumenta la probabilidad de desarrollar depresión en los siguientes 2 y 4 años, y el edentulismo total está relacionado con una mayor probabilidad de desarrollar síntomas depresivos más severos a los 4 años.(75)

La pérdida dental en adultos mayores no se atribuye únicamente a la edad, sino a la carga de enfermedades crónicas mal controladas y a una higiene bucal deficiente, factores agravados por una menor búsqueda de servicios de salud bucal.(82,110) En esta población, el edentulismo es considerable; por ejemplo, el 51.4% de los adultos mayores de un estudio no tenía dientes y el 51.2% requería algún tipo de prótesis.(21)

En relación al dolor dental, el 47,29 % de los participantes con depresión reportaron dolor dental.(28) El dolor asociado con los dientes restantes que requieren tratamiento también puede generar ansiedad y contribuir a síntomas depresivos.(21)

El impacto de la pérdida dental en la salud mental es multifacético:

- **Deterioro de la Calidad de Vida:** la ausencia de dientes y las molestias frecuentes al comer o hablar (relacionadas con dientes naturales o prótesis) aumentan las probabilidades de depresión.(76,111,112) Esto se debe a que la pérdida dental afecta la elección de alimentos, el estado nutricional y la salud general.(110)
- **Afectación Psicosocial:** las personas con menos dientes pueden ver disminuida su capacidad para comunicarse eficazmente, lo que contribuye a malos resultados en su salud mental y puede generar ansiedad y problemas de interacción social.(20,21,33,79,82,83,105,110)
- **Rol de las Prótesis:** Si bien la pérdida de dientes y el uso de prótesis se consideran parte natural del envejecimiento, el uso de prótesis removibles (especialmente superiores) también se ha relacionado con una mayor prevalencia de depresión.(112) Esto puede deberse a los cambios emocionales o psicológicos tras la pérdida dental o a las dificultades de adaptación a las prótesis, que a menudo se asocian con problemas de masticación, habla y calidad de vida bucal.(112) Curiosamente, la presencia de dientes naturales se ha asociado con una mayor prevalencia de mala salud bucal en algunos contextos, mientras que el uso de prótesis no se vinculó con resultados negativos en todos los estudios.(110)

Es fundamental comprender que la pérdida de dientes tiene un efecto causal en el aumento de los síntomas depresivos. Un estudio robusto demostró que, por cada diente adicional perdido, aumentaba la puntuación en síntomas depresivos y la probabilidad de depresión clínica. Perder diez o más dientes tuvo un impacto comparable al de un trastorno depresivo mayor no tratado.(111)

Sin embargo, algunos estudios no han observado una asociación significativa entre el número de dientes restantes y la depresión,(112) lo que podría sugerir la influencia

de aspectos sociales y la percepción de la salud oral, la evidencia general subraya la importancia crítica de prevenir la pérdida dental como una estrategia para reducir la carga de la depresión en la población.(111)

Por su parte, los Trastornos Temporomandibulares (TTM), que a menudo se manifiestan como dolor crónico, tienen una fuerte conexión con la salud mental, especialmente con la depresión. Es común que los TTM se presenten en conjunción con factores psicológicos: un estudio mostró que el 40% de los sujetos presentaba algún tipo de TTM, predominando aquellos relacionados con el dolor.(106) Se ha evidenciado una relación estadísticamente significativa entre la depresión, la somatización y el dolor crónico asociado con los TTM. De hecho, todos los factores psicológicos estudiados, incluyendo la ansiedad, depresión y somatización, se asocian con los TTM en diversas poblaciones, incluso en adolescentes de zonas rurales.(106)

La literatura sugiere que los síntomas de los TTM pueden tener un origen psicológico, emocional o mental.(83) Las afecciones emocionales, como la ansiedad y la depresión, pueden alterar el umbral del dolor al modificar los impulsos nociceptivos del sistema nervioso central y la liberación de neurotransmisores. Además, estos estados psicológicos pueden aumentar la frecuencia, intensidad y duración de los hábitos parafuncionales, lo que a su vez provoca hiperactividad de los músculos masticatorios y sobrecarga de la articulación temporomandibular (ATM), potenciando la aparición del TTM.(83) Sin embargo, la relación es bidireccional: los síntomas de los TTM, sobre todo el dolor crónico, también se han propuesto como causas o factores que contribuyen al desarrollo de la depresión y otras enfermedades psiquiátricas.(83) Los TTM frecuentemente se vuelven crónicos, comprometiendo el sueño diario, las actividades sociales, el equilibrio afectivo y cognitivo, y la actividad física, lo que agrava la carga psicológica [27].

Aunque no se encontraron diferencias en la presencia de TTM entre hombres y mujeres,(106) los síntomas relacionados con los TTM se presentan predominantemente en mujeres jóvenes. Factores biológicos, anatómicos, hormonales, psicosociales y culturales específicos de las mujeres podrían explicar esta discrepancia.(83) En resumen, aunque la frecuencia de síntomas de ansiedad, depresión y somatización

puede parecer baja en casos específicos de dolor miofascial, artralgia y cefalea,(106) la evidencia general subraya una relación significativa entre el sufrimiento psicológico y la manifestación y cronicidad de los TTM.(83,106)

Más allá de la caries, periodontitis y trastornos temporomandibulares (TTM), otras afecciones bucales como el liquen plano oral (LPO), la estomatitis aftosa recurrente (EAR) y el síndrome de boca ardiente (SBA) también se han relacionado con factores psicológicos como la ansiedad, el estrés y la depresión.(43,78,81) Aunque la investigación ha intentado cuantificar estos niveles mediante diversos tests psicométricos, los resultados han sido variados y, en ocasiones, contradictorios.(43)

Para el LPO y la EAR, la evidencia sugiere una asociación con altos niveles de estrés y ansiedad.(43,45) Más de la mitad de los pacientes con LPO han reportado altos niveles de estrés (relacionado con el trabajo, relaciones interpersonales o pérdidas) antes o durante la aparición de la lesión.(43) De hecho, en un estudio, el 53.9% de los sujetos con EAR evidenciaron relación con estrés y ansiedad.(43) Sin embargo, la literatura también presenta resultados controvertidos y escasos estudios robustos sobre esta relación.(115) A pesar de los indicios de que los factores psicológicos están presentes en pacientes con estas lesiones, algunos estudios no han encontrado una asociación estadísticamente significativa o consistente para establecer una relación definitiva.(43) No obstante, una revisión de estudios en la que aplicaron pruebas psicométricas, mostró que la mayoría (71.4%) de ellos vincularon la aparición de LPO con trastornos psicológicos, especialmente ansiedad, depresión y estrés.(115)

En cuanto a la prevalencia de estas lesiones, la estomatitis aftosa recurrente es notable, presentándose en un 65.3% de los sujetos estudiados, con mayor frecuencia de aftas mayores (38.4%).(43) La presencia de factores psicológicos en la población estudiada fue significativa: 38.4% de los sujetos padecían estrés, ansiedad y depresión presentándose de forma aislada o combinada.(43)

Por su parte, el Síndrome de Boca Ardiente (SBA) es una entidad con una relación más consistente con los factores psicológicos. Se describe como un trastorno de dolor crónico que se asocia fuertemente con el desarrollo de trastornos psicológicos como la ansiedad, la depresión y el estrés.(47) Es más común en personas de mediana

edad y mayores de 60 años.(47) Estudios sugieren que el SBA es una afección neuropática donde los trastornos psicológicos desempeñan un papel importante en la modulación del dolor.(47) Los pacientes con SBA presentan niveles significativamente más altos de ansiedad, depresión y estrés, además de síntomas más dolorosos y una sensación subjetiva de xerostomía.(47) La ansiedad, en particular, puede influir o modificar la intensidad y percepción de los síntomas de ardor y entumecimiento.(47)

Este síndrome, aunque puede afectar a cualquier persona, es característicamente más común en mujeres adultas de edad media (50-70 años), especialmente en mujeres peri y posmenopáusicas (10-40% de ellas). Los diagnósticos de SBA en un estudio fueron totalmente en mujeres que demostraban un perfil psicológico de depresión y/o ansiedad, la mayoría mayores de 61 años.(43)

Curiosamente, las alteraciones del gusto en pacientes con SBA ocurren independientemente de los niveles de ansiedad, lo que sugiere que son una característica propia del síndrome.(47) Aunque la fisiopatología del SBA aún es poco conocida y debatida, se cree que es principalmente neuropática y está directamente relacionada con antecedentes de problemas psicológicos, siendo los cambios emocionales factores desencadenantes en muchos casos.(47)

En resumen, si bien la evidencia para el LPO y la EAR puede ser más variada, existe un consenso más claro sobre la fuerte asociación del SBA con trastornos emocionales, lo que subraya la necesidad de considerar la dimensión psicológica en el diagnóstico y manejo de estas afecciones bucales.(43,47)

Finalmente, el bruxismo está fuertemente asociado con el estrés y los síntomas depresivos. En estudios con estudiantes universitarios, la prevalencia de posible bruxismo fue del 24.6%.(77) Se observó que los estudiantes con altos niveles de estrés tenían una prevalencia 61% mayor de bruxismo en comparación con aquellos con bajos niveles de estrés.(77) Además, la prevalencia de bruxismo fue 28% mayor en estudiantes con síntomas depresivos.(77) Esta asociación se encontró tanto en estudiantes que presentaban sólo uno de estos trastornos psicológicos como en quienes presentaban ambos (estrés y depresión).(77)

Si bien el mecanismo exacto que explica el vínculo entre el estrés y el bruxismo no está completamente claro, se postula que el bruxismo es una respuesta fisiológica a los desequilibrios relacionados con el estrés, mediada principalmente a nivel central.(77) El estrés podría incrementar la actividad neuromuscular, lo que aumenta el riesgo de desarrollar bruxismo.(77)

En cuanto a la depresión, la asociación con el bruxismo podría deberse a niveles bajos de neuronas dopaminérgicas en sujetos con depresión.(77) Dado que la dopamina es un neurotransmisor clave asociado con la actividad motora, su deficiencia podría causar un aumento del movimiento muscular, contribuyendo a la aparición del bruxismo.(77) Además, los síntomas depresivos a menudo son inducidos por eventos estresantes, lo que explicaría la asociación de estas afecciones psicológicas con el bruxismo y el efecto acumulativo de ambos.(77)

Al analizar la evidencia recopilada, fue fundamental considerar el impacto de las diversas metodologías de evaluación empleadas en los estudios. La literatura examinada reveló una considerable diversidad en los instrumentos utilizados para evaluar tanto los síntomas psicológicos como la salud bucal. Esta variedad metodológica fue inherente a la complejidad de la relación mente-boca y se debió considerar al interpretar la solidez de los hallazgos. Se observó el empleo de múltiples escalas para la depresión, como la EDG-15, PHQ-9 y BDI-II, en conjunción con métodos diversos para la salud bucal, que incluyeron el Índice COP, IHO-S y los parámetros periodontales. Un aspecto de suma importancia fue la integración de medidas subjetivas, como el Inventario de Xerostomía y las encuestas de Calidad de Vida Relacionada con la Salud Bucal (OHRQoL). La inclusión de la autopercepción del paciente (presente en la CVRSO y SAE) emergió como un predictor relevante, lo que validó la importancia de la perspectiva individual para desentrañar la interconexión entre la salud mental y bucal(21,43,76,79,82,83).

Por otra parte, existe un consenso general en la literatura de que la depresión es más frecuente en la población femenina. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y diversos estudios confirman que las mujeres tienen una mayor incidencia de depresión, llegando a presentar hasta dos veces más riesgo que los

hombres.(32,33,43,45,76,79,80,83,109,112) Esta mayor prevalencia femenina de depresión también se extiende al estrés y otros trastornos psicológicos.(43) Las mujeres pueden tener relaciones sociales más amplias y estar más involucradas emocionalmente, lo que las hace más sensibles a experiencias negativas.(45) Las mujeres tienden a percibir la salud bucal como más relevante que los hombres, lo que influye en sus comportamientos de autocuidado.(75) Esto se refleja en una mayor búsqueda de servicios de salud y odontológicos por parte de las mujeres.(109) Por el contrario, los hombres mostraron una mayor ausencia de atención odontológica, atribuido a la idea de que buscar servicios de salud es un rasgo femenino, al miedo a recibir malas noticias, limitaciones de tiempo y vergüenza.(75,112)

En síntesis, la evidencia analizada subraya una asociación bidireccional y multifactorial entre la depresión y la salud bucal, con implicaciones significativas para el bienestar general del individuo. Los estudios consistentemente muestran que las personas con depresión tienen una mayor probabilidad de reportar una salud bucal deficiente, experimentar dolor bucal y desarrollar afecciones como periodontitis y caries, incluso cuando se controlan factores como el tabaquismo. (20,21,27,28,32,33,45,75,107)

Esta vulnerabilidad no sólo se manifiesta en la condición física de la boca, sino también en el impacto emocional y funcional: los individuos con depresión tienden a sentirse mal o avergonzados por su salud bucal, lo que puede interferir en sus actividades diarias, como estudios o trabajo.(28) Un hallazgo crítico es que la depresión aumenta la probabilidad de experimentar dificultades emocionales ligadas a problemas bucales,(28) y una mala autopercepción de la salud bucal incrementa la probabilidad de un estado depresivo.(45) La presencia de síntomas depresivos se asocia con dolor de origen dental y molestias oclusales, como la disestesia, que, al descartar causas físicas evidentes, sugieren un componente psicosomático.(45)

En consecuencia, estos hallazgos refuerzan la necesidad de un enfoque integral y multidisciplinario en la atención al paciente.(83,112) Reconocer la interconexión entre la salud mental y la salud bucal es fundamental para implementar estrategias preventivas y terapéuticas más efectivas, que no sólo aborden las manifestaciones

orales, sino también los factores psicológicos subyacentes que influyen en la percepción, el autocuidado y el acceso a los servicios de salud bucodental.(20,75,105) Esto podría conducir a una mejora sustancial en la calidad de vida y el bienestar general de la población.(80,110,111)

A pesar de la relevancia crítica para los individuos, la prevención y el manejo de las enfermedades bucodentales han sido objeto de una lamentable negligencia y fallas políticas significativas.(111) Las desigualdades globales en salud bucodental impactan significativamente la productividad y calidad de vida en muchas regiones, dado que una gran cantidad de individuos con afecciones orales no tratadas experimentan un deterioro en su bienestar general.(33,106) Una de las principales razones de esta situación podría ser la ausencia previa de evidencia causal de vínculos directos entre la salud bucodental y otros resultados de salud primarios relevantes.(111)

De hecho, la Asociación Internacional para la Investigación Dental (IADR), a través de su iniciativa Agenda Global de Investigación sobre Desigualdades en Salud Oral (IADR GOHIRA), menciona que una adecuada salud oral es fundamental para la salud general, incluyendo el estado mental y es parte integral de la calidad de vida.(20,75,110)

La salud bucal y la salud mental, especialmente la depresión, están intrínsecamente ligadas a un complejo entramado de determinantes socioeconómicos y psicosociales. La evidencia muestra que las enfermedades bucales afectan desproporcionadamente a los grupos más pobres y desfavorecidos de la sociedad, lo que a su vez puede exacerbar el impacto de la depresión.(105)

El nivel socioeconómico (NSE) es un predictor crucial de la salud bucal. Un NSE más alto se asocia directamente con un mayor uso de los servicios de atención dental y controles regulares.(105) Esta disparidad se debe a diversas barreras. Las personas con bajos ingresos a menudo no pueden costear la atención médica privada y enfrentan irregularidades o falta de disponibilidad en los servicios odontológicos públicos.(105,109,111) La asequibilidad limitada de la atención dental no sólo es perjudicial para la salud bucal, sino que también puede exacerbar el sufrimiento de la depresión en estos grupos.(111) Los bajos niveles educativos también se asocian

positivamente con la ausencia de atención odontológica.(109) Esto se explica por un menor acceso a información sobre prevención y mantenimiento de la salud, lo que lleva a la falta de visitas regulares al odontólogo y a buscar atención sólo ante problemas agudos como el dolor.(109,110) Por el contrario, un buen nivel educativo y una condición socioeconómica favorable están ligados a una mayor conciencia sobre la salud general y bucodental, y a la capacidad de diferenciar entre buenos y malos hábitos.(110) Es fundamental reconocer que, en todos los niveles de ingresos, la depresión se asocia con bajos ingresos; por ejemplo, el 43.10% de las personas con síntomas depresivos se encontraban en esta situación.(28)

Todo esto refuerza cómo la vulnerabilidad socioeconómica y la depresión pueden crear un círculo vicioso en la salud bucal. Los factores psicosociales tienen una profunda influencia en la salud mental, con consecuencias de gran alcance para las conductas relacionadas con la salud bucal y la calidad de vida bucal. El malestar psicológico resultante puede manifestarse como baja autoestima, ansiedad y depresión.(105)

La intrincada relación entre la salud bucal, la salud mental (especialmente la depresión) y las desigualdades sociales exige una reevaluación urgente y una redefinición de las políticas y programas de salud. La evidencia demuestra que las enfermedades bucales afectan desproporcionadamente a los grupos más vulnerables, lo que a su vez agrava el impacto de los problemas de salud mental. Comprender las vías a través de las cuales las desigualdades se vinculan con los comportamientos de salud bucal es crucial para formular e implementar políticas y programas efectivos que aborden estas disparidades persistentes.(105)

Para mitigar los problemas derivados de esta interconexión, las estrategias deben centrarse en políticas que ataquen la distribución desigual de poder, dinero y recursos en la sociedad, junto con acciones comunitarias de apoyo.(105) Es imperativo que la agenda de salud pública priorice la salud mental y bucal de manera conjunta. La mala salud bucal no sólo reduce la calidad de vida, sino que también aumenta los costos de atención médica, haciendo necesaria una redefinición de las políticas y programas de salud.(82,111)

Dentro de este marco, la odontología y la salud pública deben reconocer formalmente la importancia de los trastornos mentales como un factor de riesgo significativo para la mala salud bucodental.(28) Es fundamental desarrollar maneras sencillas y accesibles para que las personas con depresión o trastornos mentales comprendan y accedan a información crucial sobre salud bucodental.(28) Los profesionales de la salud tienen la responsabilidad de informar al público, a través de diversos canales, sobre el alto riesgo de consecuencias negativas para la salud bucodental en personas con depresión.(28)

Además, la evaluación y el tratamiento de condiciones como los trastornos temporomandibulares (TTM) y el liquen plano oral (LPO) deben basarse en un enfoque multiprofesional que involucre a odontólogos y especialistas en salud mental. Es vital reconocer la influencia de los estados emocionales en la práctica clínica para el tratamiento y monitoreo adecuado de estos pacientes, especialmente en enfermedades potencialmente malignas como el LPO.(83,115)

Finalmente, aunque esta investigación aporta una comprensión valiosa sobre la compleja asociación entre depresión y salud bucal en Latinoamérica, es fundamental reconocer sus limitaciones. En efecto, la naturaleza de revisión de alcance de este trabajo significa que, si bien podemos identificar fuertes asociaciones y tendencias a partir de los estudios consultados, no es posible establecer relaciones de causalidad directa. Además, la heterogeneidad del diseño y métodos de medición de depresión/salud bucal empleados en los estudios incluidos, rangos de edades de los individuos o condiciones específicas podrían haber influido en la exhaustividad o uniformidad de los datos analizados. También, la falta de estudios en algunos países de la región limita la generalización de algunos de los hallazgos a la totalidad de la población latinoamericana. Estas consideraciones no disminuyen la relevancia de los resultados obtenidos, sino que recalcan la necesidad de investigaciones futuras con diseños más robustos y enfoques más amplios que puedan superar estos desafíos.

## CONCLUSIÓN

Tras haber explorado en detalle la interconexión bidireccional y multifactorial entre la depresión y la salud bucal, y analizado cómo los determinantes socioeconómicos y las desigualdades en sociales modelan esta relación, se ha subrayado la urgencia de enfoques de atención más integrales, políticas y programas de salud redefinidos. La discusión ha enfatizado el rol crítico de la concientización, la educación y la colaboración interprofesional para abordar estas problemáticas de manera efectiva.

Las conclusiones que siguen sintetizan los aportes más significativos de este trabajo, ofreciendo una visión concisa de los hallazgos más relevantes y sus implicaciones para mejorar la calidad de vida y la salud pública en la región.

Esta revisión de alcance confirma una asociación bidireccional y multifactorial entre la depresión y la salud bucal en adultos. Las patologías bucodentales son altamente prevalentes a nivel global, y la depresión es un factor de riesgo establecido para diversas afecciones sistémicas, habiendo experimentado un aumento significativo de casos.

Asimismo, la depresión se vincula con una salud bucal deficiente debido a hábitos perjudiciales, higiene inadecuada y alteraciones biológicas. Esta situación no sólo impacta negativamente la autopercepción de la salud oral, sino que además resulta en una menor asistencia a las consultas y tratamientos odontológicos, lo que agrava el deterioro de la salud bucal. A su vez, una mala salud bucal puede desencadenar baja autoestima y angustia, elementos que retroalimentan los estados depresivos.

En adultos mayores, la depresión es la enfermedad mental más prevalente, y los problemas de salud bucal se agravan por la búsqueda tardía de atención odontológica, llevando a altas tasas de edentulismo y afectando la calidad de vida.

Existe una asociación entre la depresión y la caries dental, con un riesgo significativamente mayor en pacientes depresivos, y una gran prevalencia de caries radicular. La depresión también se vincula con la reducción del flujo salival y la xerostomía, común debido al uso de antidepresivos, lo que aumenta el riesgo de enfermedades bucales.

No se ha alcanzado un consenso claro en la literatura científica sobre la asociación entre la enfermedad periodontal y la depresión. Aunque algunos estudios sugieren una mayor probabilidad de periodontitis en pacientes con depresión y un riesgo elevado en personas con síntomas depresivos, otros no han encontrado esta conexión. Esta inconsistencia se atribuye a las variaciones metodológicas y clínicas entre las investigaciones, impidiendo una conclusión definitiva sobre su vínculo.

La pérdida de dientes está fuertemente asociada con una mayor probabilidad y severidad de la depresión, afectando la calidad de vida y las interacciones psicosociales.

Patologías como los Trastornos Temporomandibulares (TTM), el bruxismo, el liquen plano oral (LPO), la estomatitis aftosa recurrente (EAR) y el síndrome de boca ardiente (SBA) también muestran una fuerte relación con factores psicológicos como el estrés, la ansiedad y la depresión.

Para evaluar esta compleja interconexión, se utilizan escalas psicométricas para la depresión y ansiedad, junto con índices clínicos y encuestas de autopercepción para la salud bucal.

Si bien estos hallazgos iniciales son consistentes, la dirección exacta de la asociación y los mecanismos subyacentes aún requieren una investigación más profunda. Es fundamental realizar más estudios para explorar la naturaleza de esta relación y, sobre esa base, desarrollar intervenciones efectivas que adopten un enfoque comórbido, abordando simultáneamente la salud bucal y mental para mejorar la calidad de vida general de los pacientes. Esto permitirá no sólo una mejor prevención y tratamiento, sino también un enfoque más holístico en la atención de la salud.

Finalmente, la asociación entre la depresión y la salud bucal está intrínsecamente mediada por factores sociales, económicos y geográficos. Abordar las desigualdades en el acceso a la atención dental, promover la educación en salud y considerar los determinantes psicosociales es crucial para mejorar la salud bucodental y mitigar el impacto de la depresión en los grupos más vulnerables de la sociedad.

## REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Salud bucodental [Internet]. Ginebra: OMS; [citado 4 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>
2. Medigraphic. Efecto de la depresión en la percepción de salud bucal y calidad de vida en adultos mayores [Internet]. Ciudad de México: Medigraphic; [citado 29 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=8345>
3. de la Fuente-Hernández J, Sumano-Moreno Ó, Sifuentes-Valenzuela MC, et al. Impacto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores demandantes de atención dental. [Internet]. [citado 4 de febrero de 2024]; Disponible en: <http://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/30832>
4. Franco-Giraldo Á. La salud bucal, entre la salud sistémica y la salud pública. Univ Salud. 2021 Sep 1;23(3):291-300.
5. Organización Mundial de la Salud. Salud mental: fortalecer nuestra respuesta [Internet]. Ginebra: OMS; [citado 18 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our>
6. Organización Mundial de la Salud. Trastornos mentales [Internet]. Ginebra: OMS; [citado 4 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
7. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Salud Mental - OPS/OMS [Internet]. Washington, D.C.: OPS/OMS; [citado 29 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/salud-mental>
8. Organización Mundial de la Salud. Depresión [Internet]. Ginebra: OMS; [citado 29 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
9. Gallego J, Gómez E. Principales cambios diagnósticos de la CIE-11 en los trastornos afectivos. Psiquiatria.com [Internet]. 2021 [citado 29 de julio de 2025];25. Disponible en: [https://psiquiatria.com/trabajos/usr\\_526558525.pdf](https://psiquiatria.com/trabajos/usr_526558525.pdf)
10. Organización Mundial de la Salud. Publicación de la CIE-11 2022 [Internet]. Ginebra: OMS; [citado 30 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/11-02-2022-icd-11-2022-release>
11. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
12. National Institute of Mental Health. Health Topics [Internet]. Bethesda (MD): U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health; [actualizado 2025 Mar 6; citado 2025 Mar 30]. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/topics>
13. American Psychiatric Association. ¿Qué es la depresión? [Internet]. Washington, DC: American Psychiatric Association; [citado 5 de marzo de 2025].

2024]. Disponible en: <https://www.psychiatry.org/patients-families/la-salud-mental/depresion/que-es-la-depresion>

14. Celleri M, Díaz y M. Ponieman. Trastorno depresivo mayor: epidemiología, psicopatología y diagnóstico [Internet]. Buenos Aires: Facultad de Psicología UBA; 2023 [citado 29 de julio de 2025]. Disponible en: <https://lc.cx/1QBg4h>
15. Vidal J. Depresión: Causas, síntomas y tratamiento [Internet]. Pamplona: Clínica Universidad de Navarra; 2023 [citado 12 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/depresion>
16. Thornicroft G, Mehta N, Clement S, Evans-Lacko S, Docherty S, Grange A, et al. Socio-economic variations in the mental health treatment gap for people with anxiety, mood, and substance use disorders: results from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. Psychol Med [Internet]. 2017 Mar;47(4):619-31. [citado 2025 Mar 30]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29173244/>
17. Tarazona CNL. La depresión en tiempos de covid-19: análisis del impacto de la pandemia en grupos vulnerables. Rev EDUCA UMCH. 2021 Dic 29;(18):93-105. Disponible en: <https://revistas.umch.edu.pe/index.php/EducaUMCH/article/view/178/148>
18. Santomauro DF, Herrera AMM, Mills NT, Won H, Williams LJ, Ferrari AJ, et al. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. Lancet [Internet]. 2021 Nov 6;398(10312):1700-12. [citado 2025 Mar 30]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34634250/>
19. Organización Mundial de la Salud. La OMS subraya la urgencia de transformar la salud mental y los cuidados conexos [Internet]. Ginebra: OMS; 2022 Jun 17 [citado 2024 Mar 5]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/17-06-2022-who-highlights-urgent-need-to-transform-mental-health-and-mental-health-care>
20. Yáñez Haro D, López-Alegría F. Influencia de la salud oral en la calidad de vida de los adultos mayores: una revisión sistemática. Int J Interdiscip Dent. 2023 Abr;16(1):62-70. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S2452-55882023000100062>
21. Silva AER, Kunrath I, Danigno JF, Cascaes AM, Castilhos ED de, Langlois C de O, et al. A Saúde bucal está associada à presença de sintomas depressivos em idosos? Ciênc Saúde Coletiva. 2019 Ene;24:181-8. doi: 10.1590/1413-81232018241.12662017. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018241.12662017>
22. Dahl KE, Calogiuri G, Jönsson B. Perceived oral health and its association with symptoms of psychological distress, oral status and socio-demographic characteristics among elderly in Norway. BMC Oral Health. 2018 May 31;18(1):93. doi: 10.1186/s12903-018-0556-9. PMID: 29855283; PMCID: PMC5984338.
23. Biblioteca Nacional de Medicina de los EE. UU. (NIH Medline Plus revista). Antidepresivos comúnmente recetados y cómo obran [Internet]. Bethesda, MD:

National Institutes of Health; 2023 [citado 2024 Feb 18]. Disponible en: <https://lc.cx/ONE1Tt>

24. Rojas G, Latorre R, Ortega AV. Depresión Mayor y Salud Oral: Rol de los Fármacos Antidepresivos. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr.* 2000 Abr;38(2):126-30. doi: 10.4067/S0717-92272000000200008. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272000000200008>.
25. Gaceta dental. Efectos de la depresión en los dientes y boca [Internet]. Madrid: Gaceta dental; 2021 [citado 2024 Feb 4]. Disponible en: <https://gacetadental.com/2021/04/que-efectos-tiene-la-depresion-en-nuestros-dientes-y-boca-26258/>
26. Kisely S, Sawyer E, Siskind D, Lalloo R. The oral health of people with anxiety and depressive disorders – a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2016 Aug;200:119-32. doi: 10.1016/j.jad.2016.04.040. PMID: 27130961.
27. Cademartori MG, Gastal MT, Nascimento GG, Demarco FF, Corrêa MB. Is depression associated with oral health outcomes in adults and elders? A systematic review and meta-analysis. *Clin Oral Investig.* 2018 Nov;22(8):2685-702. doi: 10.1007/s00784-018-2611-y. PMID: 30191327.
28. Almohaimeed B, Dube SR, Luo R. Investigating oral health among individuals with depression: NHANES 2015–2016. *Saudi Dent J.* 2022 Mar 1;34(3):249-58. doi: 10.1016/j.sdentj.2022.01.001. PMID: 35935724; PMCID: PMC9348997.
29. Zhao B, Jiang X, Kong F, Nam EW. Relationship between Cognition, Depression, and Oral health status in Older adults: A longitudinal cross-lagged analysis. *J Affect Disord.* 2023 Jun 1;330:158-64. doi: 10.1016/j.jad.2023.02.142. PMID: 36870454.
30. Nur'aeny N. The dental management of patients with severe depression disorder. Literature review. *J Dentomaxillofac Sci.* 2016;1(Suppl 1):89. doi: 10.15562/jdmfs.v1i1.117.
31. Esquivel Hernández RI, Jiménez Férrez J. El efecto de los dientes perdidos en la calidad de vida de un grupo de adultos mayores. *Odontol Actual.* 2008;5(58):48-52. Disponible en: <https://lc.cx/C-BYpQ>
32. Llaiqui A. Relación entre la depresión y la higiene oral en gestantes que asisten al Centro de Salud Javier Llosa García del distrito Jacobo Hunter, Arequipa [Tesis de Licenciatura en Internet]. Arequipa: Universidad Católica de Santa María; 2022 [cited 2025 Mar 30]. Disponible en: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/items/6b317aa0-29ed-41f7-a329-44fdd48284c6>
33. Tlaie García Y. Calidad de vida relacionada con la salud oral y síntomas depresivos de acuerdo con el sexo en población mexicana [Tesis de Licenciatura en Internet]. México: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla: Repositorio Institucional de Acceso Abierto RIAA-BUAP; 2021 [cited 2025 Mar 30]. Disponible en: <http://repositorioslatinoamericanos.uchile.cl/handle/2250/3552084>

34. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial de la salud bucodental: hacia la cobertura sanitaria universal para la salud bucodental de aquí a 2030: resumen ejecutivo [Internet]. Ginebra: OMS; 2022 [citado 2024 Feb 4]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240061569>
35. Botero de Mejía Beatriz Eugenia, Pico Merchán María Eugenia. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. Hacia Promoc Salud [Internet]. 2007 Nov [citado 2025 Abr 01];12(1):11-24. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-75772007000100002&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772007000100002&lng=en).
36. Nava GMG. La Calidad de vida: Análisis multidimensional. Enf Neurol (Mex). 2012;11(3):129-37. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=38334>
37. Cardona A D, Agudelo G HB. Construcción cultural del concepto calidad de vida. Rev Fac Nac Salud Pública [Internet]. 2005 Ene [citado 2025 Abr 1];23(1):79-90. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-386X2005000100008&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2005000100008&lng=en)
38. Watt RG, Daly B, Allison P, Macpherson LMD, Venturelli R, Listl S, Weyant RJ, Mathur MR, Guarnizo-Herreño CC, Celeste RK, Peres MA, Kearns C, Benzian H. Ending the neglect of global oral health: time for radical action. Lancet. 2019 Jul 20;394(10194):261-72. doi: 10.1016/S0140-6736(19)31133-X. PMID: 31327370.
39. Corea Del Cid MT. La depresión y su impacto en la salud pública. Revista Médica Hondureña. 2021;89(Supl.1):46-52. Disponible en: <https://doi.org/10.5377/rmh.v89iSupl.1.12047>
40. Fuhrmann CM. La depresión: Un reto para toda la sociedad del que debemos hablar. Rev Cuba Salud Pública. 2017;43(2):136-8. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rcsp/2017.v43n2/136-138/es>
41. Soto Araya Milena, Rojas Alcayaga Gonzalo, Esguep Alfredo. Asociación entre alteraciones psicológicas y la presencia de Liquefacción oral, Síndrome boca urente y Estomatitis aftosa recidivante. Med. oral patol. oral cir. bucal (Ed.impr.) [Internet]. 2004 Feb [citado 2025 Abr 01] ; 9( 1 ): 01-07. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1698-44472004000100001&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1698-44472004000100001&lng=es).
42. Luciano Muscio Rosa, Géssime Oviedo J. M. Condiciones bucales y su relación con el estrés. Revisión actualizada Acta Odontológica Venezolana 2016;54 (2). Obtenible en: <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2016/2/art-10/>
43. Rebolledo Cobos Martha, Reyna Batista Marlon, Herrera Herrera Alejandra, Ruz Severiche Daniela, Montañez Romero Miguel Alberto, Molina Gallardo Camila. Presencia de lesiones orales en pacientes con afecciones psicológicas, atendidos en una institución de salud. Rev Cubana Invest Bioméd [Internet]. 2019 Dic [citado 2025 Abr 01] ; 38( 4 ): . Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03002019000400012&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002019000400012&lng=es). Epub 28-Feb-2020.

44. De Arruda JAA, Heimlich FV, Drumond VZ, Schuch LF, Martins MD, Abreu LG, Teixeira AL, Mesquita RA, Silva TA. Association of anxiety and depression with oral mucositis: A systematic review. *Oral Dis.* 2023 Oct;29(7):2538-2551. doi: 10.1111/odi.14355. Epub 2022 Sep 5. PMID: 35993910.
45. Barbosa ACDS, Pinho RCM, Vasconcelos MMVB, Magalhães BG, Dos Santos MTBR, de França Caldas Júnior A. Association between symptoms of depression and oral health conditions. *Spec Care Dentist.* 2018 Mar;38(2):65-72. doi: 10.1111/scd.12278. Epub 2018 Mar 6. PMID: 29509287.
46. Cataldo D, Mourão LC, Gonçalves LS, Canabarro A. Association of anxiety, age and oral health-related quality of life with periodontitis: A case-control study. *Int J Dent Hyg.* 2023 Apr 30. doi: 10.1111/idh.12687. Epub ahead of print. PMID: 37122131.
47. Malta CEN, Costa FWG, Dias CC, Carlos ACAM, Sousa FB, Silva PGB, Teófilo CR. Association of anxiety, depression, and stress with burning mouth syndrome: a case-control study. *Gen Dent.* 2021 Jul-Aug;69(4):46-52. PMID: 34185668.
48. Díaz Pérez CA, Barreiro Mendoza GN, Martínez Rodríguez M. Dolor crónico del maxilar. Presentación de un caso. *Rev Inf Cient [Internet].* 2018 Feb [citado 2025 Abr 1];97(1):175-82. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1028-99332018000100175&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-99332018000100175&lng=es).
49. Migueláñez Medrán BC, Goicoechea García C, López Sánchez A, Martínez García MA. Dolor orofacial en la clínica odontológica. *Rev Soc Esp Dolor [Internet].* 2019 Ago [citado 2025 Abr 2];26(4):233-42. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-80462019000400007&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462019000400007&lng=es).  
<https://dx.doi.org/10.20986/resed.2019.3724/2019>.
50. Conti PC, Pinto-Fiamengui LM, Cunha CO, Conti AC. Orofacial pain and temporomandibular disorders: the impact on oral health and quality of life. *Braz Oral Res.* 2012;26 Suppl 1:120-3. doi: 10.1590/s1806-83242012000700018. PMID: 23318754.
51. Verhoeff MC, Lobbezoo F, Ahlberg J, Bender S, Bracci A, Colonna A, Dal Fabbro C, Durham J, Glaros AG, Häggman-Henrikson B, Kato T, Koutris M, Lavigne GJ, Nykänen L, Raphael KG, Svensson P, Wieckiewicz M, Manfredini D. Updating the Bruxism Definitions: Report of an International Consensus Meeting. *J Oral Rehabil.* 2025 May 1. doi: 10.1111/joor.13985. Epub ahead of print. PMID: 40312776.
52. Ordóñez-Plaza Miriam Patricia, Villavicencio-Caparó Ébingen. Prevalencia de bruxismo de vigilia evaluado por auto-reporte en relación con estrés, ansiedad y depresión. *Rev. Estomatol. Herediana [Internet].* 2016 Jul [citado 2025 Abr 02] ; 26( 3 ): 147-150. Disponible en:

- [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1019-43552016000300005&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1019-43552016000300005&lng=es). <http://dx.doi.org/10.20453/reh.v26i3.2958>.
53. Frugone Zambra RE, Rodríguez C. Bruxismo. Av Odontoestomatol [Internet]. 2003 Jun [citado 2025 Abr 02] ; 19( 3 ): 123-130. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-12852003000300003&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852003000300003&lng=es)
  54. Lescas Méndez Octavio, Hernández Ma Elena, Sosa Amílcar, Sánchez Manuel, Ugalde-Iglesias Carlos, Ubaldo-Reyes Laura et al . Trastornos temporomandibulares: Complejo clínico que el médico general debe conocer y saber manejar. Cátedra especial "Dr. Ignacio Chávez". Rev. Fac. Med. (Méx.) [revista en la Internet]. 2012 Feb [citado 2025 Abr 01] ; 55( 1 ): 4-11. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0026-17422012000100002&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422012000100002&lng=es).
  55. Tomoyasu Y, Higuchi H, Mori M, Takaya K, Honda Y, Yamane A, Yabuki A, Hayashi T, Ishii-Maruyama M, Jinzenji A, Maeda S, Kohjitani A, Shimada M, Miyawaki T. Chronic orofacial pain in dental patients: retrospective investigation over 12 years. Acta Med Okayama. 2014;68(5):269-75. doi: 10.18926/AMO/52895. PMID: 25338483.
  56. Willeman Bastos Tesch LV, Souza Tesch R. de, Pereira Jr. FJ. Trastornos temporomandibulares y dolor orofacial crónico: al final, ¿a qué área pertenecen?. Rev. Soc. Esp. Dolor [Internet]. 2014 Abr [citado 2025 Abr 02] ; 21(2): 70-74. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-80462014000200002&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462014000200002&lng=es). <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-80462014000200002>.
  57. Klasse G. Trastornos temporomandibulares - Trastornos bucales y dentales Manual MSD versión para público general. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es/hogar/trastornos-bucal-y-dentales/trastornos-temporomandibulares/trastornos-temporomandibulares>
  58. Mendiburu-Zavala Celia E., Castellero-Rosas América S., Lugo-Ancona Pedro E., Carrillo-Mendiburu Josué. Disfunción temporomandibular y depresión en adolescentes de ascendencia maya. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. [revista en la Internet]. 2020 Jun [citado 2025 Abr 01] ; 77( 3 ): 127-134. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-11462020000300127&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462020000300127&lng=es). Epub 25-Sep-2020. <https://doi.org/10.24875/bmhim.20000002>.
  59. Lévano Loayza Sandro Alexander, Sovero Gaspar Abell Temistocles. Evaluación anatómica de la articulación temporomandibular mediante resonancia magnética. Artículo de revisión. Rev. Estomatol. Herediana [Internet]. 2020 Oct [citado 2025 Abr 02] ; 30( 4 ): 285-293. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1019-43552020000400285&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1019-43552020000400285&lng=es). <http://dx.doi.org/10.20453/reh.v30i4.3882>.
  60. Alarcón-Apablaza Josefa, García-Orozco Laura, Villanueva-Rickemberg José, Duque-Colorado Jhonatan, Fuentes Ramón. Articulación Temporomandibular

- ¿Disco o Menisco Articular?. Int. J. Morphol. [Internet]. 2023 Abr [citado 2025 Abr 01] ; 41( 2 ): 471-476. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95022023000200471&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95022023000200471&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95022023000200471>.
61. Araneda P, Oyarzo JF, González M, Figueroa C. Intervención psicológica en trastornos temporomandibulares: Revisión narrativa. J Oral Res. 2013;2(2):86-90.
  62. Llorca GJ, Muriel C, González-Tablas MM, Díez MA. Relación entre características del dolor crónico y los niveles de depresión. Rev Soc Esp Dolor [Internet]. 2007 Ene [citado 2025 Abr 2];14(1):26-35. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-80462007000100005&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462007000100005&lng=es).
  63. González Jiménez E, Aguilar Cordero MJ, Guisado Barrilao R, Tristán Fernández JM, García López PA, Álvarez Ferre J. Xerostomía: Diagnóstico y Manejo Clínico. Rev Clin Med Fam [Internet]. 2009 Feb [citado 2025 Abr 2];2(6):300-4. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1699-695X2009000100009&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2009000100009&lng=es).
  64. Ulloa B J P, Fredes C F. Manejo actual de la xerostomía. Rev Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello [Internet]. 2016 Ago [citado 2025 Abr 1];76(2):243-8. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-48162016000200017&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48162016000200017&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48162016000200017>.
  65. Hennessy B. Xerostomía. En: Manual MSD versión para profesionales [Internet]. Rahway (NJ): Merck & Co. Inc.; 2024 [citado 2025 Jul 30]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-odontológicos/síntomas-de-los-trastornos-bucales-y-dentales/xerostomía>
  66. Vicencio S D, Reyes S G, Alvo V A, García C K. Síndrome de la boca ardiente: revisión de la literatura. Rev Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello [Internet]. 2022 Mar [citado 2025 Abr 1];82(1):86-94. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-48162022000100086&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48162022000100086&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/s0718-48162022000100086>.
  67. Instituto Nacional de Investigación Dental y Craneofacial. El síndrome de la boca ardiente - Causas, Síntomas, Diagnóstico, Tratamiento. Bethesda (MD): U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health; [actualizado 2024 Mar 21; citado 2025 Abr 1]. Disponible en: <https://www.nidcr.nih.gov/espanol/temas-de-salud/sindrome-boca-ardiente>
  68. Troya Borges E, Martínez Abreu J, Padilla Suárez E, Iglesias López N, Ramos Ortega A. La estomatitis aftosa recurrente y las situaciones de estrés como factor de riesgo. Rev Med Electron [Internet]. 2014 Dic [citado 2025 Abr 1];36(6):799-812. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242014000600001&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600001&lng=es).

69. Sánchez Cepero ZJ, Martínez Brito I, Hidalgo Gato Fuentes I. El estrés como factor de riesgo de la estomatitis aftosa recurrente. *Rev Med Electron* [Internet]. 2011 Feb [citado 2025 Abr 1];33(1):39-44. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242011000100006&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242011000100006&lng=es).
70. Blanco Carrión A, Otero Rey E, Peñamaría Mallón M, Diniz Freitas M. Diagnóstico del liquen plano oral. *Av Odontoestomatol* [Internet]. 2008 Feb [citado 2025 Abr 2];24(1):11-31. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-12852008000100002&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852008000100002&lng=es).
71. Urbizo Vélez J. Liquen plano bucal y displasia epitelial. *Rev Cubana Estomatol* [Internet]. 2013 Jun [citado 2025 Abr 1];50(2). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75072013000200004&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072013000200004&lng=es).
72. Farré J. Tipos de Depresión. En: Servicio Psiquiatría y Psicología Hospital Universitario Dexeus [Internet]. Barcelona (España); 2016 [citado 2025 Jul 30]. Disponible en: <https://www.psiquiatriapsicologia-dexeus.com/es/unidades.cfm/ID/1099/ESP/tipos-depresion.htm>
73. WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. ATC/DDD Index [Internet]. Oslo: Norwegian Institute of Public Health; 2025 [citado 2025 Jul 14]. Disponible en: <https://atcddd.fhi.no/>
74. Cappetta K, Beyer C, Johnson JA, Bloch MH. Meta-analysis: Risk of dry mouth with second generation antidepressants. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2018 Jun 8;84(Pt A):282-93. doi: 10.1016/j.pnpbp.2017.12.012. Epub 2017 Dec 20. PMID: 29274375.
75. Ortuño D, Martínez C, Caneo C. Association between number of remaining teeth and incident depression in a rural Chilean cohort. *BMC Oral Health*. 2023 Sep 4;23(1):633. doi: 10.1186/s12903-023-03374-4. PMID: 37667244; PMCID: PMC10478404.
76. Xie Z, Shi L, He L. Depression and dental caries in US adults, NHANES 2015-2018. *BMC Oral Health*. 2024 May 2;24(1):520. doi: 10.1186/s12903-024-04288-5. PMID: 38698375; PMCID: PMC11067126
77. Costa FDS, Fernandez MDS, Silva-Junior IFD, Karam SA, Chisini LA, Goettems ML. Association Involving Possible Sleep Bruxism, Stress, and Depressive Symptoms in Brazilian University Students: A Cross-sectional Study. *Sleep Sci*. 2023 Sep 11;16(3):e317-e322. doi: 10.1055/s-0043-1772808. PMID: 38196771; PMCID: PMC10773504.
78. Nascimento GG, Gastal MT, Leite FRM, Quevedo LA, Peres KG, Peres MA, Horta BL, Barros FC, Demarco FF. Is there an association between depression and periodontitis? A birth cohort study. *J Clin Periodontol*. 2019 Jan;46(1):31-39. doi: 10.1111/jcpe.13039. PMID: 30499588.
79. Castrillón, E., Castro, C., Ojeda, A., Caicedo, N., Moreno, S., & Moreno, F. (2022). Estado de salud oral de pacientes hospitalizados con trastornos mentales: Revisión sistemática de la literatura. *Revista colombiana de psiquiatria*, 51(1), 51–60. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.02.001>

80. Coelho JMF, Miranda SS, da Cruz SS, Dos Santos DN, Trindade SC, Cerqueira EMM, Passos-Soares JS, Costa MDCN, Figueiredo ACMG, Hintz AM, de Almeida ARB, Pereira MN, de Souza NM, Barreto ML, Gomes-Filho IS. Common mental disorder is associated with periodontitis. *J Periodontal Res*. 2020 Apr;55(2):221-228. doi: 10.1111/jre.12705. Epub 2019 Oct 28. PMID: 31659753.
81. Malta CEN, Costa FWG, Dias CC, Carlos ACAM, Sousa FB, Silva PGB, Teófilo CR. Association of anxiety, depression, and stress with burning mouth syndrome: a case-control study. *Gen Dent*. 2021 Jul-Aug;69(4):46-52. PMID: 34185668.
82. Ortiz-Barrios LB, Granados-García V, Cruz-Hervert P, Moreno-Tamayo K, Heredia-Ponce E, Sánchez-García S. The impact of poor oral health on the oral health-related quality of life (OHRQoL) in older adults: the oral health status through a latent class analysis. *BMC Oral Health*. 2019 Jul 10;19(1):141. doi: 10.1186/s12903-019-0840-3. PMID: 31291933; PMCID: PMC6622000.
83. Resende CMBM, Rocha LGDDS, Paiva RP, Cavalcanti CDS, Almeida EO, Roncalli AG, Barbosa GAS. Relationship between anxiety, quality of life, and sociodemographic characteristics and temporomandibular disorder. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. 2020 Feb;129(2):125-132. doi: 10.1016/j.oooo.2019.10.007. Epub 2019 Nov 26. PMID: 31784398.
84. Pérez J, Bentacourt J, Suárez P. Descentralización y sistemas de salud en América Latina. *Rev Cienc Soc [Internet]*. 2006;12(1):36-45. Disponible en: [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1315-95182006000100004&lng=es&tlng=es](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-95182006000100004&lng=es&tlng=es).
85. América Latina y el Caribe aúna esfuerzos para avanzar hacia la salud universal | Comisión Económica para América Latina y el Caribe [Internet]. [citado 2 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/notas/america-latina-caribe-auna-esfuerzos-avanzar-la-salud-universal>
86. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública | *Rev. panam. salud pública*;18(4/5): 229-240, oct.-nov. 2005. tab | LILACS [Internet]. [citado 2 de abril de 2025]. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-422735>
87. Magdaleno MO. Salud bucal en América Latina: Desafíos por afrontar. *Rev Latinoam Difus Científica*. 2024 Jun 30;6(11):142-56.
88. Arias FG. El proyecto de investigación (Introducción a la metodología científica) [Internet]. Caracas: Episteme; 2012 [citado 2024 Mar 29]. Disponible en: <https://abacoenred.org/wp-content/uploads/2019/02/El-proyecto-de-investigaci%C3%B3n-F.G.-Arias-2012-pdf-1.pdf>
89. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *Int J Soc Res Methodol [Internet]*. 2005 Feb [citado 2025 Mar 30];8(1):19-32. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/1364557032000119616>
90. Chambergo-Michilot D, Diaz-Barrera M, Benites-Zapata V. Revisiones de alcance, revisiones paraguas y síntesis enfocada en revisión de mapas: aspectos metodológicos y aplicaciones. *Rev. perú. med. exp. salud publica* . 2021; 38(

1): 136-142. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2021.381.6501>.

91. Sekulić S, John MT, Davey C, Renner-Sitar K. Association Between Oral Health-Related and Health-Related Quality of Life. *Zdr Varst*. 2020 Apr 6;59(2):65-74. doi: 10.2478/sjph-2020-0009. PMID: 32952705; PMCID: PMC7478079
92. Silveira ML, Whitcomb BW, Pekow P, Carbone ET, Chasan-Taber L. Anxiety, depression, and oral health among US pregnant women: 2010 Behavioral Risk Factor Surveillance System. *J Public Health Dent*. 2016 Winter;76(1):56-64. doi: 10.1111/jphd.12112. Epub 2015 Aug 13. PMID: 26270155; PMCID: PMC4752913.
93. Kopycka-Kedzierawski DT, Li D, Xiao J, Billings RJ, Dye TD. Association of periodontal disease with depression and adverse birth outcomes: Results from the Perinatal database; Finger Lakes region, New York State. *PLoS One*. 2019 Apr 18;14(4):e0215440. doi: 10.1371/journal.pone.0215440. PMID: 30998794; PMCID: PMC6472778.
94. Castrejón-Pérez RC, Borges-Yáñez SA, Irigoyen-Camacho ME, Cruz-Hervert LP. Negative impact of oral health conditions on oral health related quality of life of community dwelling elders in Mexico city, a population based study. *Geriatr Gerontol Int*. 2017 May;17(5):744-752. doi: 10.1111/ggi.12780. Epub 2016 May 6. PMID: 27150729.
95. Azañedo D, Chambergo-Michilot D, Hernández-Vásquez A. Associations between chronic conditions and oral health services utilization in older Peruvian adults: a pooled analysis of the Demographic and Health Survey 2015-2017. *Epidemiol Health*. 2020;42:e2020023. doi: 10.4178/epih.e2020023. Epub 2020 Apr 9. PMID: 32272006; PMCID: PMC7340616.
96. Rodríguez Franco NI, Moral de la Rubia J, Alcázar Pizaña AG. Predictive Model of Clinical Attachment Loss and Oral Health-Related Quality of Life through Depressive Symptomatology, Oral Hygiene Habits, and Proinflammatory Biomarkers: A Pilot Study. *Dent J (Basel)*. 2020 Feb 21;8(1):20. doi: 10.3390/dj8010020. PMID: 32098025; PMCID: PMC7148471.
97. Casanova-Rosado AJ, Casanova-Rosado JF, Minaya-Sánchez M, Robles-Minaya JL, Casanova-Sarmiento JA, Márquez-Corona ML, Pontigo-Loyola AP, Isla-Granillo H, Mora-Acosta M, Márquez-Rodríguez S, Medina-Solís CE, Maupomé G. Association of Edentulism with Various Chronic Diseases in Mexican Elders 60+ Years: Results of a Population-Based Survey. *Healthcare (Basel)*. 2021 Apr 1;9(4):404. doi: 10.3390/healthcare9040404. PMID: 33916223; PMCID: PMC8066655.
98. Corchuelo-Ojeda J, González Pérez GJ, Casas-Arcila A. Factors Associated With Self-Perception in Oral Health of Pregnant Women. *Health Educ Behav*. 2022 Jun;49(3):516-524. doi: 10.1177/10901981211038903. Epub 2021 Dec 26. PMID: 34955047; PMCID: PMC9149525.
99. Wiener RC, Wiener MA, McNeil DW. Comorbid depression/anxiety and teeth removed: Behavioral Risk Factor Surveillance System 2010. *Community Dent*

Oral Epidemiol. 2015 Oct;43(5):433-43. doi: 10.1111/cdoe.12168. Epub 2015 May 13. PMID: 25970143; PMCID: PMC4568997.

100. Corea Del Cid M. La depresión y su impacto en la salud pública. REV MÉD HONDUR 2021;89 (1):S1-68. DOI: <https://doi.org/10.5377/rmh.v89iSupl.1.12047>
101. Tikhonova S, Booi L, D'Souza V, Crosara KTB, Siqueira WL, Emami E. Investigating the association between stress, saliva and dental caries: a scoping review. BMC Oral Health. 2018 Mar 13;18(1):41. doi: 10.1186/s12903-018-0500-z. PMID: 29534715; PMCID: PMC5851323.
102. Machado NAG, Costa YM, Quevedo HM, Stuginski-Barbosa J, Valle CM, Bonjardim LR, Garib DG, Conti PCR. The association of self-reported awake bruxism with anxiety, depression, pain threshold at pressure, pain vigilance, and quality of life in patients undergoing orthodontic treatment. J Appl Oral Sci. 2020 Mar 27;28:e20190407. doi: 10.1590/1678-2019-0407. PMID: 32236355; PMCID: PMC7105289.
103. Costa FO, Cortelli JR, Lima RPE, Costa AA, Cortelli SC, Cota LOM. Depressive disorders associated with the recurrence of periodontitis in periodontal maintenance. J Int Acad Periodontol. 2020 Apr 1;22(2):1-9. PMID: 32224545.
104. Sersen AC, Celis-Dooner J, Buratovic JP, Mococain CC, Torres BM, Ferrer FM, Tagle EL, Borroto DO. Associations of number and position of tooth loss and quality of life in the Chilean population: a cross-sectional study. BMC Oral Health. 2025 Mar 27;25(1):447. doi: 10.1186/s12903-025-05822-9. PMID: 40148817; PMCID: PMC11948881.
105. Amaral Júnior OLD, Fagundes MLB, Bastos LF, Menegazzo GR, Hugo FN, Abreu LG, Iser BPM, Hilgert JB, Giordani JMDA. Dental visits and depression mediating the association of socioeconomic status with oral health behaviors. Braz Oral Res. 2023 Jan 16;36:e094. doi: 10.1590/1807-3107bor-2022.vol36.0094. PMID: 36651385.
106. Restrepo C, Ortiz AM, Henao AC, Manrique R. Association between psychological factors and temporomandibular disorders in adolescents of rural and urban zones. BMC Oral Health. 2021 Mar 20;21(1):140. doi: 10.1186/s12903-021-01485-4. PMID: 33743662; PMCID: PMC7981971.
107. D'Avila OP, Wendland E, Hilgert JB, Padilha DMP, Hugo FN. Association between Root Caries and Depressive Symptoms among Elders in Carlos Barbosa, RS, Brazil. Braz Dent J. 2017 Jan-Apr;28(2):234-240. doi: 10.1590/0103-6440201700933. PMID: 28492755.
108. Meza G, Perez N, Vásquez D. Estudio comparativo de alteraciones bucales en pacientes con depresión en el Estado de Oaxaca, México. Revista Mexicana de Estomatología 2016; 3(1): 29-41. Disponible en: <https://www.remexesto.com/index.php/remexesto/article/view/60/91>
109. Ávila, G. Á. de C., Martins, A. B., D'Avila, O. P., Neves, M., Hilgert, J. B., & Hugo, F. N. (2016). Association between depressive symptoms and dental care-seeking behavior among elderly Brazilian people. Revista de Odontologia Da UNESP, 45(3), 132–138. <https://doi.org/10.1590/1807-2577.22215>

110. Torres LHDN, Fagundes MLB, Silva DDD, Neri AL, Hilgert JB, Hugo FN, Sousa MDLR. Self-rated general and oral health and associated factors in independently-living older individuals. *Braz Oral Res.* 2020;34:e079. doi: 10.1590/1807-3107bor-2020.vol34.0079. Epub 2020 Jul 15. PMID: 32696912.
111. Matsuyama Y, Jürges H, Dewey M, Listl S. Causal effect of tooth loss on depression: evidence from a population-wide natural experiment in the USA. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2021 May 25;30:e38. doi: 10.1017/S2045796021000287. PMID: 34030762; PMCID: PMC8157508.
112. Palomer T, Ramírez V, Ortuño D. Relationship between oral health and depression: data from the National Health Survey 2016-2017. *BMC Oral Health.* 2024 Feb 5;24(1):188. doi: 10.1186/s12903-024-03950-2. Erratum in: *BMC Oral Health.* 2024 Mar 28;24(1):399. PMID: 38317129; PMCID: PMC10845575.
113. Mata A, Peña L. Relación de la Enfermedad Periodontal con la Depresión en Personas Atendidas en el Hospital Hermilio Valdizan Durante el Periodo Enero – Junio 2022. Repositorio Universidad César Vallejo 2022. Disponible en: [https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/111661/Mata\\_RAA-Pe%c3%b1a\\_ALN-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/111661/Mata_RAA-Pe%c3%b1a_ALN-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
114. Araújo MM, Martins CC, Costa LC, Cota LO, Faria RL, Cunha FA, Costa FO. Association between depression and periodontitis: a systematic review and meta- analysis. *J Clin Periodontol.* 2016 Mar;43(3):216-28. doi: 10.1111/jcpe.12510. Epub 2016 Mar 6. PMID: 26743451.
115. Cerqueira JDM, Moura JR, Arsati F, Lima-Arsati YBO, Bittencourt RA, Freitas VS. Psychological disorders and oral lichen planus: A systematic review. *J Investig Clin Dent.* 2018 Nov;9(4):e12363. doi: 10.1111/jicd.12363. Epub 2018 Oct 1. PMID: 30270524.
116. Dattani S, Rodés-Guirao L, Ritchie H, Ortiz-Ospina E, Roser M. Life Expectancy. *Our World Data* [Internet]. 28 de noviembre de 2023 [citado 6 de julio de 2025]; Disponible en: <https://ourworldindata.org/life-expectancy>