

**Presencia de lesiones orales en pacientes con afecciones psicológicas,
atendidos en una institución de salud**

Presence of oral lesions in a group of patients with psychological disorders
attending a health institution

Martha Rebolledo Cobos^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-0488-2464>

Marlon Reyna Batista¹ <https://orcid.org/0000-0003-4489-415X>

Alejandra Herrera Herrera¹ <https://orcid.org/0000-0001-5830-5868>

Daniela Ruz Severiche¹ <https://orcid.org/0000-0002-1292-2374>

Miguel Alberto Montañez Romero¹ <https://orcid.org/0000-0002-4534-451>

Camila Molina Gallardo¹

¹Universidad Metropolitana. Colombia.

*Autor para la correspondencia: mrebolledo@unimetro.edu.co

RESUMEN

Introducción: El liquen plano oral, la estomatitis aftosa recurrente y el síndrome boca urente constituyen entidades patológicas bucales que presentan relación con afecciones psicológicas.

Objetivo: 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.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, obteniéndose una población de 35 pacientes seleccionados mediante un muestreo no probabilístico por criterio de 26 pacientes aquellos que fueron remitidos del área de psicología (bajo un test de diagnóstico psicológico) al servicio de estomatología, con lesiones orales antes descritas. Bajo la firma de un consentimiento informado fueron tratadas y evolucionadas en un periodo de 16 meses. Se tuvieron en cuenta las consideraciones éticas basadas en la resolución 008430 de 1993, tratado de Helsinki.

Resultados: En cuanto a la frecuencia, la lesión bucal que más se presentó fue la estomatitis aftosa recurrente en un 65,3 %, las aftas mayores en un 38,4%, seguido de un tipo aftas menores en un 26,9 %, entre otras lesiones en menor frecuencia. Los diagnósticos psicológicos evidenciados fueron estrés, depresión y ansiedad, en diferentes proporciones, mostrándose como lesión más frecuente dentro de estas entidades psicológicas, la estomatitis aftosa recurrente. No existió asociación estadística entre las variables orales y las psicológicas por mostrar valores de $p > 0,005$.

Conclusiones: Existió la presencia de liquen plano oral, la estomatitis aftosa recurrente y el síndrome boca urente en alteraciones psicológicas como estrés, ansiedad y depresión, con mayor frecuencia la estomatitis aftosa recurrente.

Palabras clave: estomatitis; glosodinia; boca ardiente; ansiedad; depresión; estrés; liquen plano oral (DESC).

ABSTRACT

Introduction: Oral lichen planus, recurrent aphthous stomatitis and burning mouth syndrome are oral conditions related to psychological disorders.

Objective: Describe the presence of oral lichen planus, recurrent aphthous stomatitis and burning mouth syndrome in patients with psychological disorders attending a health institution.

Methods: A descriptive cross-sectional study was conducted of a population of 35 patients, of whom 26 were selected by criterion nonprobability sampling and referred from the psychology service (based on a psychological diagnosis test) to the dental care service due to the presence of the aforementioned oral lesions. Upon granting their informed consent, the patients were treated and followed up for 16 months. Ethical provisions from Resolution 008430 of 1993, the Helsinki Declaration, were complied with.

Results: In terms of frequency, the most common oral lesion was recurrent aphthous stomatitis with 65.3%. Major aphthas represented 38.4% and aphthas of a minor type 26.9%; other lesions had a lower frequency. The psychological diagnoses achieved were stress, depression and anxiety to various degrees, and the most common lesion for these psychological disorders was recurrent aphthous stomatitis. No statistical association was found between oral and psychological variables, for they showed values of $p > 0.005$.

Conclusions: The presence of oral lichen planus, recurrent aphthous stomatitis and burning mouth syndrome was determined in psychological disorders such as stress, anxiety and depression. Of these oral lesions, recurrent aphthous stomatitis was the most common.

Key words: stomatitis, glossodynia, burning mouth, anxiety, depression, stress, oral lichen planus

Recibido: 19/07/2019

Aceptado: 27/08/2019

Introducción

En la actualidad diversas lesiones a nivel bucal ocasionalmente tienen etiologías poco concretas pero que según la literatura se demuestra que las causas de estas presentan componentes inherentes a la psiquis humana afectando indirectamente la salud bucal de un individuo¹. La cavidad oral 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 psicológicos constituyen una importante variable a ser considerada¹. Se ha postulado que el liquen plano oral (LPO), la estomatitis aftosa recurrente (EAR) y el síndrome boca urente (SBU) constituirían entidades que merecen ser investigados en su condición de enfermedades psicológicas.⁽¹⁾

La EAR, 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. Se clasifican en; afta menor, afta mayor y estomatitis herpetiforme.⁽²⁾

Por su parte el liquen plano es una enfermedad inflamatoria crónica, cuya fisiopatología es autoinmune y de etiología desconocida, que afecta la piel, la mucosa oral y genital, el cuero cabelludo y las uñas. A nivel bucal presenta una clínica variable y al agrupar diversas características clínicas e histopatológicas se puede clasificar como: reticular, papular, en placa, erosivo, atrófico y bulloso. Se encuentra de preferencia en la mucosa de las mejillas, seguido de lengua, labios, encía, paladar duro y piso de boca.⁽³⁾

El SBU se conoce ardor bucal, glosodinia, glosopirosis, estomatodinia, estomatopirosis o disestesia oral. Se caracteriza por dolor o sensación de ardor, escozor o picazón, sobre todo en la lengua, paladar duro y labio inferior, en ausencia de datos clínicos o de laboratorio que justifiquen estos síntomas. Su etiología es poco precisa y es multifactorial. La

evolución del cuadro tiende a ser crónica, alternando períodos de exacerbación y mejoría durante meses o años. Es más frecuente en mujeres peri menopáusicas o posmenopáusicas.⁽⁴⁾

Las lesiones antes descritas poseen estadios relacionados a condiciones mentales, las cuales van en aumento y son consideradas una de las principales causas de morbilidad en las sociedades actuales.⁽⁵⁾

Los trastornos mentales, neurológicos, por el uso de sustancias psicoactivas son una causa importante de morbilidad, discapacidad, abandono, traumatismos y muerte prematura, aumentan el riesgo de padecer otras enfermedades y afecciones generales de salud que incluyen en muchas ocasiones la mucosa bucal. La prevalencia a 12 meses de estos trastornos en conjunto varía entre 18,7 y 24,2 %; la de los trastornos por ansiedad, entre 9,3 y 16,1 %; la de trastornos afectivos, entre 7,0 y 8,7 %; y la de trastornos debidos al consumo de sustancias psicoactivas, entre 3,6 % y 5,3 %. Aunque la salud mental se reconoce como un componente esencial de la salud general, datos revelan profundas brechas en el tratamiento entre las personas con trastornos mentales, que alcanzan hasta 73,5 % en adultos con trastornos graves o moderados y 82,2 % en niños y adolescentes. Los análisis a lo largo del tiempo muestran un cambio mínimo en la brecha de tratamiento en su totalidad durante los 10 últimos años, y un posible aumento para América Latina.^(5,6)

Entre los problemas de salud mental, como la tríada de estrés, ansiedad y depresión representa un reto para la salud pública tanto en Colombia como en el mundo. Según la OMS, en la actualidad cerca de 350 millones de personas sufren depresión y se cree que en el año 2020 esta afección se convertirá en la segunda causa global de discapacidad. En Colombia, según el Tercer Estudio Nacional de Salud Mental, la prevalencia de los episodios de depresión mayor es de 8,6 % para hombres y de 14,9 % para mujeres, es decir, en este país, como en el mundo, existe una mayor prevalencia de estrés y síntomas depresivos en mujeres que en hombres.⁽⁷⁾

Se ha postulado una relación directa entre la lesión y de todos estos factores psicológicos con la EAR, el LPO y el SBU. En las últimas décadas han sido numerosas las investigaciones en que se ha intentado identificar y cuantificar los niveles de estrés, ansiedad y depresión en pacientes portadores de estas alteraciones, mediante diversos tests psicométricos, tales como: el HAD Scale, Catell 16 PF, test de Hamilton, test de experiencia reciente, General Health Questionnaire, cuestionario de depresión de Beck y el cuestionario de ansiedad de Spielberger. Sin embargo, los resultados obtenidos han sido variados y contradictorios.⁽¹⁾

El estrés se caracteriza como una respuesta del organismo ante agresiones de origen físico, psíquico, infeccioso, entre otras, capaces de alterar el equilibrio cuerpo-mente. El exceso de estrés de gran intensidad y duración por parte del agente agresor, es capaz de producir en el organismo alteraciones a nivel neurológico, endocrino e inmune, siendo la cavidad bucal un órgano susceptible inmunológicamente a afectarse, disminuyendo la salivación, descontrolando el ph y/o favoreciendo a la aparición de lesiones.^(8,9,10)

Los trastornos de ansiedad (TA), en sí mismos o asociados a otras patologías, son una de las causas más frecuentes de consulta en atención primaria. La falta de una pauta común de presentación, la somatización y asociación con enfermedades crónicas, así como la necesidad de una terapéutica específica y en ocasiones prolongada, hace que el manejo de estos pacientes resulte complejo.⁽¹⁰⁾

En las últimas décadas han sido numerosas las investigaciones en que se ha intentado identificar y cuantificar los niveles de estrés, ansiedad y depresión en pacientes portadores de estas alteraciones mediante diversos tests psicométricos.⁽¹⁰⁾

Test de Experiencia Reciente (T.E.R.)

Este test es de gran utilidad para diagnóstico de estrés, el cual permite conocer el grado de estrés a que estaba sometido cada sujeto, mediante 42 ítems orientados a describir los cambios o experiencias recientes sufridas en los últimos 6 meses, estableciendo ponderados con un determinado puntaje de acuerdo a la importancia del acontecimiento vital, daba el puntaje final del paciente. De 0 a 300 puntos se considera como baja cantidad de acontecimientos vitales y de 301 a 600 puntos, como alta cantidad de cambios y con ello de estrés.⁽¹¹⁾

Estudios previos han concluido que la EAR y el LPO se asocian a altos niveles de estrés y ansiedad, mientras que el SBU se relacionó con importantes grados de ansiedad y depresión y en mujeres en estado de menopausia. Además, de que cada una de estas condiciones se relaciona en su etiología con aspectos psicológicos del paciente, siendo el SBU la que más evidencia sustentaba, mientras que para las otras dos lesiones resultaba menos clara y contradictoria.

Burkhart y otros⁽¹²⁾ observaron que más de la mitad de sus pacientes con LPO relataron altos niveles de estrés relacionado con el trabajo, relaciones interpersonales y pérdidas, antes o durante la aparición de la lesión, mientras que *Hampf* y otros⁽¹²⁾ determinaron un importante grado de alteraciones psíquicas y discomfort presentes en sus pacientes con LPO. Otras investigaciones realizadas han intentado distinguir el rol de los factores

psicológicos en relación a las variedades de LPO, sin embargo, los resultados no son coincidentes, señalando *Mc Cartan*, un alto nivel de ansiedad en los casos de LPO no erosivo, mientras que *Lowental* y *Pisanti* los establecen para la variedad erosiva-bulosa.^(12,13)

En una investigación realizada por *Jerlang B* y otros, evaluaron 20 mujeres que padecían de SBU, estas fueron calificadas con respecto a los rasgos alexitímicos, los síntomas depresivos y la ansiedad; estos valores se compararon con el nivel de discapacidad evaluado por entrevistas.⁽¹¹⁾ Los resultados obtenidos confirman informes anteriores de que la sintomatología de SBU se asocia con depresión y ansiedad. Debido a que la mayoría de los pacientes fueron calificados como alexitímicos y, respaldados por datos de entrevistas; indicándose así que se debe tener en cuenta la presencia de somatización durante la evaluación clínica de los síntomas de para su diagnóstico SBU.⁽¹¹⁾

En la literatura publicada hasta el año 2018, no se evidencia a nivel local estudios similares o en relación al tema, debido a ello y por los anteriores argumentos el objetivo de la presente investigación es describir la presencia de lesiones orales en un grupo de pacientes con afecciones psicológicas.

Métodos

La presente investigación fue de tipo descriptivo de corte transversal, con un universo constituido por 50 pacientes, obteniéndose una población conformada por 35 pacientes teniendo en cuenta los criterios de inclusión, tales como: paciente mayor de edad, firmar un consentimiento informado y estar remitido del área de psicología con su respectivo diagnóstico psicológico. En último lugar, con un muestreo no probabilístico se seleccionaron 26 pacientes que cumplieron con dichos criterios.

Estos pacientes consultaron espontáneamente al servicio de psicología de una institución de salud en el transcurso de 16 meses; de junio de 2017 hasta octubre de 2018, quienes presentaban clínicamente e histopatológicamente LPO, EAR y SBU diagnosticados por medio de biopsias y tratados hasta la evolución de la enfermedad, ver flujograma de atención (Fig. 1).

En la remisión y análisis de epicrisis por parte del área de psicología se evidenció que los pacientes fueron diagnosticados con: ansiedad, estrés y depresión por parte de un Psicólogo Clínico. A los pacientes se les practicó la aplicación de los instrumentos de medición del

estado psicológico. Uno de éstos fue el Test de Experiencia Reciente (T.E.R.) propuesto por *Florenzano* y otros, el cual permitió hallar si alguno de los pacientes estaba sometido a situaciones de estrés o presentaba altos niveles de estrés, lo cual se logra por medio de 42 ítems. Para el diagnóstico de depresión y ansiedad se aplicó la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HAD) descrito en las figuras 1 y 2.

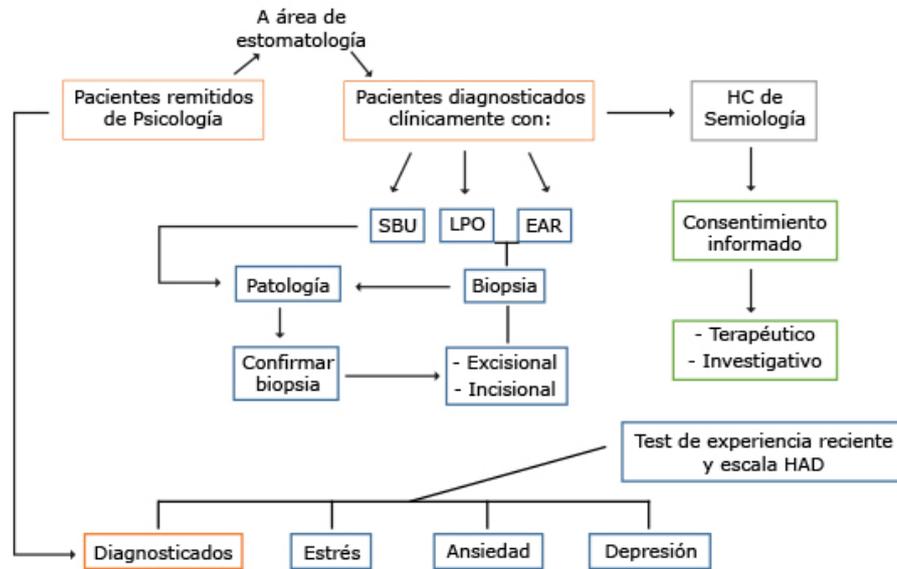


Fig. 1- Flujograma de atención.

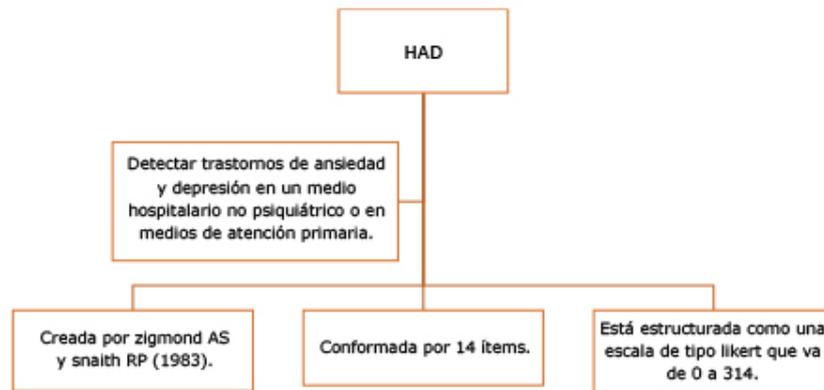


Fig. 2- Escala hospitalaria de ansiedad y depresión.⁽¹⁴⁾

Consideraciones éticas

La presente investigación se realizó dentro de las normas éticas bajo los preceptos de la normatividad nacional plasmados en la resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud y protección social, tratado de Helsinki, catalogándose como investigación con riesgo intermedio, ya que se realizaron biopsias para confirmación de diagnóstico. Los pacientes que participaron en la investigación firmaron el consentimiento informado y en todo momento se mantuvo la confidencialidad de identidad de los pacientes por parte de los investigadores, asegurando que sólo se usarán con fines investigativos.

Resultados

En cuanto a la distribución de frecuencia y porcentaje según la presencia de LPO, EAR y SBU en los sujetos objeto de estudio, la que más se presentó fue la estomatitis aftosa recurrente superando más de la mitad con un 65,3 %, con mayor frecuencia las aftas mayores presentando un 38,4 %, seguido de EAR tipo aftas menores en un 26,9 %, entre otras lesiones en menor frecuencia. Con respecto a cada enfermedad no fue evidente en los pacientes la estomatitis aftosa recurrente tipo herpetiforme y en el caso de liquen plano oral no hubo diagnóstico de tipo atrófico (Tabla 1).

Tabla 1- Distribución de frecuencia y porcentaje según la presencia de LPO, EAR y SBU en los sujetos objeto de estudio

Diagnóstico estomatológico	n	%
LPO		
Reticular	4	15,3
Erosivo	1	3,8
EAR		
Aftas mayores	10	38,4
Aftas menores	7	26,9
SBU	4	15,3
Total	26	

En cuanto a la presencia de factores psicológicos, se logró evidenciar en la presente investigación, que en un 38,4 % de los sujetos estudiados padecieron de estrés, ansiedad, seguido de estrés combinado con ansiedad, depresión de forma aislada y combinada con ansiedad (Tabla 2).

Tabla 2- Distribución de frecuencia y porcentaje según la presencia de factores psicológicos en los sujetos objeto de estudio

Diagnóstico psicológico	n	%
Depresión	6	23
Ansiedad	1	3,8
Estrés	10	38,4
Estrés y ansiedad	8	30,7
Ansiedad y depresión	1	3,8
Total	26	

En cuanto a la asociación entre la presencia de lesiones por LPO, EAR y SBU, con los factores psicológicos ya diagnosticados, se logró evidenciar que no existió relación entre estas variables, por mostrar valores de $p > 0,005$. Sin embargo, la presente investigación evidencia alta frecuencia de alteración psicológicas tipo estrés con valores de $p = 0,60$, con distribución mayor en sujetos del género femenino que en el masculino (Tabla 3).

La distribución de afectaciones psicológicas sobre lesiones estomatológicas tipo LPO, EAR y SBU, no fue homogénea, sin embargo, cabe resaltar que todos los pacientes evaluados en la presente investigación mostraron algún tipo de afección psicológica, sin existir datos estadísticamente significativos.

Los pacientes evaluados hasta la fecha se encuentran en controles por parte de psicología. La mayoría de lesiones estomatológicas estudiadas han evolucionado satisfactoriamente a excepción de todos pacientes con LPO ($n = 5$) y solo un ($n = 1$) paciente con SBU que presentaba como diagnóstico depresión y ansiedad, quienes se encuentran también en control con estomatología y patología oral.

Tabla 3. Asociación entre la presencia de LPO, EAR y SBU con factores psicológicos

Diagnóstico psicológico	LPO		EAR		SBU		P-valor
	n	%	n	%	n	%	
Estrés	2	7,7	8	30,8	0	0	0,60
Depresión	2	7,7	2	7,7	3	11,6	0,43
Estrés y ansiedad	0	0	4	15,4	0	0	1,00
Depresión y ansiedad	1	3,8	2	7,7	1	3,8	0,78
Ansiedad	0	0	1	3,8	0	0	1,00

Discusión

La relación establecida entre factores psicosomáticos y su repercusión en la salud ha sido objeto de diversas investigaciones, sin embargo, el estrés, por ejemplo y su relación con la salud oral carece de investigaciones que demuestren clínicamente una correlación importante que pueda generar una hipótesis.^(15,16,17)

Sin embargo, está claro que cuando se pierde la homeostasis entre el cuerpo y la mente por medio de factores como el estrés, se originan una serie de alteraciones emocionales, conductuales y físicas. Razón por la cual muchas de las patologías bucales estudiadas están relacionadas con el estrés, estableciéndose una relación estrés-dolor, fundamental para el conocimiento y tratamiento de algunas enfermedades.⁽¹⁸⁾

Los trastornos emocionales en especial el estrés, la ansiedad y la depresión, tienen participación en la etiología de algunas condiciones en la cavidad bucal, actuando de forma conjunta con otros factores, sin embargo, el papel del estrés en condiciones como SBU, EAR, LPO, entre otras patologías orales, no está lo suficientemente claro.⁽⁸⁾

Con respecto al SBU, en el 2017 *García* y otros, describió que este síndrome puede afectar a cualquier persona, en cualquier rango de edad, con una prevalencia muy variable del 2-5 %, o incluso hasta 24 % de la población general. Es muy infrecuente en personas menores de 30 años y existe un claro predominio por el sexo femenino, con una proporción de 7-33 mujeres frente a 1 varón. Aparece de forma característica en mujeres adultas de edad media (50-70 años) y más típicamente en mujeres peri y posmenopáusicas, con una frecuencia variable (10-40 % de ellas).⁽¹⁹⁾ Lo cual se asemeja con la actual investigación ya que el SBU tuvo totalidad de diagnósticos en mujeres que demostraban un perfil psicológico de depresión y/o ansiedad, las cuales presentaban edades mayores a 61 años en

un 75 % de las pacientes diagnosticadas con este síndrome. Estos resultados son coherentes con los hallados por *Lopez-Jorne* y otros,⁽²⁰⁾ quienes en su estudio evidenciaron que los pacientes con SBA muestran significativamente más síntomas de depresión y ansiedad, en comparación con los sujetos sanos, lo cual podría explicar la presencia de hábitos para funcionales en esta población.

En la presente investigación sobre la presencia de factores psicológicos en pacientes diagnosticados con alteraciones de la mucosa bucal como LPO, EAR y SBU, notamos que no existió relación entre la variable SBU y la ansiedad, en cambio en el estudio realizado por *Araya M* en 2004, la mayor frecuencia se halló entre estas dos variables con un 85,7 %, lo mismo ocurre con el LPO y la variable ansiedad no se evidencia relación en la presente investigación, pero en la realizada por *Araya M*, fue la que más frecuencia obtuvo con un valor de 77,7 %.⁽¹⁾

Silvestre y otros, afirman que al realizar un enfoque terapéutico eficaz del SBA es necesario detenerse en las características clínicas del paciente. Cuando existe una posible causa orgánica local o sistémica, deberemos enfocarlo para solucionar el origen concreto de dicha causa.²¹ No obstante, si no existe una alteración comprobable clínicamente mediante la inspección de la cavidad bucal o por medio de una analítica sanguínea, deberá considerarse un SBA primario. En el diagnóstico, cuando se haya descartado que nos encontremos ante un ardor bucal secundario a una causa conocida, se deberá iniciar un tratamiento consistente en intentar evitar los posibles factores irritativos directos sobre la mucosa bucal.⁽²¹⁾ En comparación al estudio, no hay evidencia, pero si presencia de manifestaciones orales como SBA en pacientes que a su vez se encuentran en algún tratamiento psicológico. Según el diagnóstico estomatológico, se obtiene que el grupo de estudio, son afectados por aftas mayores seguido de aftas menores y LPO reticular y SBU en cuanto a la presencia de factores psicológicos el más frecuente es el estrés solo, estrés y ansiedad y depresión sola. Múltiples son las teorías que tratan de explicar la acción de diferentes agentes causales de la EAR, tales como los factores locales que actúan como agentes desencadenantes. En algunos estudios se ha detectado que durante los años estudiantiles existe un mayor número y severidad de aftas, pues parece que la forma de vida de este colectivo favorece el desarrollo de la enfermedad en sujetos susceptibles a padecerla. Se observa que las aftas mayores obtuvieron resultados por encima de LPO y SBU, se puede decir que las aftas mayores obtenidas tienen como etiología factores psicológicos por la incidencia manifestada en el grupo de estudio.⁽²²⁾

Cepero y otros, afirmaron sobre la importancia del perfil psicológico en pacientes que asistían a consulta odontológica especialmente los que padecían de SBU. También se concluye que la EAR y el LPO se asociaron a altos niveles de estrés y ansiedad, mientras que el SBU se relacionó con importantes grados de depresión.⁽²¹⁾ En el estudio actual se evidenció esta relación con un 53,9 % entre EAR-estrés ansiedad y en el caso del SBU se presentó la depresión en todos los pacientes con este síndrome.

Cepero y otros, afirmaron en su estudio sobre factores asociados al SBU donde evaluaron variables entre el sexo y las manifestaciones clínicas; predominó el sexo femenino, la sensación de ardor continuo e insoportable en la lengua y durante el día. La xerostomía subjetiva, disgeusia, cancerofobia, sensación de cuerpo extraño, ingestión nocturna de agua y la nicturia caracterizaron los síntomas del grupo de estudio. La ansiedad y la depresión se analizaron, en ambos casos, como rasgo y como estado. En el caso de la ansiedad como rasgo en el grupo de estudio, la ansiedad fue de marcadamente moderada en el 100 %, mientras que en el grupo control la ansiedad mínima o ausente resultó la categoría más representativa (58,7 %). Al analizar la ansiedad como estado, la mayor parte de los pacientes del grupo de estudio presentaron ansiedad severa (65,2 %) y en el grupo control, la categoría de ansiedad ausente a mínima resultó la que poseía mayor número de integrantes (56,5 %).⁽²³⁾ De acuerdo a lo anterior en comparación con la presente investigación se puede inferir la presencia de una discrepancia ya que los factores como estrés y ansiedad predominaron en pacientes con EAR (46,2 %) y la depresión como factor psicológico más frecuente en SBU (15,2 %), dándonos porcentajes muy mínimos para el SBU y la variable ansiedad.

En la presente investigación existió la presencia de LPO, EAR y SBU en alteraciones psicológicas como estrés, ansiedad y depresión, con mayor frecuencia la estomatitis aftosa recurrente.

Referencias bibliográficas

1. Soto M, Rojas G, Esguep A. Asociación entre alteraciones psicológicas y la presencia de Liquefación oral, Síndrome boca urente y Estomatitis aftosa recidivante. *Med oral patol oral cir bucal*. 2004;9(1):1-7.
2. Troya E, Martínez J, Padilla E, Iglesias N, Ramos A. La estomatitis aftosa recurrente y las situaciones de estrés como factor de riesgo. *Rev Med Electrón*. 2014;36(6):1-14.

3. Pereda M, González Y, Torres L. Actualización sobre líquen plano bucal Ccm. 2016;20(3):539-55.
4. Chimenos E, Arcos C, Marques M. Síndrome de boca ardiente: claves diagnósticas y terapéuticas. MED CLIN. 2014;30(3):117-20.
5. Organización Panamericana de la Salud. *La brecha de tratamiento en las Américas. Documento técnico*. Washington, D.C.: OPS; 2013.
6. Vigo D, Thornicroft G, Atun R. Estimating the true global burden of mental illness. *The Lancet Psychiatry*. 2016;3(2):171-8.
7. Organización Mundial de la Salud, OMS, Ministerio de Salud y Protección Social y Colciencias. Encuesta Nacional de Salud Mental. 2015;3(1):1-348.
8. Muscio L, Oviedo J. Condiciones bucales y su relación con el estrés. Revisión actualizada. *Acta Odontológica Venezolana*. 2016;54(2):1-9.
9. Vargas S, Jiménez J. Manifestaciones orales asociadas al estrés en alumnos de clínica estomatológica de la Universidad Alas Peruanas. *Revista científica Alas Peruanas*. 2013;2(2):1-11.
10. Charles H, Elliott L. *Ansiedad para Dummies*. Grupo Planeta Spain. 2016;1:1-19.
11. Jerlang B. Burning mouth syndrome (BMS) and the concept of alexithymia- a preliminary study. *J Oral Pathol*. 1997;26:249-53.
12. Goldberg D. *The Detection of Psychiatric Illness by Questionnaire*. Oxford University Press; 1972.
13. Cattell R, Cattell A. *Cuestionario Factorial de Personalidad*. TEA ediciones. 1995;16:5.
14. Abiodun O. A validity study of the Hospital Anxiety and Depression Scale in general hospital units and a community sample in Nigeria. *British Journal of Psychiatry*. 1994;165(1): 669-72.
15. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1960;23: 56-62.
16. Goldberg D. *The Detection of Psychiatric Illness by Questionnaire*. Oxford University Press; 1972.
17. Mota A, Silvestre F, Simó J. Oral biopsy in dental practice. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2007;12(7):504-10.
18. Iisástigui A, Iisástigui T, Pérez A. Características de la estomatitis aftosa recurrente en pacientes de la Clínica Estomatológica Docente Hermanos Gómez. Municipio 10 de octubre. *Rev haban cienc méd*. 2009;8(4):1-13.
19. Arnáiz M, Arnáiz A, Alonso D, García A, Campillo R, Arnáiz J, *et al*. Glosodinia o

síndrome de boca ardiente. *Med Gen Fam.* 2017;6(4):172-5.

20. Lopez-Jornet P, Lucero-Berdugo M, Castillo-Felipe C, Zamora Lavella C, Ferrandez-Pujante A, Pons-Fuster A, *et al.* Assessment of self-reported sleep disturbance and psychological status in patients with burning mouth syndrome. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology.* 2015;29(7):1285-90.

21. Cepero A, Millo S, López A. Síndrome de boca ardiente: Actualización. *Rev. Ciencias Médicas de Pinar del Río.* 2016;20(4):530-42.

22. Castelnaux M, Jiménez A, Navarro J, González Y, Rodríguez Z. Estomatitis aftosa recurrente según factores locales y generales. *MEDISAN.* 2013;17:5028–35.

23. Crespo B, Samper H, García O, Crespo L, Echevarría R, Herrera Y, *et al.* Factores asociados al síndrome de boca ardiente. *Medicentro Electrónica.* 2017;21(3)9:209-17.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Contribuciones de los autores

Martha Rebolledo Cobos: Autora principal, desarrollo de la investigación y revisión del artículo.

Marlon Reyna Batista: Revisión de la literatura para introducción y discusión.

Alejandra Herrera Herrera: Revisión de literatura y realización de metodología y diseño del estudio.

Daniela Ruz Severiche: Recolección de la muestra y escritura de resultados.