

**RELACIÓN ENTRE LOS TRASTORNOS PSICOLÓGICOS Y LAS
MANIFESTACIONES ORALES
REVISIÓN SISTEMÁTICA**

INVESTIGADORES:

**LEIDY PAOLA CORTES
DIANA CAROLINA GARCÍA
JULIETH ANGÉLICA PEDRAZA
LAURA LIZETH DURAN
NANCY MENJURA**

**INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA COLEGIOS DE COLOMBIA
COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO**

Pregrado

BOGOTÁ D.C II-2011

**RELACIÓN ENTRE LOS TRASTORNOS PSICOLÓGICOS Y LAS
MANIFESTACIONES ORALES
REVISIÓN SISTEMÁTICA**

**Trabajo de Grado presentado como requisito parcial para obtener el título
de Odontólogo**

**LEIDY PAOLA CORTES
DIANA CAROLINA GARCÍA
JULIETH ANGÉLICA PEDRAZA
LAURA LIZETH DURAN
NANCY MENJURA**

**ASESOR CIENTÍFICO:
DRA. MYRIAM ALARCÓN
Odontóloga y especialista en Cirugía, Implantología y Patología y Oral.
Maestría en Educación.
Dra. BERTHA GAMARRA
PSICÓLOGA CLÍNICA**

**ASESOR METODOLÓGICO
Dra. MARTHA CAYCEDO.**

**INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA COLEGIOS DE COLOMBIA COLEGIO
ODONTOLÓGICO**

BOGOTÁ D.C. II -2011

DEDICATORIA

Quiero dedicar este trabajo a Dios y a mis padres agradeciéndoles el apoyo tan incondicional que me brindaron en los momentos difíciles, ya que gracias a su constancia y acompañamiento tuve la oportunidad de lograr mis metas.

Leidy Paola Cortes.

Quiero dedicar este proyecto a mis padres porque al apoyar mis sueños y metas me demuestran su amor verdadero, a mi esposo y mis dos hijos que tuvieron que soportaron mi gran ausencia como madre y esposa.

Julieth Angélica Pedraza García.

En primera instancia agradezco a Dios por darme la fortaleza y no dejarme desfallecer a los largo de este trabajo, a mis padres por el apoyo incondicional, a mis compañeras por su dedicación y esfuerzo.

Diana Carolina García.

Dedico esta tesis a familia por su apoyo, a mis compañeras de grupo por el esfuerzo y dedicación al hacer este sueño realidad.

Laura Duran Martínez.

Dedico este proyecto a mi familia por su gran apoyo y dedicación, a mi esposo Juan Carlos quien me impulso a seguir adelante, a mis hijos que son mi gran inspiración para seguir luchando.

Nancy Menjura.

AGRADECIMIENTOS

Ante todo queremos dar gracias a Dios nuestro padre celestial por tomarnos de su mano desde el inicio de este interesante proyecto y mostrarnos el camino correcto para finalizarlo exitosamente.

Además queremos agradecer el sacrificio de un grupo que a pesar de las dificultades, tuvo la fortuna contar con la sabiduría y la paciencia de una madre “Dra. Miriam Alarcón”, ella siempre estuvo luchando, trabajando hombro a hombro, guiando y levantando al grupo en los momentos difíciles donde todo parecía imposible.

Pero esto no hubiera sido posible sin la colaboración incondicional de nuestros padres, esposos e hijos, quienes mostraron siempre su apoyo y colaboración en momentos críticos, cuando las circunstancias mostraban los caminos más estrechos para seguir adelante.

Por esa razón aprovechamos este momento para decirles cuán importante fue colaboración a pesar de la mucha soledad que vivieron por nuestra ausencia a lo largo de este proyecto.

También queremos agradecer a todas nuestras asesoras Dra Martha Caycedo y Dra Bertha Gamarra por su gran apoyo en este proyecto.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN

1. ASPECTOS TEÓRICO CIENTÍFICOS	11
1.1 Planteamiento del problema	11
1.2 Justificación	12
1.3 Propósito	12
1.4 Marco Teórico	13
1.5 Objetivo General	34
1.6 Objetivos Específicos	34
2. Aspecto Metodológico	35
2.1 Tipo de Estudio	35
2.2 Material Objeto de Estudio	35
2.3 Material de Estudio	35
2.4 CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD	35
2.4.1 Criterios de Inclusión	35
2.4.2 Criterios de Exclusión	36
2.5 PRODEDIMEINTO	36
2.5.1 Estrategia de Búsqueda de Literatura	36
2.5.2 Estrategia de Selección de Artículos	36
2.5.3 Evaluación de Artículos	37
3. RESULTADOS	38
4. DISCUSIÓN	55
5. CONCLUSIONES	64
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65
7. ANEXOS	79

INTRODUCCIÓN

En la odontología las quejas psicósomáticas suelen ser frecuentes y están típicamente asociadas a ansiedad y depresión, y aunque han sido relativamente estudiadas, hace falta más investigación.

Desde hace algún tiempo, algunas enfermedades de cavidad oral son de etiología dudosa y poco clara, por lo cual se han ido investigando y relacionando el componente emocional de los pacientes que las padecen.

Por lo tanto, se plantea el siguiente interrogante ¿Cuáles es la relación que existe entre los trastornos psicológicos y sus manifestaciones psicósomáticas desencadenando patologías orales (liquen plano, trastorno temporomandibulares, enfermedad periodontal, estomatitis aftosa y síndrome de ardor bucal).

1. ASPECTOS TEÓRICO CIENTÍFICOS

1.1 Planteamiento del problema

En la historia de la medicina y de la psicología, ha habido una tendencia a separar lo corporal de lo psicológico, dando más importancia a lo corporal e incluso ignorando la presencia de lo psicológico.

En las últimas décadas, ha sido activamente explorada la hipótesis de que los eventos desafortunados, el carácter, los conflictos y las frustraciones de las personas, al igual que las tensiones a las que se ven sujetas, influyen en sus enfermedades. El conjunto de teorías, conocimientos establecidos y criterios derivados, constituye el campo de la medicina psicosomática. La medicina psicosomática, postula como principio, que la mente y el cuerpo son dos instancias diferentes con dos niveles de integración del organismo, si se prefiere, las dos caras de un fenómeno global.

Para que la persona pueda ser llamada psicosomática tiene que cumplir con la condición de experimentar y comunicar problemas psicológicos e interpersonales en forma de malestar físico y síntomas que no pueden explicarse por una enfermedad médica. (Katon y col., 1984; Kleinman, 1986; Lipowski, 1988). La persona que hace enfermedades psicosomáticas padece una severa disociación en su mente, lo que hace que pueda negar fácilmente que tenga aspectos de su mente que están divididos y que le ocasionan un conflicto del que no puede hacerse cargo. Bertha.

1.2 JUSTIFICACIÓN

Considerando que, en la cavidad oral se manifiestan diversas patologías de origen local y sistémico y a éste nivel se desarrollan lesiones de etiología controvertida, que tienen un carácter multifactorial y donde los factores emocionales constituyen uno de los agentes desencadenantes. Así mismo, se considera la importancia de investigar qué estudios se han realizado hasta el momento, que planteen la existencia de etiología de índole emocional, como una de las causas en la aparición, desarrollo y mantenimiento de estas enfermedades orales.

En la práctica odontológica no se ha prestado la debida atención a este tipo de pacientes con éste tipo de patologías, por esta razón es importante que el odontólogo, conozca sobre el tema y vea la relación entre su profesión y la psicología, para lograr un diagnóstico y tratamiento adecuados contribuyendo a la calidad de vida de los pacientes que las presenten.

1.3 PROPÓSITO.

El odontólogo durante el transcurso del tiempo no ha integrado y hecho consciente que el tema de la cavidad oral, debe estar involucrado con el resto del cuerpo, y con mayor razón con la psique. Por lo tanto, se debe conocer el estado del arte sobre la presencia de los factores emocionales en la aparición de enfermedades orales como: trastornos temporomandibulares, síndrome de ardor bucal, liquen plano oral, estomatitis aftosa recidivante y enfermedad periodontal.

Así mismo, el odontólogo se debe involucrar en la lista de profesionales que deben conocer que hay determinadas condiciones psicológicas de los pacientes que presentan estas patologías, y en general están relacionadas con la presencia de altos niveles de estrés y ansiedad, por lo cual la difusión de éste tipo de estudios,

permitirá un enriquecimiento en el diagnóstico y tratamiento multi e interdisciplinar de éste tipo de pacientes.

1.4 MARCO TEÓRICO

Los fenómenos de somatización se conocen por la Medicina desde hace siglos, aunque su historia se ha solapado con la de la histeria. La primera referencia escrita de este trastorno la realizaron los egipcios en Papiro K. 1900 a C.

Los griegos crearon el término «histeria», cuyo origen es la palabra griega *hysterum* (útero). Consideraban que la histeria se producía por el desplazamiento del útero a través de los diferentes humores corporales, de forma que se experimentaban los síntomas en la zona del organismo (el útero). En el *Corpus Hipocraticus* reconocieron también el trastorno de somatización. Durante la Edad Media, muchos pacientes histéricos acabaron en la hoguera, acusados de brujería. Le Pois, a finales del siglo XVI, rechaza el origen uterino de la histeria y Sydenham, en 1682, descubre la hipocondriasis como contrapartida masculina del mismo trastorno.⁽¹⁾

Algunos aportes filosóficos también contribuyeron de forma explícita a la concepción de este término, como la afirmación de Platón que un error extendido entre los hombres es el de querer emprender separadamente la curación del cuerpo y la del espíritu. Esta postura la retomó y reelaboró el hylomorfismo de Aristóteles, según el cual, cuerpo y alma formarían una sola sustancia. Estas intuiciones de Platón y de Aristóteles hubieran podido desarrollar una patología psicosomática, pero los médicos griegos y entre ellos Galeno, fueron fieles al craso naturalismo del *Corpus hipocraticum* por lo que sólo pudieron ver la enfermedad como un desorden de la naturaleza, quedando las ideas de Platón y Aristóteles entre los filósofos.

Heinroth V. 1818, psiquiatra alemán, uso tal vez por primera vez el término “psicosomático” en un intento de explicar el insomnio. Vio al cuerpo y la mente como dos aspectos, el interno y el externo, de una misma entidad.

El psiquiatra francés Paul Briquet 1859, describe de forma exhaustiva la clínica de la enfermedad y Freud formula, alrededor de 1895, los mecanismos de la histeria de conversión.⁽²⁾

Desde los aportes de psiquiatras franceses del siglo XIX como Charcot, quien habla acerca de la histeria con sus síntomas neuropsicológicos, el vocablo psicosomático, que había sido utilizado ya por Heinroth en ese mismo siglo y se popularizó en la centuria siguiente, con las clásicas conceptualizaciones de Franz Alexander en las décadas de los años 1930 al 60. Fue luego reemplazado por el de cuadros psicofisiológicos primero y por el de trastornos somatomorfos después en las clasificaciones de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA). Freud, también contribuyo dando aportes y conocimientos acerca del concepto de psicosomático; sin duda él fue su inspirador al destacar la intrincación e influencia de los factores psíquicos en lo biológico y, concretamente, en la formación de síntomas somáticos. Esta idea se refleja desde sus primeros trabajos en citas como:

“Los afectos pasan a ser con mayor frecuencia causas patógenas tanto de enfermedades del sistema nervioso con alteraciones anatómicas registrables, cuanto de enfermedades de otros órganos”. “Todos los estados anímicos son, en cierta medida, afectivos, y de ninguno están ausentes las exteriorizaciones corporales y la capacidad de alterar procesos físicos”...“cuando se formula un juicio sobre dolores corporales, es preciso tomar en cuenta su evidentísima dependencia de condiciones anímicas”

“Si un ser humano experimenta una impresión psíquica, en su sistema nervioso se

acrecienta algo que llamaremos suma de excitación. En todo individuo, para la conservación de su salud, existe el afán de volver a empequeñecer la suma de excitación. El acrecentamiento de la suma de excitación acontece por vías sensoriales y su empequeñecimiento por vías motrices” (3).

En su “Proyecto de Psicología” (1895) buscó explicaciones neuroanatómicas y bioquímicas (somatofísicas) para los fenómenos psicológicos que observaba. Su propósito era equiparar los procesos psíquicos a estados cuantitativamente determinados de partículas materiales especificables. Sin embargo, su interés gradual por el análisis psicológico de los fenómenos ejerció una gran fascinación intelectual sobre él.

Freud, diferenció las psiconeurosis de defensa (histeria, obsesión, fobia) de las neurosis actuales (neurosis de angustia, neurastenia e hipocondría), tratándolas como tipos de neurosis con etiología y patogenética diferentes. Mientras que las manifestaciones corporales de las psiconeurosis responderían a mecanismos de conversión de tipo histérico, las neurosis actuales estarían más cerca de la problemática psicósomática. Esta diferenciación derivó en dos grandes planteamientos a la hora de entender la psicósomática y lo psicósomático. Así, concluye Sigmund Freud su aporte psicoanalista. En realidad aplicó su trabajo a las conversiones histéricas descubriendo que existía una relación entre el síntoma y un agravio previo, demostrando que existía un enlace entre ambos acontecimientos y descubriendo de paso un método psicológico para sanar estos síntomas.⁽⁴⁾

De esta manera, causa impacto este término que afecta la salud del ser humano, se conocen otros aportes hablamos de Cannon y Selye 1936, donde publicaron por separado sendos artículos que resultarían definitivos para la aceptación científica de ese hecho ya conocido de que lo psicológico influye definitivamente en el cuerpo. Selye, trabajando con ratas logró inocularles tal cantidad de

impredictibilidad y terror que terminaron por desarrollar úlceras gástricas por estrés y sangrados digestivos por causas psicológicas. Desde entonces, llamamos a estos fenómenos estrés una denominación inespecífica que sirve para nombrar cualquier tipo de "cambio" que propicie un "síndrome de adaptación general" o también una reacción de "lucha-huida", que es el nombre con el que Cannon y Selye, bautizaron a estos fenómenos orgánicos que tenían su origen en un impacto psicológico.

Alexander 1950, propuso distinguir entre dos clases de síntomas somáticos de causa psicogenética: síntomas que son expresión directa de emociones que rebasan los límites de la tolerancia fisiológica y síntomas que obedecen a mecanismos más complicados como la conversión y la comunicación simbólica.⁽⁵⁾

Wolff 1962, aplicó la teoría del estrés psicológico somático, sus observaciones acerca de cambios viscerales suscitados por estados de perturbación emocional conservan valor y han influido en las investigaciones subsecuentes.⁽⁶⁾

Hamer 1977, cada somatización está relacionada con la zona del cerebro encargada de procesar cada uno de los impactos que comprometen la buena funcionalidad del cuerpo. Así, el tronco cerebral estaría relacionado con aquellos acontecimientos que comprometen la vida, la respiración, el apetito, tragar, capturar y los miedos viscerales que tienen que ver con la supervivencia individual. El cerebro medio con aquellos aspectos relacionados con la desvalorización, los conflictos sexuales, los conflictos familiares y el nido, conflictos de apego. Por último los conflictos territoriales, de desamparo moral, de demarcación o de repugnancia se hallarían en la corteza cerebral aunque algunos de estos conflictos tendrían aspectos que participarían de distintas partes del cerebro.

Para Hamer, las enfermedades son siempre la expresión de un trauma o impacto emocional que:

- Gran intensidad y aparece por sorpresa.
- Vivido en soledad o aislamiento
- El individuo carece de recursos de resiliencia para enfrentarlo.

Lpowiski 1988, dice que la somatización se ha utilizado para describir como los pacientes pueden experimentar y comunicar problemas psicológicos e interpersonales en forma de malestar físico y síntomas que no pueden explicarse por una enfermedad médica, describe tres componentes de la somatización que son: experiencia, cognoscitivo y conductual".⁽⁷⁾

Barsky y cols., 1988, hacen referencia a la tendencia a experimentar las sensaciones físicas de una manera intensa, nociva o perturbadora.

Bitzer., Burgi y col. 1995, señalan que la medicina psicosomática se centra en el estudio de la mente (psique) y el cuerpo (soma), como la mente puede influir en la aparición de signos y síntomas físicos.

Sharpe,2002" describe que la somatización está implicada con frecuencia en los síntomas no explicados médicamente, definidos como síntomas que no pueden atribuirse a una enfermedad física identificable que son desproporcionados con respecto a ella.⁽⁸⁾

Levenson y Abbey, 2007, definen la somatización como un fenómeno humano que se puede convertir en un problema requiriendo atención clínica es forma de responder a situaciones de estrés reflejados en el cuerpo.

Esta enfermedad se puede asociar a factores genéticos, factores externos de experiencias vividas en el ámbito familiar, social y cultural este trastornos la persona que los padece tiende a manifestar un humor negativo tal como ocurre en los trastornos de de ansiedad y estado de ánimo malinterpretando sus sensaciones corporales como indicadores de que algo está mal.

Haftgoli, Favrat, 2010 para ellos el término somático hace referencia a cuatro variables importantes que se consideran en la predicción mental entre estas están los síntomas somáticos con o sin causa explicada donde existe una mala percepción de salud llegando esta a producir una gravedad de los síntomas, mostrando una mayor predisposición a factores de estrés psicosocial, ansiedad y depresión.⁽⁹⁾

Estos son los primeros aportes que la historia nos ha dado a conocer sobre el término psicósomático pero a lo largo de su historia el psicoanálisis ha ampliado sus conceptos, desde sus diferentes marcos teóricos explicativos. La Asociación Psiquiátrica Americana, da su aporte sobre la somatización, en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales; Somatizar es **convertir un conflicto psíquico en un síntoma físico** aunque existe cierta confusión en torno al mismo porque algunos médicos utilizan el término como sinónimo de conversión es decir lo restringen para aquellos síntomas inexplicables desde el punto de vista somático. En este caso conversión histérica y somatización serían sinónimos ignorando el hecho de que la conversión histérica solo puede referirse a somatizaciones con algún sentido simbólico y siempre referidas al sistema nervioso voluntario. Dicho de otra manera una parálisis o un déficit sensorial pueden ser definidas como conversiones pero no como somatizaciones, pero una diarrea no puede ser definida como conversión pero si como somatización.

La somatización es un proceso por el cual las personas experimentan y expresan malestar emocional o estrés psicosocial utilizando síntomas físicos. La somatización (síntomas corporales sin causas orgánicas documentables) es frecuente en la práctica médica de atención primaria, presentando síntomas físicos múltiples que generan discapacidad en los pacientes y sobrecarga de los servicios de salud. El Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-IV) ha definido somatización como "un patrón

crónico de conducta de enfermedad, con un estilo de vida caracterizado por numerosas consultas médicas y dificultades sociales secundarias"

La Asociación Mundial del Psicoanálisis conceptualiza acerca de la somatización expresándola desde diferentes puntos: percepción de molestias físicas, realmente inexistentes, debidas a tensiones o desequilibriopsíquico. Dándose en personas con características psicológicas concretas.⁽¹⁰⁾

Tendencia a expresar el malestar (distress) psicológico en forma de síntomas somáticos (que el sujeto interpreta erróneamente como signo de alguna enfermedad física severa) y a solicitar por ello asistencia médica. Los principales tipos de trastornos somáticos son: el trastorno de conversión, el trastorno de somatización y la hipocondría. En el trastorno de conversión, el niño transforma un problema psicológico en un síntoma físico.

En las últimas décadas ha sido activamente explorada la hipótesis de que los eventos desafortunados como, el carácter, los conflictos y las frustraciones de las personas, al igual que las tensiones a las que se ven sujetas, influyen en sus enfermedades. El conjunto de teorías, conocimientos establecidos derivados constituye el campo de la medicina psicosomática.

La medicina psicosomática postula como principio que la mente y el cuerpo no son dos instancias diferentes sino dos niveles de integración del organismo o, si Lipowski define los objetivos de la medicina psicosomática en los siguientes términos "observar, describir y formular hipótesis que expliquen las relaciones entre los estados, procesos, eventos psicológicos y eventos biológicos que ocurren en una persona".⁽¹¹⁾

La asociación psiquiátrica americana en 1952, prefirió referirse a "trastornos psicofisiológicos autonómicos y viscerales", y desde 1978 la

organización mundial de la salud se refería a “trastornos somáticos que se presumen son de origen psíquico “.

En el manual de la clasificación de los trastornos mentales (DSM –III-R), los trastornos psicósomáticos están comprendidos en rubros de “trastornos somatoformes”, que incluyen “los trastornos de somatización“, los trastornos conversivos y el dolor crónico. Lo que tienen en común estas categorías de trastornos es que no se explican solamente por hallazgos orgánicos, y en su génesis y evolución juegan un papel importante ciertos factores psicológicos. Los enfermos que sufren estos trastornos forman un contingente importante de la población que asiste a los consultorios y a los hospitales generales.

A raíz de cada uno de los aportes la Escuela Psicósomática de París separó radicalmente el fenómeno conversivo del psicósomático como dos tipos de patología con un trasfondo estructural completamente diferente. Lo conversivo estaría dentro del registro neurótico y lo psicósomático en un registro más próximo a la psicosis que a la neurosis. Los autores de esta escuela describen unas características de personalidad propias del paciente psicósomático que no están en el histérico.

Un primer enfoque trata de dar una continuidad a los fenómenos somáticos, entendiendo los mismos como parte de un universo simbólico, es decir, como mensajes corporales que pueden ser interpretados al igual que otro sistema de comunicación. Este enfoque ha sido defendido por autores cercanos al pensamiento kleiniano que mantienen la teoría de la conversión histérica para entender cualquier fenómeno somático (funcional o lesional).

Un segundo enfoque trata de establecer la diferencia entre lo conversivo y lo psicósomático. Mientras que la sintomatología conversiva tiene detrás el sostén simbólico siendo entonces una forma de expresión más evolucionada de una

conflictiva psíquica, en la patología psicosomática ese contenido simbólico estaría ausente y lo que predominaría sería una psicodinámica vacía, deslibidinizada y sin sentido.

Desde ese momento hablar de manifestaciones de somatización es algo absolutamente trivial: lo psicológico impone una marca somática bien en el cuerpo real o bien en el cuerpo imaginario.⁽¹²⁾

Es así que, los pacientes con trastornos de somatización sufren discapacidades y disminuyen su calidad de vida en forma similar a quienes padecen enfermedades crónicas graves o trastornos del ánimo como ansiedad o depresión, con la desventaja que son más persistentes y refractarios al tratamiento médico.

La relación entre somatización y trauma psíquico ha sido señalada como relevante, pero hoy en día la somatización está afectando todo el cuerpo, organismo del ser humano, el campo odontológico se ve afectado por eso queremos dar a conocer cómo la cavidad oral llega a influir en un proceso de psicomatización.

Cuando el inconsciente materno obstaculiza la escucha de las necesidades del bebé, éste se ve frenado en su intento de construir, lentamente en su interior, la representación de un entorno maternizante que le proteja y le consuele. También se le negará forzosamente la posibilidad de identificarse un día con esta "madre interna". La disfunción psicosomática surgirá como respuesta a todo tipo de conflictos, como un síntoma donde la psique busca, con medios primitivos e infraverbales, enviar mensajes que serán interpretados somáticamente. Este tipo de mensajes son enviados por la psique cuando ésta se ve en peligro por el resurgimiento de acontecimientos dolorosos, culpabilizantes o amenazantes cuya representación es inmediatamente expulsada del consciente. De este modo, en tanto forman parte de la histeria arcaica, estos fenómenos dotados de un sentido psicológico pertenecen a un orden simbólico y son una respuesta somatopsíquica que da la psique en sus esfuerzos por prevenirse contra angustias que serían

quizás psicóticas si alcanzaran la conciencia, el niño dirige sus sentimientos en la madre, y lo hace en principio consolidado en una necesidad, necesidad de alimentarse. El niño sabe que su madre es imprescindible para su existencia, sin embargo es a partir de esta necesidad, de donde emergen situaciones placenteras que tienen que ver más con el deseo que con el instinto.

Una vez saciado el hambre, los niños succionan placenteramente. La boca se convierte en su primera zona erógena, y la madre (teta) en su primer objeto de amor.

En la fase oral la boca es fuente de placer al realizar el acto de succión del pezón materno, en una primera fase el pecho de la madre se percibe como indiferenciado de sí mismo pues el lactante percibe que él y su entorno son una misma cosa. Sin embargo, en un momento posterior el niño constatará que el pecho materno está separado de él, generando así a primera frustración y la primera percepción de un mundo diferenciado de él mismo.

Fadiman y Frager 1976, hablan de las definiciones dadas por Freud acerca de que la boca contribuye la primera experiencia del individuo con el mundo externo, de esta forma se refleja la primera experiencia de un ser con sí mismo; esto marca parte de la personalidad futura, el describe la importancia de conocer las etapas que marca la vida de una persona en sus primeros años de vida, como son la oral, anal y genital. ⁽¹³⁾

Ewen 1977, la boca es el asiento psicológico de las primeras necesidades fisiológicas y gratificaciones emocionales, con ella se toma el gusto al mundo que nos rodea. La boca provee las primeras sensaciones de seguridad, placer, satisfacción y éxito, llevando toda esta actividad oral a las primeras percepciones de sí mismo. ⁽¹⁴⁾

Guy 2000, se basa en la concepción de Freud donde el trauma de nacimiento debido a la crianza y a las actitudes de experiencias vividas por el niño es la causa

de todas las ansiedades al llegar a la edad adulta. Igualmente, habla del carácter y las etapas del individuo a nivel interno teniendo como connotación una mayor prevalencia a nivel genético al igual que su temperamento al nacer, a lo largo del desarrollo dependen del medio externo que lo rodea, su entorno familiar, este aprende de su familia el lenguaje, las costumbres, reflejándolo en su personalidad, y no solo esto, él se moldea a través de la sociedad y la cultura basados en experiencias. El niño pasa por unas etapas de desarrollo psicosexual donde se desarrolla la personalidad en los diferentes estadios entre estos:

Etapa oral: comprende desde el nacimiento hasta los 18 meses, en esta etapa predomina el placer de la succión y la ingesta del alimento, a medida que erupción los incisivos, el placer de la succión es sustituido por el placer de morder; cuando la succión es muy placentera para el niño este se ve afectado por la necesidad de tener a su lado un sustituto materno para sentirse amado, protegido, estas personas son muy confiadas y pasivas, por el contrario si hubo una frustración en esta etapa ocurre todo lo contrario.

Etapa anal: comprende el primer año de vida en esta etapa se obtiene placer a partir de las evacuaciones intestinales, el niño adquiere el control de los músculos para sus esfínteres y el placer se obtiene a través de ano al retener la secreción. el niño se interesa por sus excrementos y aún no han controlado sus esfínteres, al tener padres controladores que se resisten y se entrometen exagerando la limpieza, el niño siente que se le ha violado su espacio, evitando culminar esta etapa, en su personalidad está reflejada obstinación, terquedad, sadismo, crueldad, malicia, y celos.

Etapa fálica: comprende de los 2 a los 6 años, en esta etapa el placer ya no es a nivel anal si no en la región genital, inconscientemente el significado sexual de la zona genital lo hace desear a su madre, esto se considera el complejo de Edipo en los niños, en cuanto a las niñas se denomina el complejo electra, donde el sentimiento sexual hacia a su padre la lleva a sentir celos de la madre.

Etapa de latencia: comprende de 6- 11 años superando la etapa fálica el niño se centra en su propia identificación sexual identificándose con el padre del mismo sexo.

Etapa genital: aplica a partir de los 11 años hasta la edad adulta, en esta el niño se interesa en los modos adultos del placer sexual, utilizan como mecanismo de defensa cuando las personas dependen en exceso de ellos el temor y la ansiedad usándolo para sobrevivir. En esta el carácter sexual del niño proviene de los caracteres oral y anal, este se caracteriza por el conflicto Edipo donde el niño idolatra a uno de sus padres, se desarrollan sentimientos emocionales hacia el mundo exterior, si el niño no supera esta etapa será incapaz de amar a otros, de ser una persona sociable. ⁽¹⁵⁾

La relación entre el niño y el pecho materno, implica la primera comunicación con el mundo externo, tanto físico como social, por esta razón muchas de las actitudes formas de pensar y estados de ánimo que la madre le trasmite al bebe, llegan a afectar en el desarrollo del individuo, cualquier disturbio en esta fase, ya sea por exceso o falta podrá deteriorar su calidad de vida en futuro. Así que, estas etapas influyen en las cargas emocionales del ser humano. Emocionalmente pueden llegar a ser personas exigentes, dominantes, codiciosas o dependientes.

La boca desempeña una función importante en el sentimiento de unidad y en la constitución del yo, el funcionamiento oral sirve de modelo corporal sobre el cual se apoyan las vivencias psíquicas que acompañan al proceso de identificación, por lo tanto recibe importantes cargas libidinales. Es decir, en la boca está representado en forma importante el "yo", pues marca claramente un límite entre el adentro y el afuera (tal cual también lo hace la piel) y se constituye en un elemento de intercambio con el mundo externo (la alimentación, el habla, el gusto, etc.), la boca individualiza, hace reconocible lo propio de lo ajeno, en la boca estamos representados íntegramente. Por lo mismo es comprensible la dificultad

de exponer esta zona del cuerpo tan íntima a otra persona como lo es el odontólogo.

Rojas Alcayaga G, Misrachi Launert en 1998 habla sobre la interacción paciente-dentista, a partir del significado psicológico de la boca en muchos casos es desconocido y que además va a realizar intervenciones que tanto objetivamente como subjetivamente implican alguna forma de agresión. No es tan sólo el daño físico, es la amenaza a la integridad psicológica, a la percepción de sí mismo.⁽¹⁶⁾

Cabe resaltar que la parte de psicomatización en la odontología ha estado desconectado y desconocido por muchos, incluidos los odontólogos, siendo una de las consultas con mayor prioridad y que se reciben a diario, por esto mismo es hora de ofrecer una consulta integral por que nos damos cuenta que la boca guarda una relación con el resto del cuerpo incluida la mente.

Muchos factores emocionales llegan a desencadenar cierto tipo de enfermedades. Cuando se habla de un factor emocional estamos hablando de diversas situaciones cotidianas como: las relaciones laborales, la relación en pareja, situaciones hormonales (menopausia), baja autoestima, relaciones familiares, personas que han sido discriminadas, personas con un super ego, personas dominantes, autoritarias, personas sin una personalidad definida, entre otras. Muchos pacientes pueden manejar este tipo de situaciones algunos no algunos lo podemos ver reflejado durante una consulta odontológica por eso es considerado que este tipo de conflictos activan ciertas enfermedades en boca.

De ésta parte nacen situaciones difíciles durante una consulta odontológica como lo es la ansiedad siendo una de las quejas psicosomáticas con mayor prevalencia. La ansiedad se manifiesta a lo largo de la vida y en las distintas situaciones que afrontamos.

La ansiedad puede ser definida como una respuesta emocional o patrón de respuesta que engloba aspectos fisiológicos, caracterizados por un alto grado de

activación del sistema nervioso autónomo y aspectos motores que suelen implicar comportamientos adaptativos.

La ansiedad es una sensación experimentada por todos en mayor o menor medida en nuestra vida cotidiana; cuando se produce niveles moderados nos ayuda a enfrentarnos a las situaciones facilitando nuestra motivación para actuar, nuestro rendimiento, nos mantiene alerta ante las situaciones desconocidas, pero si alcanza niveles exagerados, esta emoción normalmente útil puede dar lugar al resultado opuesto; impide enfrentarse a la situación, paraliza y trastorna la vida diaria, provocando malestar, e incluso en muchas ocasiones impide llevar una vida normalizada.

El texto psicología practica para odontólogos (cap. XX) define la ansiedad como: “un proceso sentido y experimentado de manera variada siendo importante que el odontólogo pueda darse cuenta de cuál es la forma en la que la está viviendo el paciente, porque si bien ya sabemos por definición, que es difícil que el paciente pueda determinar con precisión el origen de su ansiedad, por la forma en la que se expresa podemos aproximarnos a entender el área de los conflictos con lo que se relaciona, y de esta manera poder ayudar al paciente a contenerla, entenderla y disminuirla. De esta manera, la consulta podrá continuarse con un paciente tranquilo y colaborador”.⁽¹⁷⁾

Cabe destacar que los odontólogos al tener en la consulta pacientes ansiosos, no saben cómo actuar ó muchas veces los pacientes presentan síntomas que no tienen una explicación lógica ni coherente, sin presentar manifestaciones orgánicas.

Por esto mismo, “encontramos que hay una serie de síntomas somáticas aislados, a la observación, con expresiones de conflictos emocionales y de estado de ansiedad, que nada tienen que ver con elementos racionales. Corresponden a la presencia de odontologías que no tienen un sustento en la situación oral objetiva del paciente, o a ideas extrañas que los pacientes manifiestan en relación a su

boca y los síntomas que padecen. En más de una ocasión observamos ciertos tipos de motivos de consulta que sorprenden al odontólogo por la irracional de la conducta del apaciente.”⁽¹⁸⁾

Los problemas psicológicos son frecuentes como motivo de consulta en el nivel primario de atención de salud, así como en servicios médicos generales y consulta especializada, hoy en día se ve reflejado en la consulta odontológica algo no muy familiar en nuestro entorno o lo que falta en nuestro medio es que el odontólogo también se anote en la lista de los profesionales que saben tratar a diario, ya que se ha convertido en una enfermedad de gran incidencia.

Se han visto condiciones psicológicas como factor desencadenante a un proceso de somatización en pacientes odontológicos que llegan a afectar y presentar enfermedades orales estamos hablando de altos niveles de estrés, ansiedad, depresión, angustia y desilusión.

Al revisar la literatura se puede denotar la coincidencia de algunas enfermedades orales, con procesos somáticos entre ellas tenemos: Liquen Plano, Síndrome de Boca ardiente, Trastornos Temporomandibulares, Estomatitis Aftosa y Enfermedad Periodontal.

LIQUEN PLANO

Es una enfermedad muco- cutánea crónica, de carácter inflamatorio, de naturaleza autoinmune, en la que se produce una agresión T linfocitaria dirigida frente a las células basales del epitelio de la mucosa oral.

Su etiología hasta el momento es desconocida, aunque la mayoría de autores sugieren que los factores psicológicos juegan un papel muy importante tanto en su aparición como en su evolución y posible agravamiento de las lesiones.

Parece haber un acuerdo en que los pacientes que presentan esta patología tienen un alto nivel de ansiedad y que están sometidos a altos grados de estrés. También se ha sugerido que estos pacientes son de un nivel cultural alto y suelen estar sometidos a un estrés elevado, con responsabilidades laborales y familiares importantes, y en ocasiones están muy preocupados por su salud.

PSICOLÓGICAS

- El liquen plano presenta niveles más altos en aquellos pacientes con ansiedad, depresión y aumento a que las personas sean más vulnerables a trastornos psíquicos.
- El liquen plano erosivo se presenta con mayor frecuencia en pacientes con depresión.

Por otra parte la evidencia acumulada en la dos últimas décadas apoya la idea de que el estrés psiquiátrico y enfermedad psiquiátrica pueden modificar funciones inmunológicas

SINDROME DE ARDOR BUCAL

El Síndrome de Boca Ardiente (SBA), es definida como una sensación de ardor o quemazón en la lengua (glosodinia) o en cualquier otra parte de la mucosa oral, su causa es desconocida pero su relación con factores biológicos como psicológicos hace pensar en una etiología multifactorial.

El (SBA) afecta primordialmente a mujeres peri y postmenopáusicas, que pueden presentar algún tipo de trastorno psicológico como depresión, ansiedad etc. En hombres suele aparecer de los 55 a 60 años de edad, con muy poca prevalencia. Estos síntomas urentes aparecen de manera espontánea y pueden variar de una molestia ligera a la interrupción completa de la función, pueden aparecer de forma

simétrica o bilateral ya sea en la lengua, labios, especialmente el inferior y el paladar, son menos frecuentes en la encía y la oro faringe.

Al realizar la anamnesis del dolor debemos centrarnos en la aparición, duración, localización anatómica, asociación con ciertos alimentos y actividades diarias, es importante preguntar acerca de los hábitos para funcionales y el estado psicológico del paciente, una vez diagnosticado el (SBA) se le debe explicar al paciente que no tiene cáncer y que su estado es benigno y así se conseguirá reducir el estrés

Factores locales

Candidiasis, xerostomía, prótesis mal ajustadas, actividad para funcional.

Factores Sistémicos

Diabetes mellitus, farmacoterapia excesiva, tiroides, deficiencia de vitaminas y oligoelementos.

Factores psicológicos

Diferentes estudios han comprobado que factores psicológicos como la depresión, ansiedad, cancerofobia, hipocondría e inestabilidad emocional son causantes de la enfermedad. El (SBA) aparece después de un acontecimiento estresante, sin embargo existe una gran polémica sobre si la depresión y la ansiedad son primarias o secundarias al síndrome.

TRANSTORNOS TEMPOROMANDIBULARES

Los trastornos temporomandibulares constituyen uno de los grupos de trastornos que afectan a la articulación temporomandibulares y a los músculos de la

masticación implicando dolor en el musculo esquelético y alteraciones a nivel funcional y en el movimiento.

El dolor es la principal característica de (TMM) y también la razón principal para que los pacientes busquen tratamiento.

Factores Psicológicos

Diversos factores emocionales se acompañan de variaciones en el tono muscular, así, por ejemplo, la ansiedad y la ternura se acompañan de la relajación de los músculos. Es una experiencia común que, cuando ciertos estados emocionales intensos son persistentes, los músculos contraídos llegan a doler.

Los factores psicológicos han sido implicados en la iniciación y afectación de los (TTM) en los diferentes casos, donde gran porcentaje ha venido tomando partida el estrés, angustia, depresión siendo estos potenciales etiológicos y factores de riesgo para el dolor en la articulación temporomandibular, así mismo la duración del dolor aumentan los factores psicológicos y vuelven más evidentes.

Otro de los factores de gran prevalencia en estos pacientes con relación psíquica y trastorno temporomandibulares es el bruxismo; el cual consiste en la acción de rechinar y cerrar los dientes en forma involuntaria y en momentos inadecuados. Se produce por la tensión muscular, que causa la fricción no consciente de los dientes, y muchas veces el paciente no se da cuenta de que presenta esta condición hasta que en la revisión odontológica se nota el desgaste de los dientes. Se presenta en niños, adolescentes y adultos, en quienes la ansiedad inconsciente genera una hiperactividad muscular que se presenta con mayor prevalencia durante el sueño.

El bruxismo puede producir además algunos de los siguientes síntomas asociados:

- Dolores de cabeza.
- Dolor facial.
- Dolor de oído persistente.
- Dolor irradiado a cuello y hombros.
- Típico dolor de garganta al tragar.
- Luxación de la mandíbula.
- Dientes escoriados.
- Dientes demasiado sensibles.
- Daños en el esmalte dental.
- Crujido o chasquido en la articulación temporomandibulares.
- Indentación de la lengua.
- Daños en la parte interior de la mejilla.

Las causas del bruxismo son actualmente reconocidas por la mayoría de los odontólogos como una expresión de tensión emocional, por lo tanto, debe ser tratado en forma conjunta tanto por el odontólogo, cuya intervención se centra en tratar los efectos del bruxismo y prevenirlo con placas miorelajantes, y por el psicólogo, quien con la ayuda de la psicoterapia puede ayudar al paciente a controlar y resolver los conflictos que ocasionan la tensión emocional.

La frustración, la ira, la ansiedad, la hostilidad y la agresividad reprimida pueden ser factores que provocan estos altos estados de tensión que se manifiestan somáticamente. Igualmente las personas con tendencias competitivas que no dominan sus afanes, pueden ser proclives a desarrollar esta condición.

El dolor es uno de los síntomas más reportados en la consulta médica, debido a que persiste después del periodo habitual de recuperación o que aparece junto con una enfermedad. La fibromialgia es una patología que se encuentra asociada con el dolor, se puede decir que hace parte de su etiología.

El paciente con fibromialgia reporta un dolor en las inserciones musculares, aunque comúnmente lo refieren localizado en el área periarticular .el dolor se caracteriza por ser persistente en ocasiones con sensación ardorosa acompañado de rigidez articular.

ESTOMATITIS AFTOSA (EAR)

La estomatitis aftosa es una enfermedad que se caracteriza por la aparición de pequeñas úlceras en la boca, generalmente en la zona interior de los labios, las mejillas, o la lengua. La estomatitis aftosa también es conocida como "aftas".

Actualmente, se desconoce la causa exacta de esta enfermedad. Se cree que existen diversos factores que pueden estar involucrados en el desarrollo de las aftas, entre ellos, como el debilitamiento del sistema inmune y la presencia de cierto tipo de alergias.

Se ha observado que la estomatitis aftosa se presenta en personas que manejan altos niveles de estrés y ansiedad, y se produce como consecuencia de la disminución de las defensas que sufre una persona que se encuentra débil emocionalmente. En estos casos, los gérmenes habituales de la cavidad oral no encuentran el medio que inhibe su crecimiento.

ENFERMEDAD PERIODONTAL O GINGIVITIS

Si bien, ésta es una enfermedad bucal bacteriana provocada por la falta de cuidado en la higiene oral, esta enfermedad se ha encontrado asociada a personas que padecen problemas depresivos y de pérdidas de afecto, y es bastante frecuente en inmigrantes. Los cambios radicales en el estilo de vida también están asociados a pérdidas afectivas importantes que pueden generar estados de melancolía.

Es posible que en estos casos el elemento depresivo y de disminución de la autoestima influya en una falta de cuidado por la presentación y por la higiene oral.

Psicológico:

- El estrés hace un cambio en el tejido periodontal ya sea en forma directa de la fisiología.
- Se han tratado de incorporar medidas de apoyo social que son importantes componentes psicológicos de modelos de estrés

OBJETIVOS

1.5 OBJETIVO GENERAL

Establecer la relación que hay entre los trastornos psicológicos y sus manifestaciones psicosomáticas desencadenando patologías orales (liquen plano, trastornos temporomandibulares, enfermedad periodontal, estomatitis aftosa y síndrome de ardor bucal).

1.6 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ✓ Determinar los diagnósticos psicológicos que se relacionan con el desarrollo de liquen plano en cavidad oral.
- ✓ Determinar los diagnósticos psicológicos que se relacionan con el desarrollo del síndrome de ardor bucal en cavidad oral.
- ✓ Determinar los diagnósticos psicológicos que se relacionan con el desarrollo de trastornos temporomandibulares en cavidad oral.
- ✓ Determinar los diagnósticos psicológicos que se relacionan con el desarrollo de la estomatitis aftosa recurrente a en cavidad oral.
- ✓ Determinar los diagnósticos psicológicos que se relacionan con el desarrollo de la enfermedad periodontal en cavidad oral.
- ✓ Determinar que diagnósticos psicológicos se relacionan con cada una de las patologías estudiadas.

2. ASPECTOS METODOLÓGICOS.

2.1. Tipo de Estudio

Revisión Sistemática de la Literatura.

2.2. Material Objeto de Estudio

Relaciones entre los trastornos psicológicos y las manifestaciones orales.

2.3 Material de Estudio

Artículos científicos de revistas indexadas que evidencien la asociación de manifestaciones orales y alteraciones psicológicas

2.4. Criterios de Elegibilidad

2.4.1. Criterios de Inclusión

-Artículos de casos y controles.

-Artículos de pacientes con trastornos psicológicos (Ansiedad, estrés y depresión).

-Artículos de pacientes que evidencian sintomatología a nivel oral con relación a estas patologías: Liquefación oral, Síndrome de ardor bucal, Trastornos temporomandibulares, Estomatitis Aftosa, Enfermedad periodontal.

-Artículos donde los resultados del estudio muestren una asociación entre los trastornos psicológicos y manifestaciones psicósomáticas, llegando a desencadenar una patología oral.

-Artículos que evidencien la asociación de trastornos psicológicos con patologías orales.

-Artículos en español o inglés.

-Artículos en un prospecto de 1994 – 2011.

2.4.2. Criterios de exclusión.

- Estudios de pacientes psicosomáticos que tengan manifestaciones clínicas en sitios diferentes a cavidad oral.
- Estudios realizados en población infantil.
- Estudios con pacientes que presentan manifestaciones en cavidad oral, que no están asociados a problemas psicosomáticos.

2.5 Procedimiento

2.5.1 Estrategia de Búsqueda de literatura

Se seleccionaron dos bases de datos para la búsqueda de documentos relacionados con el propósito de la investigación: EBSCO HOTS, MEDLINE, también se realizó una búsqueda manual.

2.5.2 Estrategia de Selección de los Artículos

Para la búsqueda de artículos se consultaron las siguientes bases de datos PUBMED con los términos (stress disorders oral) arrojando 452 artículos disponibles; luego se realizó otra búsqueda en la base de datos EBSCO HOTS obteniendo 360 artículos con las palabras claves (stress disorders, stress pshychological, anxiety disorders), para un total de 812 artículos. Posteriormente se registraron en una tabla de Excel para comparar la duplicación de los mismos y se obtuvieron 620 artículos, que fueron seleccionados por títulos identificando así la relación con el tema de estudio, para un total de 120 artículos.

Los artículos seleccionados fueron depurados de acuerdo al resumen para saber si se encontraba una asociación psicopatológica y así se obtuvieron 75 artículos que fueron consignados en un instrumento bibliográfico que contenía datos como: bibliografía, objetivo, materiales y métodos, variables, resultados y conclusiones. De acuerdo con lo anterior, se pudo establecer cuáles cumplían con los criterios

de inclusión y aquellos que pertenecían al tipo de estudio de casos y controles. De éstos, se obtiene finalmente 19 artículos a los cuales se les realiza un minucioso análisis distribuyéndolos por patologías de la siguiente manera: cuatro (4) de liquen plano, tres (3) de síndrome de boca ardiente, siete (7) de trastornos temporomandibulares, dos (2) de estomatitis aftosa recurrente y tres (3) de enfermedad periodontal.

2.5.3 Evaluación de los Artículos.

Se diseñaron dos instrumentos para consignar cada uno de los 19 artículos seleccionados, la primera estaba distribuida de la siguiente manera: denominación del artículo, patología, número de pacientes, tipo de patología, diagnóstico psicológico y variables y la segunda contenía lo siguientes datos: número de artículos totales por patología, número de casos, controles por género, rango de edad, tipo de estadística utilizada y test psicológicos utilizados.

Igualmente, la prevalencia por género y al mismo tiempo conocer los factores predisponentes que podían influir para que un paciente somatizara.

Todos los artículos fueron revisados estratégicamente por dos revisores y cuando no existía acuerdo entre ellos había un tercer revisor.

Para cumplir con la metodología de revisión de cada uno de los artículos, se utilizó la plantilla de revisión sistemática denominada "Programa de lectura crítica CASPe" y para el nivel de evidencia de estos artículos se determinó de acuerdo al cuadro de evidencia de SING.

(www.sign.ac.uk/), (<http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/50/checklist1.html>).

3. RESULTADOS

De los 19 artículos revisados se distribuyeron de la siguiente forma: 4 relacionaban el liquen plano, 3 con el Síndrome de Boca Ardiente, 7 con trastornos temporomandibulares, 2 con Estomatitis Aftosa y 3 con la enfermedad periodontal.

Se analizaron cuatro artículos de liquen plano oral con un total de 310 pacientes. En el año 2004, Soto determina la asociación de liquen plano con los factores psicológicos en 9 pacientes que tenían la patología, analizando factores tales como: estrés, ansiedad y depresión. El estrés tuvo un promedio del 66.6% y un valor de ($P < 0.01$), seguido del factor de ansiedad con un porcentaje de 77.7% y ($P < 0.01$). Por último, el factor de depresión tuvo un porcentaje menor de 44.4%, en relación a los demás trastornos (estrés, ansiedad) con un ($P < 0.01$). Para el grupo control, el valor de p fue igual para el estrés como para la ansiedad siendo este ($P < 0.05$), y para la depresión el valor de P es ($P > 0.05$). Para el grupo de casos con patología oral era alto, mientras que en el grupo control tenían valores normales, lo que muestra diferencia notoria entre casos y controles. En cuanto al grupo de casos presenta un promedio de 11.59%, mientras que el grupo control con un promedio de 7.25% evaluando la ansiedad de estos pacientes donde el resultado es significativo estadísticamente con un valor ($P < 0.05$); así mismo evalúan la depresión donde los casos muestran un promedio de 7.03% y el grupo control de 3.95% observando que los más afectados fueron los casos y arrojando un valor significativo de ($P < 0.05$). En el liquen plano oral y los factores psicológicos el estrés, la ansiedad y la depresión son comparados con los datos del grupo control, y se observa que existen diferencias estadísticamente significativas para las variables de estrés y ansiedad ($P < 0.05$). Sin embargo en cuanto al valor promedio de depresión, no existen

diferencias entre ambos grupos, quedando ambos catalogados en el rango de normalidad.

Chaudhary 2004, en su estudio se analizaron tres grupos, dos controles uno positivo y otro negativo y un grupo de casos. Se utilizó la prueba GHQ (General Health Questionnaire) donde la puntuación de este (GHQ-28) fue mayor la cual evaluaba los niveles de angustia; mientras que en los controles esta prueba fue menor a (GHQ-19). Es notoria la diferencia estadística entre los dos grupos ya que cada uno maneja puntuaciones diferentes de angustia lo cual puede llegar a influir de diferentes formas en el desarrollo de esta patología, afectando su vida cotidiana. Así mismo, otro factor a evaluar en pacientes con liquen plano fue el estrés el cual presento en el grupo control un ($P < 0.05$) significativo y en los casos con el mismo nivel de significancia respecto al estrés. Existe una diferencia significativa en cuanto a los niveles de ansiedad entre los dos grupos ($P < 0.05$), significativo. Sin embargo, ninguna diferencia estadística es significativa entre el liquen plano oral y la población control positivo ($P > 0,05$), no significativo. La evaluación de la depresión de los pacientes del grupo de casos fue mayor en comparación con el control negativo, pero casi igual al del control positivo. Una diferencia significativa se observó en los niveles de depresión entre los tres grupos ($P < 0.05$), significativo.

Shah B, y cols, en el 2009, en el análisis realizado, los pacientes incluidos en el estudio estaban en el rango de edad de 19-69 años. Entre éstos, 17 pacientes eran del sexo femenino con un promedio de 56,7% y 13 eran varones que equivalen al 43,3%. En el análisis encontramos niveles elevados de depresión con el 70%, la ansiedad con el 66.6% y el estrés con el 100%, respectivamente en el grupo de casos, en comparación con los controles. Todos estos factores psicológicos incrementan las formas de liquen plano, no hubo diferencia estadística entre los factores psicológicos y el liquen del grupo erosivo y no erosivo en la mayoría de los pacientes con

liquen plano se incrementaron los niveles de depresión ansiedad, estrés y se incrementaron los niveles de cortisol salival.

El análisis del grupo de estudio usando la correlación Person mostró un coeficiente de correlación positiva entre los niveles de depresión, ansiedad y estrés.

Delavarian y cols. 2010, determinaron que la disminución en el tamaño de las lesiones fue más significativa en el grupo de estudio después de seis meses, pero esta diferencia no fue significativa en relación con la experiencia del dolor y la clase de lesión. El análisis del coeficiente de correlación de Spearman's, demostró que en el sexto mes no hubo una relación significativa y directa entre los desórdenes psiquiátricos y la respuesta al tratamiento de las lesiones del liquen plano oral particularmente esto es pertinente con el tipo de lesión.

Tabla 1. Liquen Plano

AUTOR AÑO	Y	# PACIENTES	CASO CONTROL	Y	Dx oral	Resultado	Test psicológico	Nivel de evidencia
Soto A y cols		54	Casos:34 Control : 20		Liquen plano	Control: p<0.005 Casos: p<0.01	Teste de experiencia reciente (T.E.R.) Anxiety and Depression. (HADS)	2++
Chaudhary S		150	Casos:41 Control:109		Liquen plano	Controles: p<0.005 Casos: p<0.005	Cuestionario de salud General-la versión 28 (GHQ- 28) Anxiety and Depression Scale (HADS)	2++

Shah B y cols 2008	60	Casos: 30 Control: 30	Liquen plano	Controles: Depresión: p<0.05 Ansiedad p<0.01 Estrés: p<0.001 Casos: Depresión: p<0.05 Ansiedad: P 0.14 Estrés: p<0.001	Scale Analogue Visual (VAS) Depression, Anxiety and stress scale (DASS).	2++
Delavarian Z y cols 2010	46	Casos: 31 Control: 15	Liquen plano	Casos: P=0.026 Control: p=0.31	DSM-IV-IR Scale Analogue Visual (VAS)	2++

De los cuatro artículos analizados con síndrome de Boca ardiente (SBA) con un total de 519 pacientes. Qiaming Chen 2007, relaciona que el 31% de los pacientes demostraron síntomas depresivos, comparando los 48 pacientes con (SBA) y 31 controles utilizando escalas como HRSD (escala de Hamilton que clasifica el estado de depresión) y escala visual análoga (VAS). Los puntajes de los pacientes con (SBA), fueron significativamente mayores que los controles y positivamente correlacionado con los valores de VAS (P=0.002). La asociación de Interleucina 6, en los pacientes fue mucho menor que los controles y negativamente correlacionada con VAS (P=0.011), lo cual no mantiene una asociación significativa y las puntuaciones entre interleucina 6 y HSRD fueron de (P=0.317).

López 2008, analiza la calidad de vida en general por medio del cuestionario SF-36 en 120 pacientes donde se comparan los 60 pacientes con (SBA) con el grupo control 60 pacientes según la evaluación, en general. Los pacientes con (SBA) obtuvieron datos más bajos en comparación que el grupo control y con respecto al cuestionario OHIP - 49 se utilizó para evaluar la salud bucal; éste obtuvo puntuaciones bajas con respecto al grupo control (P<0.001), no se encontraron diferencias significativas entre (SBA) asociado con hábitos parafuncionales y la presencia de prótesis dentales en relación con los diferentes

tratamientos se encontraron diferencias significativas en la limitación funcional ($P=0.002$) y dolor físico con ($P=0.033$).

Eli 1994, en su estudio evalúa los perfiles de los pacientes de acuerdo con el cuestionario SCL-90 donde se compara el grupo casos: 45 pacientes con (SBA) con respecto al grupo control 45 pacientes sanos, los pacientes con (SBA) obtuvieron puntuaciones significativamente más altas en todas las escalas de SCL-90 comparado con el grupo control, para evaluar el efecto global del grupo se utilizó la prueba MANOVA en la cual no se observaron diferencias entre los pacientes con (SBA) y el grupo control encontraron diferencias significativas en los pacientes que han sufrido acontecimientos recientes de vida ($P=0.0001$). Los pacientes con (SBA) reportaron trastornos psiquiátricos y hospitalización en el pasado en comparación con el grupo control ($P<0,03$), también mostraron mayor tendencia a estar bajo tratamiento psicológico respecto con los controles ($P<0.08$).

Tabla 2. Síndrome de Boca Ardiente

AUTOR Y AÑO	# PACIENTES	CASO Y CONTROL	Dx oral	Resultado	Test psicológico	Nivel de evidencia
Eli I y cols 1994	90	Casos:45 Controles:45	Síndrome de boca ardiente	Perfil psicopatológico P: 0,0001 trastornos psiquiátricos y hospitalización ($p<0,03$) tratamiento psicológico ($p<0,08$).	Cuestionario demográfico EVA Cuestionario cambios de vida recientes Cuestionario SCL-90	2++
Chen Q y cols 2007	79	Casos: 48 Control: 31	Síndrome de boca ardiente	Correlación negativa con los niveles del dolor $P=0,011$ Análisis interleucina 6 $p=0,002$	HRSD (escala Hamilton para observar el grado de depresión) VAS (Escala visual análoga)	2++
Pia L y cols 2008	120	Casos:60 Controles : 60	Síndrome de boca ardiente	Calidad de vida ($P<0.001$) Limitación Funcional ($P=0.02$) dolor físico ($P= 0.033$)	SF-36(Evalúa la calidad de vida) OHIP-49(Evalúa la salud bucal) EVA(Escala Visual Análoga)	2++

De los siete artículos revisados de trastornos temporomandibulares, se obtuvieron los siguientes resultados: Cimino 1998, en su estudio se revisaron los síntomas más comunes y características de FM (fibromialgia) y MFP (síndrome de dolor miofacial) en pacientes afectados con trastornos temporomandibulares. De 46 pacientes que presentaban estos padecimientos, las mujeres en edades de 35 años, al aplicarles el cuestionario de síntomas subjetivos, se encontraron similitudes en ambos grupos particularmente en el dolor durante la función mandibular, ruidos articulares y dolor de cabeza, encontrando niveles de significancia en dolor en otras partes del cuerpo, ($P < 0.001$) en ambos grupos. En contraste, el dolor de cuerpo presente en todos los pacientes con Síndrome de fibromialgia (FS), en sólo el 27%, grupo ($P = 0.0001$), la aparición de síntomas en pacientes con (MFP) 3-4 años (SD 3.6), frente 53 pacientes con (FM), con una frecuencia de 6 años en especial el nivel psicológico por sucesos trágicos por ejemplo: la muerte de un familiar, un divorcio ó el estrés, coincidió con la aparición del dolor en un 50% de los pacientes (MFP), y en el 13% de los pacientes (FM) ($P = 0.0007$). Al examen clínico de la ATM no reveló dolor a la palpación y los ruidos de la articulación temporomandibular se detectaron en el 26,5% de los pacientes con (MFP), y en el 17,8% de los pacientes (FM) ($P = 0,72$). La palpación muscular fue positiva para ambos grupos y no había ninguna diferencia estadística en los niveles de dolor muscular entre los dos grupos, excepto para la inserción del temporal izquierdo con ($P = 0,04$), porque el dolor se irradia, afectando la salud integral del ser humano. En los pacientes el 13% tenían (FS), síndrome de fibromialgia, no se observaron diferencias a la apertura de la boca, tanto en pacientes activos como pasivos en estos dos grupos, siendo menor en la población normal, no hubo diferencias en las puntuaciones psicológicas en los pacientes con (FS) y (MFP), pero los resultados fueron significativamente superiores a los obtenidos en la población normal.

El estudio de Ernberg 2000, pretendía buscar la relación de niveles de serotonina en el plasma (P-5HT y S-5HT), y la correlación entre el dolor Orofacial y la

ansiedad en la fibromialgia, tomando 12 pacientes con fibromialgia, 12 pacientes con artritis reumatoidea y 12 pacientes control, utilizaron escalas especiales para evaluar la intensidad del dolor con la escala visual análoga (ADL), que mide la intensidad del dolor, en las actividades cotidianas, otra evaluación utilizada fue la de (IDATE) es el estado de Spielberg y la escala para clasificación de la ansiedad, la evaluación psiquiátrica para medir el estado de ánimo fue la(STA), también se utilizó el Test de presión a la palpación (PPT), para la evaluación clínica del umbral del dolor, ejerciendo presión sobre el músculo masetero, al igual que exámenes de laboratorio que se realizaron en sangre para analizar los niveles de serotonina(P-5HT y S-5HT). La relación de (P-5HT y S-5HT), es calculada para determinar en el plasma la relación con la serotonina. Los pacientes con fibromialgia, mostraron una significancia menor en (S-5HT), que los pacientes con artritis reumatoidea, existiendo una significancia mayor en las evaluaciones realizadas con (STA) y el indicador de puntos para los músculos a nivel oral, siendo significativamente menor al (PPT) a la evaluación clínica del umbral del dolor que el grupo control. La correlación entre la serotonina, el dolor y la ansiedad en pacientes con fibromialgia no fue positiva, la relación entre (RPS y ADL) para el cuerpo en general ($P=0.02$) y para la región de músculos maseteros ($P=0.015$). El nivel de serotonina en plasma se correlaciono negativamente con (PPT) ($P=0.032$) del grupo control, el estudio indica que la relación entre los niveles de plasma y suero de 5-HT, es similar en el grupo de casos y grupo control, pero al presentar un alto nivel de serotonina en el plasma con respecto al nivel sérico, llega a existir asociación respecto al dolor. Otro aporte, fue dado en la investigación por Aaron y col. 2000, en su estudio con 72 casos y 22 controles, compararon la frecuencia de 10 cuadros clínicos entre los pacientes con Síndrome de fatiga crónica (SFC) y fibromialgia (FM), en comparación con trastornos temporomandibulares (TTM). Al evaluar los síntomas se encontró: fatiga conjunta a dolor y ardor o dolor punzante muscular. El (SFC), incluye fiebre o dolor de garganta, y la (FM), dolor de espalda que se alivió por medio de terapias con calor y masajes, con desmejoría al estar de pie; los pacientes (TTM)

se distinguen mejor por una historia de dolor facial o dolor en los músculos de la mandíbula o en las articulaciones. El análisis reveló por medio de una prueba de chi-cuadrado, que el síndrome de fatiga crónica (SFC) mostró significancia de ($P < 0,001$), teniendo más síntomas en relación al grupo control. Pero los pacientes con trastornos temporomandibulares (TTM), fueron más significativos ($P < 0,05$) que él (SFC) y el grupo control, porque sus síntomas fueron más frecuentes en estos pacientes como las molestias de dolor de cabeza y tensiones musculares. Así mismo, se mostró en éste estudio que los pacientes con (FM) y (TTM), respecto al estrés y ansiedad son pacientes con un nivel significativo de ($P < 0.01$). En la investigación con Manfredini 2004, buscaba las asociaciones entre el bruxismo y los factores psíquicos y el trauma oclusal en bruxómanos, para esto evaluaron 85 pacientes de los cuales 34 padecían bruxismo, 12 eran del género masculino y 22 femenino. Se utilizaron medidas como cuestionarios validados para evaluar (Estado de ánimo-SR) y espectros (PASSR) pánico, Agorafóbico, (trastorno de ansiedad que consiste en el miedo a los lugares donde no se puede recibir ayuda, por temor a sufrir una crisis de pánico variables oclusales (mordida cruzada, mordida abierta, interferencias mediotrusión y laterotrusión, interferencias oclusales (ICP), laterotrusión guías caninas y molares) La evaluación clínica se hizo con diagnóstico de facetas de desgaste, anamnesis a familiares o amigos más cercanos para saber si escuchaban rechinar los dientes en la noche o en el día. Se utilizó el análisis estadístico de chi-cuadrado y Mann-Whitney para ver la diferencia significativa en la prevalencia del bruxismo entre los géneros y variables oclusales psiquiátrica, estados de ánimo (SR) cuestionario del estado de ánimo y estilo de vida de paciente, con estas pruebas se pudo evaluar que existen interferencias oclusales y bruxismo con una significancia ($P < 0.05$).

En cuanto a la investigación psiquiátrica, hay diferencias significativas entre el bruxismo y los controles y surgió la presencia de depresión con ($P < 0.01$) y los síntomas maníacos con ($P < 0.01$) en los estados de ánimo-SR, para la sensibilidad al estrés con ($P < 0.01$), la expectativa ansiosa ($P < 0.05$), y los síntomas

tranquilidad sensibilidad con ($P < 0.05$) en PAS (espectro de pánico) SR (estado de ánimo). En particular ambos evaluaron el estado de ánimo con una significancia ($P < 0.01$) y el pánico agorafóbico con una significancia de ($P < 0.05$). Al realizar la prueba de chi-cuadrado reveló una diferencia significativa en la prevalencia del bruxismo entre los sexos con ($P < 0.01$), con una prevalencia mayor en mujeres que en hombres (57,8 % mujeres vs 25,5 % hombres). Al evaluar las variables oclusales incluidas en éste estudio, el análisis de chi-cuadrado reveló una asociación entre interferencias mediotrusión y bruxismo ($P < 0.05$). Como resultado de la presencia de estos dos síndromes, la mediotrusión 11/34 bruxómanos en relación con 7/51 en los controles, mientras el síndrome de laterotrusión se identificó en cinco pacientes bruxómanos y tres no bruxómanos ($P = NS$). Entre bruxómanos. Los pacientes con malas mordidas, presentaban niveles más altos de bruxismo, lo cual se vio reflejado en 15 pacientes con mordida abierta, anterior, posterior, unilateral y bilateral, no habiendo una asociación significativa entre el bruxismo y la oclusión de estos pacientes. En la evaluación psiquiátrica se mostró una significancia entre, significa SR (estado de ánimo) los resultados fueron 34,8 (desviación estándar (SD) con n ($P > 0.003$). La prueba de Mann-Whitney reveló la significación estadística de estas diferencias ($P < 0.001$). Las puntuaciones medias de PAS-SR fueron 15,5 (10,8; mediana 15, rango 0-39) para no bruxómanos y 22,5 (de 14,3).

Klecha 2009, en su estudio quería conocer la prevalencia entre síndromes somáticos funcionales (SFS) en trastornos temporomandibulares (TTM) con relación a un grupo control donde se distribuyó así: 56 casos, 103 controles. Se aplicó una escala de somatización que contiene un total de 12 puntos, con 5 elementos a examinar, se evaluó la percepción del dolor, en la cual se pudo deducir que los pacientes con (TTM), presentaban desplazamiento del disco con y sin reducción, luxación de la articulación, sinovitis y capsulitis. Éstos se evaluaron por pruebas estadísticas ANOVA, donde la diferencia estadísticamente fue significativa en cuanto a la (TTM), en situaciones de estrés de un paciente

respecto a un dolor articular o muscular sin factor de estrés contribuyente con ($P < 0.001$), y en cuanto a niveles de estrés de la (TTM) con el grupo control, sigue habiendo significancia relevante en los pacientes con (TTM) que en los controles. Otros aspectos que evaluaron en cuanto al síndrome somático funcional fueron la ansiedad y la depresión donde la depresión fue significativamente mayor en el grupo (TTM), que en el grupo control de control con ($P < 0.001$).

Schmidt 2009, por medio de este estudio de casos (22) y controles (23), quería conocer los índices más prevalentes entre los músculos masticadores cuando había dolor con respecto a pacientes sin dolor en reposo, durante una condición de estrés después de esta. El grado de dolor se evaluó por la escala EVA, Se aplicaron pruebas psicológicas como: Pittsburgh Sleep Quality Index para conocer la calidad del sueño, escala de la angustia, prueba de trastornos por estrés postraumático, escala (Duke-UNC) apoyo Social Funcional. Al evaluar el nivel del dolor por prueba estadística como, MANOVA, no hubo efecto significativo principal en el grupo de pacientes sin dolor en reposo respecto al grupo control, ($P < 0.10$). Por otra parte, teniendo en cuenta los test psicológicos se observó que si hubo una diferencia significativa en los resultados estadísticos, con el número de participantes que reportaron un factor de estrés en pacientes con dolor versus el grupo control con ($P < 0.30$), donde prevalecen aspectos del entorno social a este grupo de pacientes.

Tjakkes 2010, evaluó como era la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) si se encuentra disminuida en pacientes con trastornos temporomandibulares dolorosos, comparándolo con la (CVRS) en la población general. Los datos relativos a la salud física y mental fueron conocidos en pacientes con dolor y trastornos temporomandibulares donde las mujeres fueron las más afectadas debido a que su carga en el hogar es más elevada. Los instrumentos de evaluación utilizados fueron: cuestionario del deterioro de la función mandibular (MFIQ), la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión Lista

(HADS), y el Cuestionario de Salud General (GHQ), y una prueba donde relataban su diario vivir. Con el fin de examinar la influencia de la duración del dolor en la CVR (calidad de vida relacionada con la salud), la muestra total se dividió en tres subgrupos diferentes. Subgrupo 1 formado por pacientes con quejas existentes de menos de un año. Los pacientes con quejas de 1 a 3 años fueron asignados al segundo grupo. El tercer subgrupo incluyó a pacientes con quejas de más de 3 años. En total se evaluaron 90 casos respecto a la población en general, donde la mayoría del funcionamiento físico y social de los grupos 2 y 3 fueron significativos con ($P < 0.02$) que en la población general. Estadísticamente no hubo significancia con ($P > 0.08$) entre los grupos 1 y 2 en relación en la escalas de función física y dolor corporales, mientras en el grupo 3 si hubo significancia con ($P < 0.01$); en los efectos de la duración del dolor los 3 grupos no muestran correlación significativa con ($P > 0.05$) con la población en general. El tercer grupo mostró más problemas somáticos, como estrés, ansiedad, depresión, angustia, frente al primer grupo, con las escalas y GHQA GHQC es decir que para el tercer grupo esta escala si tuvo significación con ($P < 0.01$), con relación a los otros grupos. La prueba HADSA y HADSD no fue significativa en los grupos 2 y 3, mientras que en el grupo 1 si se encontró diferencia significativa ($P < 0.02$) Además, en la puntuación de HADSD en el grupo 2 fue peor que en el grupo 3.

Tabla 3. Trastornos temporomandibulares

AUTOR Y AÑO	# PACIENTES	CASO Y CONTROL	Dx oral	Resultado	Test psicológico	Nivel de evidencia
Cimino R y cols 1998	202	Caso: 46 Controles : 156	Transtorno temporomandibular	MFP y FM <0,01 en dolor en otras partes del cuerpo. MFP y FM : ansiedad <0,05 Depresión <0,01 Somatización < 0..1 MFP/NP Ansiedad <0,5 Somatización <0,01 Depresión <0,01 FM/NP Ansiedad ,Somatización y Depresión <0,01	Cuestionario subjetivo "Perfil psicológico MFP, FM con sanos	2++
Ermberg M y Cols 2000	36	Casos: 24 Controles:12	Transtorno temporomandibular	<Significancia en S-HT en los pacientes con artritis reumatoidea y mostraron alta significancia en puntuaciones para músculos con dolor orofacial y significante menor que el grupo control. Se asocia con el aumento de ansiedad. P<=0,05	Prueba 5-HT Prueba S-5-HT fue calculado para determinar relación serotonina en el plasma	2++
Aaron L y cols 2000	94	Casos 72 controles 22	Transtorno temporomandibular	Compara el síndrome somático funcional en pacientes	SR (Cuestionario del estado de animo y estilo de vida del paciente)	2++
Manfredini D y Cols 2004	85	Casos :34 controles :51	Transtorno temporomandibular	Síntomas depresivos (P < 0.05)	PASS – SR	2++
Klecha A. y col 2009	159	Casos :56 Controles:103	Transtorno temporomandibular	la TMD en situaciones de estrés de un paciente respecto a un dolor articular o muscular sin factor de estrés contribuyente (p <0,001), y en cuanto a niveles de estrés de la TMD con el grupo	Escala de somatización	2++

				control. Síndrome somático funcional fue la ansiedad y la depresión donde la depresión fue significativamente mayores en el grupo TTM, que en el grupo control de control. $p < 0,001$.		
Schmidt.J y cols 2009	45	Casos 22 Controles 23	Trastorno temporomandibular	No hubo efecto significativo principal en el grupo de pacientes sin dolor en reposo respecto al grupo casos, ($P < 0.10$), el grupo control ; ($P < 0,30$), donde prevalecen aspectos del entorno social a este grupo de pacientes.	Pittsburgh Sleep Quality Index para conocer la calidad del sueño, Escala de la angustia, Prueba de trastornos por estrés postraumático, Escala (Duke-UNC) apoyo Social Funcional	2++
Tjakkes A y cols 2010	95	Casos 90 Controles ; población en general	Trastorno temporomandibular	La prueba HADSA y HADSD no fue significativa en los grupos 2 y 3, mientras que en el grupo 1 $p < 0.02$.	HADS (Escala que evalúa depresión y ansiedad) GHQ (cuestiona y evalúa los diferentes tipos de angustia y escala de autocontrol. HRSD (Hamilton de depresión)	2++

De los 2 artículos analizados de Estomatitis Aftosa Recurrente (EAR), con un total de 291 pacientes, Barros 2009, evaluó 50 pacientes en total, 25 pacientes con (EAR) y 25 controles y se les aplicó el cuestionario SSLVAS (cuestionario de soledad, estrés, en las categorías de emociones físicas sociales y cognitivas). Los resultados obtenidos fueron sometidos al análisis estadístico test de Mann-Whitney, el cual describe que existe un mayor nivel de estrés psicológico en los pacientes con (EAR) en comparación con el grupo control con ($P < 0.05$). Dentro del grupo (EAR), no se observó diferencia significativa entre el grupo (EAR) leve, moderado y severo con ($P = 0.57$); además no se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres que presentaban (EAR) con ($P = 0.98$). Al

realizar el análisis estadístico de Fisher's, no había diferencia estadística al comparar los pacientes con (EAR) y los controles en cuanto a los niveles de estrés 2 y 3 (P=0.55). La misma prueba mostró significancia estadística, cuando los pacientes tenían (EAR) y los pacientes control fueron comparados con el estrés con niveles por encima de 3 (P=0.017).

Mumcu 2007, en su estudio tomando 96 pacientes con enfermedad de Behcet (BD), 28 pacientes con (EAR) y 117 controles, el análisis factorial reveló tres subescalas y explicó el 66,49% de la varianza total en estos pacientes con úlceras orales activas. La calificación de una sub escala fue positiva con la recurrencia de úlceras orales por mes con (P= 0.037) y la sub escala tres, tratados con colchicina fueron negativamente correlacionados, que los tratados con inmunosupresores con (P=0.035).

Tabla 4. Estomatitis Aftosa Recurrente

AUTOR Y AÑO	# PACIENTES	CASO Y CONTROL	Dx oral	Resultado	Test psicológico	Nivel de evidencia
Mumcu G y cols 2007	241	Casos 124 Controles 117	Estomatitis Aftosa	recurrencia de úlceras orales por mes p= 0,037 pacientes sexo femenino tuvo una significancia mayor p=0,020 y p=0,042 respectivamente pacientes tratados con colchicina presentaron aumento significativo que los tratados con inmunosupresores p=0,035	OHIP-14 (un cuestionario perfil de impactos en salud oral)	2++
Gallo CB y cols 2009	50	Casos 25 controles 25	Estomatitis Aftosa	Estrés Psicológico: (P>0,05) EAR leve, moderado, severo (p=0,57) Hombres y mujeres(P=0,98) niveles de tensión 2 y 3(P=0,55) Estrés con niveles por encima de 3 (P=0,017).	Cuestionario SSLVAS (Evalúa síntomas de estrés)	2++

En los 3 artículos estudiados 400 pacientes que tenían Enfermedad Periodontal, Vettore 2003, analiza la enfermedad periodontal en tres grupos de acuerdo a la

profundidad de bolsa el grupo control de 22 pacientes y un grupo casos de 57, teniendo en cuenta el PI (índice de placa) GI (índice gingival) PPD (profundidad de bolsa periodontal) y CAL (nivel de inserción) Los pacientes fueron sometidos a evaluaciones psicológicas clasificando el nivel de stress y ansiedad realizado por SSI (Stress symptom Inventory) STAI (State-trait Anxiety Inventory), los tres grupos no difieren en cuanto a porcentaje de estrés clínico. La frecuencia moderada del nivel de inserción (4-6 mm) y profundidad de bolsa (4-6 m) resultó ser significativamente asociadas con las puntuaciones más altas de rasgo de ansiedad, después de ser ajustado por datos socioeconómicos y el consumo de cigarrillos ($P < 0.05$).

Peter 2005, en su estudio analiza la asociación de los síntomas gingivales estableciendo la relación mediada por factores del huésped, tomando un grupo de casos de 123 pacientes con enfermedad de Alzheimer, que tenían cuidado a nivel oral y un grupo control de 117 pacientes que no tienen cuidado a nivel oral y clasificados por escalas psicométricas Hamilton, BDI (Beck Depression inventory). El porcentaje de pacientes que tiene cuidado a nivel oral con un 17% que reportaron síntomas gingivales, era el doble de los pacientes que no tenían cuidado a nivel oral con un 8,5% ($P < 0.05$), no hubo diferencia entre los que tenían cuidado a nivel oral y los que no tenían cuidado oral. La relación entre los informes de los síntomas y los cuidados gingivales fue mediado por variables psicológicas con ($P < 0,05$) y el riesgo metabólico insulina, obesidad ($P < 0.05$). Mayores informes de síntomas gingivales se asociaron con mayor molestia ($P < 0,001$), estado de ánimo deprimido ($P < 0,01$), riesgo metabólico ($P < 0,001$).

Saletu 2005, en este estudio se evaluaron 40 pacientes con periodontitis y 41 controles, al observar las diferencias en las variables psicométricas con respecto a los pacientes con periodontitis, con la Escala de Depresión de Hamilton (HAMD), Zung Self-Rating Depression Scale (SDS), Zung Self-Escala de Ansiedad (SAS), Von Zerssen Escala de Evaluación de Bienestar Subjetivo (Bf-S), Von Lista Queja

Zerssen (B-L), Escala de Epworth Somnolencia (ESS), El sueño de Pittsburgh Índice de Calidad (ICSP), Prueba de Vocabulario de selección múltiple (MWT), Índice de Calidad de Vida (ICV), y el grupo control. El resultado del análisis multifactorial de varianza demostró un aumento de la depresión y las puntuaciones de ansiedad, la reducción de bienestar el aumento de las quejas somáticas, la calidad de vida deteriorada y la introversión en la periodontitis, el análisis de correlación parcial entre medidas psicométricas y variables dentales revela una asociación positiva de gravedad de la enfermedad periodontal, pedida de inserción clínica con la depresión, ansiedad, el bienestar subjetivo, muestra una correlación negativa con la calidad de vida, el índice de placa proximal muestra una correlación negativa con orientación social y los niveles de inserción clínico se relaciona positivamente con quejas somáticas.

Tabla 5. Enfermedad Periodontal

AUTOR Y AÑO	# PACIENTES	CASO Y CONTROL	Dx oral	Resultado	Test psicológico	Nivel de evidencia
Vettore MV y cols 2003	79	Casos :57 controles :22	Enf. periodontal	CAL p<0.05 PPD P<0.05 Se encontró asociación entre los niveles de ansiedad p<0.05 Relación positiva stress y eventos de la vida p<0.05	SSI (clasificación síntomas de stress) (Escala de Clasificación de reajuste social) STAI (escala que mide estado rasgos de ansiedad).	2++

Saletu A y cols 2005	81	Casos :40 controles:41	Enf. periodontal	FPI (Friburgo inventario de personalidad) p<0.10 CAL(Perdida de inserción clínica) P< 0.05 API (Índice de Placa proximal) P< 0.01 PBI (Índice sangrado papilar) P<0.001	Escala de Depresión de Hamilton (HAMD),Zung Self-Rating Depression Scale (SDS) Zung Self-Escala de Ansiedad (SAS) Von Zerssen Escala de Evaluación de Bienestar Subjetivo (Bf-S) Von Lista Queja Zerssen (B-L) Escala de Epworth Somnolencia (ESS) El sueño de Pittsburgh Índice de Calidad (ICSP) Prueba de Vocabulario de selección múltiple (MWT) Índice de Calidad de Vida (ICV)	2++
Peter P, Vitaliano PHD, Rutger P. 2005	240	Casos:123 controles:117	Depresión Estrés Ansiedad	Enf. periodontal	Pacientes que tienen cuidado a nivel gingival que reportaron síntomas gingivales p<0.05 Depresión p<0.05 Riesgo metabólico y obesidad P<0.05 comparado con los que no tienen cuidado gingival Estado de ánimo deprimido p<0.001 Riesgo metabólico p<0.001	BDI (escala de Beck para la clasificación de la depresión) Hamilton escala

4. DISCUSIÓN

Del análisis de los resultados, se obtiene que exista una asociación entre alteraciones psíquicas del individuo y alteraciones en la cavidad oral, siguiendo cada una de las patologías.

Shah y cols (2009), y Delavarian y cols (2010), manifiestan que el factor psicológico más común es el estrés, en el desarrollo del liquen plano oral. Soto y col. Lo designan con el siguiente orden: estrés, ansiedad y depresión; mientras que Chaudhaey lleva un orden distinto, en este estudio no menciona al estrés, sino solamente la ansiedad y la depresión. La ansiedad la denotan en los cuatro estudios como un factor con un alto porcentaje por lo tanto significativo. En cuanto a la depresión, también ha sido significativo pero con valores menores con respecto a los otros dos factores.

Shan 2008, le da más importancia a la depresión, seguido de ansiedad y el estrés. Por lo contrario Delavarian y col. 2010, solo hablan del estrés como un factor de la etiología para el liquen plano oral.

Soto y col. 2004, determinan el género femenino con más predominio para el desarrollo del liquen plano oral, con un porcentaje de más de la mitad de la población de estudio, al igual que Shah con un porcentaje no tan significativo. Solo en este último estudio habla sobre la edad del desarrollo en las mujeres, la cual está entre los 30 y 50 años de edad.

En relación con las pruebas psicológicas utilizadas, Soto y col. y Chaudhary utilizaron la escala de HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) y para la detección de factores de estrés psicosocial con un diagnóstico de los desórdenes psiquiátricos de los pacientes, utilizaron el test THE GHQ-28, mientras que Shah

y col., utilizaron DASS (Depression, anxiety and stress scale), y Delavarian y col. El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DMS), en las pruebas estadísticas hay una gran variedad, ningún estudio tuvo una igualdad en las pruebas estadísticas. Soto y col. utilizaron la prueba de T se Student no pareado, mientras que Chaudhary utilizó la prueba ANOVA. En cambio Shah utilizó el chi cuadrado para su estadística, y Delavaria, y col. utilizaron el test de Sperman.

En el Síndrome de Boca ardiente (SBA), Rodríguez y col. 2007, manifiesta que es una enfermedad que afecta principalmente a mujeres postmenopáusicas, que suelen presentar un cuadro de ansiedad y depresión. Recientemente, la presencia de un componente psicológico en los síntomas de los pacientes con (SBA) y se ha sugerido como la elevación de la ansiedad, la depresión, las reacciones somáticas para el estrés, el neocriticismo y los trastornos psiquiátricos de acuerdo con: (Zegarelli, 1984; Browning y col. 1987; Hampf y col., 1987; Van der Ploeg y col., 1987; Cordero y col., 1988; Lamey y Lamb, 1988; Rojo y col., 1993). Ésta afirmación es comparable con el estudio de Eli y col. 1994, donde sugieren que una posible etiología del (SBA), implica la presencia de factores psicológicos. Sin embargo, otros estudios como el de Cephalgia 2004, afirman que los pacientes presentaban ansiedad, depresión, cancerofobia y trastornos de personalidad. Vlaho B y col. 2006, afirman que las interacciones entre el gusto y el dolor oral son responsables del (SBA), mientras que Quioming C, Xia I en el 2007, establecen la misma relación de estados depresivos como un factor precipitante a nivel inmunológico y no solamente trastornos psicológicos sino alteraciones a nivel neuropático y del sistema nervioso central y periférico. Por eso, en éste estudio los autores reducen el estado del dolor con la interleucina 6 para pacientes con (SBA), pero no reducen el estado depresivo. Eli M. y col. 1994 afirman que al evaluar el perfil psicopatológico relacionado con acontecimientos vitales estresantes se observa que los trastornos de personalidad asociados con (SBA), se producen como consecuencia del dolor crónico y no como causa directa.

Pía L y col. 2008, por el contrario establecen que muy pocos estudios han examinado las repercusiones del (SBA) en la salud del paciente relacionados con la calidad de vida (dolor, funcionamiento físico, funcionamiento emocional, la satisfacción, la mejoría con el tratamiento). Por lo tanto, Turk y col. 2003, manifiesta que el profesional no debe centrar el problema del (SBA) sólo en cavidad oral, esta patología también interfiere con el estado general de salud y calidad de vida.

En relación con, los trastornos temporomandibulares (TTM), Cimino 1998, en su estudio indagó acerca de los síntomas más comunes y característicos de la fibromialgia (FM) y (MFP) (dolor facial masticatorio) en pacientes afectados con (TTM), para esto tuvieron en cuenta 46 pacientes que presentaban estos padecimientos: en mujeres en edades 35 años, se les aplicó el cuestionario de síntomas subjetivos y se encontró similitud en ambos grupos particularmente en el del dolor durante la función mandibular, ruidos articulares, dolor de cabeza y dolor de cuerpo, los cuales estuvieron presentes en todos los pacientes con (FS) síndrome de fibromialgia, en sólo el 27% grupo ($P=0.0001$). Pacientes con síntomas de (MFP) con una frecuencia de 3-4 años mostro un porcentaje de 38.7% mientras que (SD) con una frecuencia 6 años mostro un porcentaje de 23%, cada uno de estos aspectos acompañado de situaciones como: la muerte de un familiar o un divorcio. El estrés fue otro de los aspectos en los que se vieron afectados estos pacientes, el cual se manifestaba con dolor en la ATM con un 50%, Los ruidos de la articulación temporomandibular con 26,5% de los pacientes con (MFP) y en el 17,8% de los pacientes (FS) con ($P = 0.72$). A la palpación muscular, fueron positivos para ambos grupos y no había ninguna diferencia estadística en los niveles de dolor muscular entre los dos grupos (excepto para la inserción del músculo temporal izquierdo con ($P = 0.04$), porque el dolor se irradia, afectando la salud integral del ser humano. En cuanto a los pacientes con fibromialgia (FM) no se observaron diferencias a la apertura de la

boca, tanto en pacientes activos como pasivos en estos dos grupos, siendo menor en un 13% en la población normal.

Emberg en el 2000 pretendía buscar la relación de niveles de serotonina en el plasma (P-5HT y S-5HT) y la correlación entre el dolor orofacial y la ansiedad en la fibromialgia, tomando 12 pacientes con fibromialgia, 12 pacientes con artritis reumatoidea y 12 pacientes control, utilizando medidas especiales para evaluar la intensidad del dolor con la escala visual análoga que mide la intensidad del dolor. La escala visual análoga (ADL), mide la influencia del dolor en las actividades cotidianas, (STA) el cual evalúa los rangos de ansiedad, (PPT) que evalúa el umbral de dolor, con estas pruebas se quería tener un diagnóstico más acertado en relación con los pacientes que presentaban fibromialgia para conocer cada uno de los aspectos de su vida cotidiana que los podían estar afectando, también se realizó una prueba de laboratorio que pretendía conocer el plasma en relación con la serotonina en aquellos pacientes con fibromialgia, lo cual mostro una menor significancia entre pacientes con fibromialgia y pacientes con artritis reumatoidea.

Mientras que la evaluación clínica del umbral del dolor (PPT) fue significativamente menor en estos pacientes. Al hacer una correlación de estas pruebas serotonina, dolor y ansiedad en pacientes con fibromialgia no fue positiva la relación ($P=0.022$). (IDATE), estado de Spielberg y la escala para clasificación de la ansiedad, STA para evaluar rasgos de ansiedad, escalas de autoevaluación de los niveles de ansiedad, PPT evaluación clínica del umbral del dolor por medio a la presión sobre el musculo masetero al igual de el El estudio indica que la relación entre los niveles de plasma y suero de 5-HT es similar en el grupo de casos y grupo control , pero que un alto nivel de serotonina en el plasma en relación con el nivel sérico se asocia con dolor.

Aaron en el 2000, por medio de su estudio el cual estuvo constituido por 72 casos 22 controles, donde compararon la frecuencia de 10 cuadros clínicos,

SFC (síndrome de fatiga crónica), FM(fibromialgia), en relación a los TTM (trastorno temporomandibulares), en estos pacientes se encontraron síntomas como: fatiga conjunta ,dolor y ardor o dolor punzante muscular ,dolor de cabeza, ruidos articulares; El SFC incluyen fiebre o dolor de garganta, La FM, dolor de espalda el cual el paciente mejoraba por medio de masajes de calor, TTM se distingue un dolor facial en los músculos de la mandíbula y articulaciones.

Este estudio revela por una prueba de chi-cuadrado, que el síndrome de fatiga crónica (SFC) mostro significancia de ($P < 0.001$), teniendo más síntomas en relación al grupo control. Pero los pacientes con trastornos temporomandibulares (TTM), fueron más significativos ($P < 0.05$) que él (SFC) y el grupo control, ya que sus síntomas fueron más frecuentes en estos pacientes como las molestias de dolor de cabeza, tensiones musculares. Así mismo se mostró que los pacientes con fibromialgia y trastorno temporomandibulares presentan altos niveles estrés y ansiedad con una significancia de ($P < 0.01$).

Manfredini 2004 en su estudio quería conocer si existía una relación entre el el bruxismo y los factores psíquicos, Para esto evaluó 85 pacientes de los cuales 34 padecían bruxismo, 12 eran género masculino 22 femenino, para la identificación de esta se utilizaron cuestionarios como lo fue el SR que evaluaba el estado de ánimo y el PASSR que avaluaba el pánico agorafóbico(trastorno de ansiedad que consiste en el miedo a los lugares donde no se puede recibir ayuda, por temor a sufrir una crisis de pánico)a los pacientes que se les aplico esta prueba mostraron:mordida cruzada, mordida abierta, interferencias mediotrusión y laterotrusión),a parte de esta evaluación clínica y psicológica se realizó, una anamnesis familiar y una encuesta a los amigos más cercanos para saber si escuchaban rechinar los dientes en el día o en la noche.

Realizaron un análisis estadístico de chi-cuadrado y Mann-Whitney para ver la diferencia significativa entre estas pruebas mencionadas anteriormente, la cual

revela que SR- PASSR ($P < 0.05$). En cuanto a la investigación psiquiátrica, se detecta que la depresión y los estados de ánimo se encuentra muy asociado al bruxismo ($P < 0.01$) y los síntomas maníacos ($P < 0.01$). El SR muestra una relación con el estrés y la ansiedad con una significancia ($P < 0.05$) y los síntomas tranquilidad sensibilidad ($P < 0.05$) en relación con PAS-SR. En particular, los estados de ánimo muestran una significancia ($P < 0.01$) en relación con los pacientes agorafóbico con una significancia ($P < 0.05$). Es así que la prueba chi-cuadrado reveló una diferencia significativa en la prevalencia del bruxismo entre sexos ($P < 0.01$), con una prevalencia mayor en mujeres que en hombres (57,8 % mujeres vs 25,5 % hombres). Al evaluar las variables oclusales incluidas en éste estudio, el análisis de chi-cuadrado reveló una asociación entre interferencias mediotrusión y bruxismo ($p < 0.05$). Como resultado de la presencia de estos dos síndromes, la mediotrusión 11/34 bruxómanos en relación con 7/51 en los controles, mientras el síndrome de laterotrusión se identificó en cinco pacientes bruxómanos y tres no bruxómanos ($P = NS$). Entre bruxómanos. Los pacientes con malas mordidas, presentaban niveles más altos de bruxismo, lo cual se vio reflejado en 15 pacientes con mordida abierta, anterior, posterior, unilateral y bilateral, no habiendo una asociación significativa entre el bruxismo y la oclusión de estos pacientes. En la evaluación psiquiátrica se mostró una significancia entre, significa SR (estado de ánimo) los resultados fueron 34,8 (desviación estándar (SD) con un ($P > 0.003$). La prueba de Mann-Whitney reveló la significación estadística de estas diferencias ($P < 0.001$). Las puntuaciones medias de PAS-SR fueron 15,5 (10,8; mediana 15, rango 0-39) para no bruxómanos y 22,5 (de 14,3).

Tjakkes 2010 evaluó la calidad de vida del ser humana en relación a la salud (CVRS) y los trastornos temporomandibulares dolorosos en relación con la población en general. Los instrumentos de evaluación utilizados fueron: cuestionario del deterioro de la función mandibular (MFIQ), la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión Lista (HADS), y el Cuestionario de Salud General

(GHQ), y una prueba donde relataban su diario vivir, con el fin de examinar la influencia de la duración del dolor en la CVR (calidad de vida relacionada con la salud). La muestra total se dividió en tres subgrupos diferentes: Subgrupo 1 formado por pacientes con quejas existentes de menos de un año, los pacientes con quejas de 1 a 3 años fueron asignados al segundo grupo, el tercer subgrupo incluyó a pacientes con quejas de más de 3 años.

En total se evaluaron 90 casos con respecto a la población en general, los aspectos físicos y sociales de los grupos 2 y 3 fueron significativos ($P < 0.02$) ante la población general. Estadísticamente no hubo significancia $p > 0.08$ entre los grupos 1 y 2 en relación en la escalas de función física y dolor corporal; mientras en el grupo 3 si hubo significancia ($P < 0.01$), en los efectos de la duración del dolor los 3 grupos no muestran correlación significativa ($P > 0.05$) con la población en general. El tercer grupo mostró más problemas somáticos, acompañado estrés, ansiedad, depresión, angustia, frente al primer grupo, esto siendo evaluado con las escalas GHQA GHQC ($P < 0.01$) (cuestionario de evaluación de los diferentes tipos de angustia y escala de autocontrol) ($P < 0.01$) con relación a los otros grupos. La prueba HADS-A y HADS-D (escala que evalúa la depresión y la ansiedad) donde no mostro significancia entre 2 y 3 ($P > 0.09$) mientras que en el grupo 1 si mostro significancia ($P < 0.02$).

Gallo y col. 2009, han sugerido que los trastornos psicológicos como el estrés y la ansiedad pueden desempeñar un papel importante en la aparición y recurrencia de los síntomas de la estomatitis aftosa recurrente (EAR). Los resultados de éste estudio mostraron que los pacientes con (EAR), muestran mayores niveles de estrés. El estrés psicológico como factor desencadenante de la (EAR) ya se ha mencionado en la literatura, relacionando factores cotidianos como: exámenes en la escuela, tratamientos dentales y períodos importantes de la vida. También, se asoció a cambios importantes de la vida, tales como problemas de familia, nuevo trabajo, nueva posición de trabajo.

Así mismo, lo destacan Mumcu y Hayran 2006, cuando hablan de la salud oral y la calidad de vida en pacientes con úlceras orales activas como la estomatitis aftosa recurrente relacionadas con un concepto multidimensional, incluyendo dominios, ausencia de daño, enfermedad, malestar y dolor, adecuado funcionamiento físico, emocional y social. El género juega un papel importante ya que demostró que la calidad de vida relacionada con la salud oral fue más afectada en las mujeres que en los hombres, la apariencia y autoimagen del individuo la depresión o limitaciones funcionales puede conducir a la percepciones negativas de la calidad de vida oral. En consecuencia los problemas de salud oral pueden afectar negativamente a un individuo y afectar el funcionamiento físico, social. Por lo tanto, la eliminación del dolor debido a las enfermedades bucodentales puede mejorar la calidad de vida a nivel oral. Redwine y col. 2003, afirman que el estrés psicológico provoca inmuno regulación, dada por el aumento del número de leucocitos en los sitios de la inflamación de la (EAR).

Los siguientes estudios demuestran que hay variables psicológicas y parámetros clínicos periodontales que se relacionan. Hay factores predisponentes en la enfermedad periodontal crónica mediada por algunos factores psicosociales, de acuerdo con (Vettore, 2003). Estudios recientes toman instrumentos psicométricos diseñados para evaluar factores psicosociales como lo describe Saletu 2005, cuando habla de la relación del estrés con acontecimientos vitales negativos, la atención financiera, desempleo o problemas familiares que juegan un papel importante en la patogénesis de la periodontitis. Lazarau y Folkman 1984, destacan que el estrés proviene de apoyos sociales tales como familia o amigos la ansiedad es un factor que desencadena resultados en la progresión de la enfermedad periodontal debido a factores socioeconómicos. Aves y Jenkins 1962, concluyeron que la ansiedad aumenta los niveles sanguíneos de corticotropía, hormonas como el cortisol (reacción del cuerpo ante el estrés físico), esto significa que la correlación de factores psicosociales, pueden afectar el nivel psicológico que a su vez afecta procesos fisiológicos que conllevan a una

enfermedad que puede ser dado a través del sistema inmunológico. Es por eso que el estudio muestra la relación de estrés y la enfermedad periodontal que podría estar mediada por la alteración de la interleucina 1.

Peter Vitaliano 2005, relaciona la gingivitis y la enfermedad periodontal como factores desencadenantes de algunas variables psicológicas y conductas psicosociales tales como el estrés crónico, como un mediador potencial. Los estudios han demostrado relaciones entre diversas formas de estrés y enfermedades bucodentales, las personas con altos niveles de estrés financieros tienen una probabilidad dos veces mayor de desarrollar enfermedad periodontal, se encontró que la asociación de los síntomas gingivales no fue confundida por enfermedades demográficas, médicas y medicamentos, AINES, antidepresivos, antihipertensivos.

5. CONCLUSIONES

El liquen plano es una alteración de la mucosa oral asociada a niveles altos de estrés, ansiedad y depresión, más común en mujeres pre-menopáusicas en edades de los 30 a 50 años.

El síndrome de boca ardiente (SBA) es una patología que logra tener una gran asociación con el estado psicológico de un individuo, debido a que los niveles de depresión, estrés y ansiedad pueden ser alterados por diferentes situaciones dadas por factores psicosociales que llegan a afectar a nivel fisiológico, inmunológico y neuropático, alterando a su vez el SNC y periférico. La población más vulnerable para el (SBA), son las mujeres pre-postmenopáusicas por cierta desregularización a nivel inmunológico y hormonal sin excluir su entorno social.

Los trastornos temporomandibulares son alteraciones psicósomáticas dadas por factores predisponentes como estrés, ansiedad y depresión que afecta la (ATM), manifestándose principalmente en mujeres premenopáusicas.

La estomatitis aftosa recurrente (EAR) es una patología de la mucosa oral que está relacionada con niveles de depresión y estrés, que pueden desempeñar un papel importante en la aparición y recurrencia de la enfermedad, afectando con mayor frecuencia el género femenino.

La enfermedad periodontal está relacionada con niveles de estrés, depresión y ansiedad que disminuye el flujo salival produciendo xerostomía en el individuo y dejando un ambiente propicio para que bacterias migren hacia el periodonto produciendo lesiones a nivel gingival que pueden ser causantes de una enfermedad periodontal.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Freud S. Un caso de paranoia que contradice la teoría psicoanalítica. En Obras Completas; Vol. XIV. Ed. Amorrortu 1915. PAGINAS
2. Katon W, Ries R and Kleinman. A the prevalence of somatization in primary care. Compr Psychiatry:25: 208-215, 1984.
3. Freud S. Neurosis de angustia en obras completas; Vol 3 ed. amorrortu, 1895.; 31:320-342
4. Freud S. Propósito de las críticas a la neurosis de angustia En Obras Completas; Vol. III. Ed. Amorrortu 1895; 40:450-556.
5. Freud S. Un caso de paranoia que contradice la teoría psicoanalítica. En Obras Completas; Vol. XIV. Ed. Amorrortu 1915. PAGINAS
6. Freud S, Inhibición, síntoma y angustia. En Obras Completas; Vol. XX, Editorial Amorrortu ,1926; 50: 840-960
7. Lipkowski Z. Somatization: The concept and its clinical application. Am J Psychiatry 1988; 145:1358-1368.
8. Freud S. Inhibición, síntoma y angustia. En Obras Completas, Vol. XX. Ed. Amorrortu,1926.; 32: 130-135.
9. Bitzer J, Burgi U. El enfermo psicossomático en ala practica, Edición 6,Ed: Herder.1995, p. 16.
10. Marty P, La psicossomática del adulto. Ed. Amorrortu, 1992.PAGINAS
11. Levenson J, Abbey, S. Tratado de medicina psicossomática; Trastornos de somatización y trastornos somatoformos, ed. Ars Medica.2007,p. 275-277.
12. Freud S, Inhibición, síntoma y angustia. En Obras Completas; Vol. XX, Editorial Amorrortu ,1926;45:85-102.
13. Fadiman J y Frager R. Teorías de la Personalidad. Cap. 1, Oxford University Press, México;65: 37-48

14. Soto M, Rojas Alcaayaga G, Esguep A. Asociación entre alteraciones psicológicas y la presencia de líquen plano oral, síndrome boca urente y estomatitis aftosa recidivante. *Med Oral*. 2004; 9:1-7.
15. Ewen S. *Psicología de las Enfermedades Orgánicas*. Cap, 14, Ed Paidós, Buenos Aires, Argentina. 1977, Pág. 129-131.
16. Jeammet P, Reynaud M. *Psicología Médica*. Ed; Masson, 2a edición. Barcelona. 1999, Pág.420-430.
17. Laplanche J y Pontalis J. *Diccionario de Psicoanálisis*. Ed; Paidós. 1996.
18. Palacios, revista iberoamericana del dolor, N° 3 el dolor en el padecimiento psicósomático, 2001.p. 26 – 29.
19. Gamarra B. *Psicología practica para odontólogos*; Edición 1, Ed. Munevar publicidad, 2010, Capitulo XII, p.139-144.
20. Shah B. Evaluation of salivary cortisol and psychological factors in patients with oral lichen planus. *Indian J Dent Res*. 2009; 20(3): 288-292.
21. Renata F, Luciana S, Renata C. Oral lichen planus versus oral lichenoid reaction: Difficulties in the diagnosis. *Indian J Dent Res*, 20(3), 2009.
22. Chaudhary S. Psychosocial Stressors in oral lichen planus. *Australian Dental Journal*. 2004; 49: (4): 192-195.
23. Delavarian Z, Javazade A, Dalirsani Z, Arshadi H and Toofani H. The evaluation of psychiatric drug therapy on oral lichen planus patients with psychiatric disorders 2010; 15(2):e322-e327.
24. Eli M, Baht R and Littner M. Antecedents of Burning Mouth Syndrome (Glossodynia)-Recent Life Events vs. Psychopathologic Aspects. *Journal of Dental Research* febrero de 1994 (2): 567-572.
25. Pía L, Camacho F and Berdugo M. Quality of life in patients with burning mouth syndrome. *Journal Oral Pathology and Medicine* 2008; 37: 389–394.
26. Cimino R, Michelotti A, Stradi R and Farinaro C. Comparison of Clinical and Psychologic Features of Fibromyalgia and Masticatory Myofascial Pain. *Journal of Orofacial pain* 1998; 12(1) 95-98.

27. Ermberg M and Voog U. Plasma and Serum Serotonin Levels and Their Relationship to Orofacial Pain and Anxiety in Fibromyalgia .Journal of Orofacial pain 2000;14(1) 67-78.
28. Aaron L, Burke M and Buchwald D. Overlapping condition among patients with chronic fatigue syndrome, fibromyalgia, and Temporomandibular disorders. Arch intern med 2000; 160-172.
29. Manfredini D, Landini N , Romagnoli M and Bosco M .Psychic and occlusal factors in bruxers.Australian Dental Journal 2004;49(2):84-89.
30. Klècha A, Hafiaan H, Laurence S, Leplaideur M , Maurin C and Lefevre B. Assessment of somatization in temporomandibular disorders patients with functional somatic syndromes . Journal of Stomat.Occ.Med 2009;2:106-113.
31. Schmidt J and Charles R. A Controlled Comparison of Emotional Reactivity and Physiological Response in Masticatory Muscle Pain Patients.Journal of Orofacial pain 2009; 23(3) 22-34.
32. Tjakkes G, Reinders J, Teverger E and stegenga B.The effect on health related quality of life and the influence of pain duration. Health and Quality of life outcomes 2010; 8(46) 15-25.
33. Mumco G, Hayran.O, Ozalp D O, Inanc N, Yavuz S, Ergun T and Direskeneli H.The assessment of oral health-related quality of life by factor analysis in patients with Behcet's disease and recurrent aphthous stomatitis.Journal complications. 2007 36: 147-52.
34. Gallo C, Martins M, Nobuo N. Psychological stress and recurrent aphthous stomatitis.Clinics, 2009 64(7): 645-8.
35. Vettore MV, leao.Att , da Silva AM Monteiro, Quintanilla RS and Lamarca GA .The relationship of stress and anxiety with chronic periodontitis, Journal clin periodontal 2003; 30: 394-402 .

- 36.** Peter P, Vitaliano PHD, Persson Ruthger, DDS, PhD Kiyak Asuman, PHd, Saini, Hardeep, Bs and Danna Echeverria , PhD. Caregiving and Gingival Symptom Reports: Psychophysiological Mediators; Psychosomatic Medicine 2005 67: 930-938.
- 37.** Saletu A, Pirker H , Saletu F , Linzmayer L, Anderer P and Matejka M . Controlled clinical and psychometric studies on the relation between periodontitis and depressive mood Journal Clin Periodontol 2005; 32: 1219–1225.
- 38.** Locker D and Quiñonez C. Functional and psychosocial impacts of oral disorders in Canadian Adults: A National Population Survey. JADA: September 2009;75(7) 45-48.
- 39.** Rodríguez C. Estudio de una muestra de pacientes con síndrome de boca ardiente. Avances en odontoestomatología; 2007;23 (3) 98-118.
- 40.** Andreu Y and Galdon M. An examination of the psychometric structure of the multidimensional pain inventory temporomandibular disorder patients: a confirmatory factor analysis. Head and face Medicine: 2006,2(48) 160.
- 41.** Grau L and García R. Influencia del estrés en la eficacia del tratamiento en pacientes con trastornos temporomandibulares. Rev cub estomatol: 2009; 46(4)49-58.
- 42.** Soto M, Gonzales A y Esguep A. Asociación entre alteraciones psicológicas y la presencia de Liquen plano Oral, síndrome Boca urente y estomatitis aftosa recidivante. Medicina Oral y Pat Oral 2004; 9:1-7.
- 43.** Varian Z and Jabzade. The Evaluation of psychiatric drug therapy on oral lichen planus patients with psychiatric disorders. Med Oral pat oral cir bucal: 2010 Marzo 1; 15 (2) e 322-7.

44. Fink P, Hansen M and Olesen F. Symptoms and Syndromes of Bodily Distress: An Exploratory Study of 978 Internal Medical, Neurological, and Primary Care Patients 2007 67-85.
45. Klècha A, Hafiaan H, Laurence S, Leplaideur M , Maurin C and Lefevre B. Assessment of somatization in temporomandibular disorders patients with functional somatic syndromes .ed Springer-verlag. Journal of Stomat.Occ.Med 2009;2:106-113.
46. Ćelić R, Jerolimo V, Pandurić J and Haban V. Depression and Somatization in Patients with Temporomandibular Disorders. Acta Stomatol Croat. 2006; 40: 35-45.
47. Sherman J, Leresche L, Hanson K, Sage J and Dworkin S. The Relationship of Somatization and Depression to Experimental Pain Response in Women with Temporomandibular Disorders. Psychosomatic Medicine 2004;66:852–860 .
48. Ronchetti A, Dowgan S, Perissinotti M, Tesseroli J. Psychological evaluation and cope with trigeminal neuralgia and temporomandibular disorder. Arq Neuropsiquiatr 2008;66(3-B):716-719.
49. Pía L, Camacho A, Berdugo M. Quality of life in patients with burning mouth syndrome. Oral Pathol Med 2008; 37: 389–394.
50. Robert J. Gatchel and Anna W. A Controlled Comparison of Emotional Reactivity and Physiological Response in Masticatory Muscle Pain Patients. Journal of orofacial pain 2009; 23 (3) 45-55.
51. Belinda N, Gopalakrishnan N, Jung, Aubrey Sheiham W and Wagner M. A life-course approach to assess psychosocial factors and periodontal disease. J Clin Periodontol 2007; 34: 844–850.
52. Bina S, Ashok L, Sujatha G. Evaluation of salivary cortisol and psychological factors in patients with oral lichen planu. Indian J Dent Res 2009; 20(3) 10-20.
53. Ivanovski K, Nakova M, Warburton G, Pesevska S, Filipovska A, Nares S, Angelova D and Angelov N. Psychological profile in oral lichen planus oral. Clin Periodontol 2005; 32: 1034–1040.

54. Saletu A, Hauf P, Saletu F, Linzmayer L, Anderer P and Matejka M. Controlled clinical and psychometric studies on the relation between periodontitis and depressive mood. *J ClinPeriodontol* 2005; 32: 1219–1225.
55. Trombelli L, Scapoli C, Tatakis and Grassi L. Modulation of clinical expression of plaque-induced gingivitis: effects of personality traits, social support and stress. *J ClinPeriodontol* 2005; 32: 1143–1150.
56. Robert J. Gatchel, Anna W. Stowell, Buschang P. The Relationships Among Depression Pain and Masticatory Functioning in Temporomandibular Disorder Patients. *Journal of Orofacial pain*. 2006;20(4)
57. Vettore M, Quintanilha RS, Monteiro da Silva AM and Lamarca GA. The influence of stress and anxiety on the response of non-surgical periodontal treatment. *J ClinPeriodontol* 2005; 32: 1226–1235.
58. Nakata A, Takahashi M, Ikeda T, Hojou M and Araki S. Perceived psychosocial job stress and sleep bruxism among male and female workers. *Community DentOral Epidemiol* 2008; 36: 201–209.
59. Vitaliano P, Persson R, Kiyak A, Saini H and Echeverria D. Caregiving and Gingival Symptom Reports: Psychophysiologic Mediators, *Psychosomatic Medicine*, 2005, 67:930–938.
60. Miya A. Dolor cráneo mandibulares para funcionales orales y el estrés psicológico en un caso de estudio longitudinal-journal of oral rehab 2004; 34 738-745.
61. Aburre Y, Sheilam B, Nicola V. Evaluación de los factores sociales y psicológicos en la enfermedad periodontal. *Journal periodontology* 2006;14 118-131.
62. Wassell J. Los perfiles psicosociales en pacientes con diagnóstico de trastorno temporo-mandibular-Eur-J-oral 2008-244-116-237.
63. Manfredini D, Lobbezoo F. Papel de los factores psicocociales en la etiología del Bruxismo. *J. oral FAC pain* 2009 153 – 166.

64. Cerchiari DP, Moricz R, Sanjar F, Rapoport B, Moretti G and Guerra M. Burning mouth syndrome: etiology. *Rev Bras Otorrinolaringol* 2006; 72(3):419-24.
65. Álvarez M. Rasgos de personalidad y los trastornos temporomandibulares en un grupo de niños con bruxismo, CES Universidad Antioquia Medellín. *Journal compilation*. Nov 6 2008:1365-2842.
66. Kugu N, Akyuz G, Dogan O, Yanan Ağz Sendromu ve Depresyon: Bir Olgu Sunumu. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2002; 13(3):232-237
67. Clark D. How understanding psychiatric illness can help clinicians provide optimal oral health care. *J dent Higiene* 2009; 43, no.3: 101–106 101.
68. Rangel O, Barrera N y Escobar F. Algoritmo para el diagnostico diferencial del trastorno por somatización en cuidado médico primario. *rev fac med unal* 2009; 57(4).
69. Sterberg T, Gunnar C. Relationship between symptoms of temporomandibular disorders and dental status, general health and psychosomatic factors in two cohorts of 70-year-old subjects. 2004; 18(3):234-237
70. Henningsen P, Zimmermann T. Medically Unexplained Physical symptoms, Anxiety, and depression: A Meta Analytic Review. *Psychosomatic medicine*: 2003; 65(12):102-118.
71. Sueli M, Soares M. Asociación de síndrome de boca ardiente con xerostomía y medicamentos. *Medicina y Patología Oral / Received* 2007; 15(6):132-137
72. Vlaho B, Vanja V, Iva Z, Josip L and Marko E. Oral burning symptoms and burning mouth syndrome-significance of different variables in 150 patients. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*: 2006;11:E252-5.
73. Dafne P, Renata D, Fernanda A, Priscila B, Giovana M and Marja M. Burning mouth syndrome Etiology. *Rev Bras Otorrinolaringol, Australia Dental Journal*, 2006; 72(3):419-24.

74. Levenson J. Tratado de medicina psicosomática. Edición 1, Capítulo 13, Trastornos de somatización y trastornos somatoformes, editorial Ars Medica. 2007: 275-295.
75. Kutter P. El conflicto básico de la psicomatosis y sus implicaciones terapéuticas. Revista Portuguesa de Psicossomática 2001 Jul;3(002): 117-133.
76. Fuente R. Psicología médica, Ed fondo de cultura económica México 2002; nueva versión, p 326_332.
77. Ferrari H. Salud mental en medicina. Ed librerías López 1996; (27): 285-299.
78. Levenson J, Abbey, S. Tratado de medicina psicosomática, edición 1, Capítulo 13, Trastornos de somatización y trastornos somatoformes, ed. Ars Medica. 2007, p. 275-277.
79. Rangel O, Barrera N, Escobar F. Algoritmo para el diagnóstico diferencial del trastorno por somatización en cuidado médico primario. Revista facultad de medicina 2009 Nov; 57(4) 98-100.
80. Nunez M, García C, Scortegagna S. Evaluación psicológica en la salud: contextos actuales. Estudios Sociales 2006 dic 14(28):137-161.
81. Florenzano R, Fullerton C, Acuna J, Escalona R. Somatización: aspectos teóricos, epidemiológicos y clínicos. Revista chilena. Neuropsiquiatría 2002; 40(1): 47-55.
82. Posse M. Psicoterapia Jungiana para la somatización. The European journal of psychiatry (Ed. esp.) 2004 Mar 18; 1.
83. Casullo M, Morandi P y Donati F. Síntomas psicopatológicos, predisposición a perdonar y religiosidad en estudiantes universitarios. Anuario de investigaciones (Fac. Psicol. Univ. B. Aires) 2006 (13): 261-266.
84. Barrón A, Sánchez E. Estructura social, apoyo social y salud mental. Psicothema 2001; 13(1): 17-23.

85. García J, Pascual A, Alda M, Barbara O. Tratamiento psicológico en el trastorno de somatización: eficacia y propuestas de intervención. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* 2005; 10(1):15-23.
86. López J, Belloch A. La somatización como síntoma y como síndrome: una revisión del trastorno de somatización. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* 2002 Mar; 7 (2):73-93.
87. Reimann D, Mike J, Wassell R, Hinz A. Psychosocial profiles of diagnostic subgroups of temporomandibular disorder patients. *Eur J Oral Sci* 2008; 116: 237–244
88. Sheiham A, Nicolu B. Evaluación de los factores sociales y psicológicos en la enfermedad periodontal. *Periodontology 2000 (Ed Esp)*; 2006(14): 118-131.
89. Gligio J, Laskin M. Prevalence of psychiatric disorders in a group of adult patients seeking general dental care. *Quintessence International* 2010; 41:433–437.
90. García S. Duelos. *Psicólogos y Psiquiatras Buenos Aires Asociación civil* 2009 Mar 28; 6.
91. Tobón S, Vinaccia S, Bonifacio S. modelo procesual del estrés en la dispepsia funcional: implicaciones para la evaluación y el tratamiento. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* 2004 Nov; 9 (2): 81-98.
92. López S, Belloch A, Madrigal M. Valoración del screening de Ohtmer y De Souza para el trastorno de somatización en salud mental. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría* 2006; 76(77):73-79.
93. Carpintero E. la ley Nacional de salud Mental: análisis y perspectivas. *Revista Topia un sitio de psicoanálisis Social y cultural* Abr 2011: 3-26
94. Rodríguez A. Historia del psicoanálisis .*Red de revistas Científicas de América Latina y el Caribe España y Portugal* 2003 Jun:(25) 3-11.
95. Fuente R. *Psicología médica*, Ed fondo de cultura económica mexico 2002; nueva versión, p 320_325.
96. Ferrari H. *Salud mental en medicina*. Ed librerías López 1996; (27): 230-260

97. Ivanovski K, Nakova M, Warburton G, Pesevska S, Filipovska A, Nares S, Nunn ME, Angelova D, Angelov N. Psychological profile in oral lichen planus. *J Clin Periodontol* 2005; 32: 1034–1040.
98. Gorsky M, Silverman S Jr, Chinn H. Burning mouth syndrome: a review of 98 cases. *J Oral Med* 1987 42:7-9.
99. Gorsky M, Silverman S Jr, Chinn H (1991). Clinical characteristics and management outcome in the burning mouth syndrome. An open study of 130 patients. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1991 72:192-195.
100. Grushka M, Sessle BJ, Miller R. Pain and personality profiles in burning mouth syndrome. *Pain* 1987 28:155-167.
101. Lamey PJ, Lamb AB. Prospective study of aetiological factors in burning mouth syndrome. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1988 296:1243-1246.
102. Bergdahl J, Anneroth G, Perris H. Cognitive therapy in the treatment of patients with resistant burning mouth syndrome: a controlled study. *J Oral Pathol Med* 1995 24:213-215.
103. Jerlang BB. Burning mouth syndrome (BMS) and the concept of alexithymia—a preliminary study. *J Oral Pathol Med* 1997 26:249-253.
104. Merskey H, Bugduk N, editors. Classification of chronic pain. Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. In: Task on taxonomy. Seattle: IASP Press, p. 1994 74.
105. Basker RM, Sturdee DW, Davenport JC. Patients with burning mouths. A clinical investigation of causative factors, including. 1978.
106. Zachariassen RD. Oral manifestations of menopause. *Compendium* 1993 14:1584, 1586-1591.
107. Perdomo Lovera M, Chimenos Kiistner E. Síndrome de Boca Ardiente: actualización *Avances en Odontoestomatología* 2003 Vol. 19 - Núm. 4
108. Kruger. *Cirugía Buco Maxilofacial*. 5 ed. México: Editorial Médica Panamericana; 1986. p.386-92.
109. Clark Glenn T. Diagnóstico y tratamiento de las alteraciones temporomandibulares dolorosas. *Ciin Odontol Norteam* 1996; 31 (4):801-29.

110. Okenson J. Oclusión y afecciones temporomandibulares .3 ed. Barcelona: Mosby; 1995. p149-52.
111. Martínez A. Anatomía y fisiología de la articulación temporomandibular como ayuda de diagnóstico de la disfunción temporomandibular. Curso de Educación continua de la 6o Reunión Anual AMOM; 2001, Ixtapa, México). 11-33.
112. Grau León Ileana, Almagro Soraya, Cabo García Rogelio. Los trastornos temporomandibulares y la radiación láser. Rev Cubana Estomatol. 2005 Sep; 44(3).
113. Jiménez Quintana Zuilen, Santos Solana Lourdes de los, Sáez Carriera Rolando, García Martínez Indira. Prevalencia de los trastornos temporomandibulares en la población de 15 años y más de la Ciudad de La Habana. Rev Cubana Estomatol. 2007 Sep; 44(3).
114. Pullinger AG, Seligma DA. Quantification and validation of predictive values of occlusal variables in temporomandibular disorders using a multifactorial analysis. *Sis J Prosthet Dent* 2002; 83(1):78-82.
115. Demir A, Uysal T, Garay E, Basciftci FA. The relation slip between bruxism and occlusal factors among seven-to 19 year old Turkish children. *Angle Orthog* 2004; 74(5):672-6.
116. Grau León Ileana, Almagro Soraya, Cabo García Rogelio. Los trastornos temporomandibulares y la radiación láser. Rev Cubana Estomatol. 2007 Sep; 44(3).
117. Aúcar López J, López Cabrera R, Díaz Gómez SM, Cardoso Navarro I. Comportamiento de las pautas masticatorias y la disfunción craneomandibular en adultos con un molar ausente. *Archivo Médico de Camagüey* 2007; 11(3):2.
118. Demir A, Uysal T, Garay E, Basciftci FA. The relation slip between bruxism and occlusal factors among seven-to 19 year old Turkish children. *Angle Orthog* 2004; 74(5):672-6.

119. Barranca Enrique A, Lara Pérez EA, González Deschamps E. Desgaste dental y bruxismo. En: Congreso Internacional Estomatología. 2005. Trabajo en extenso [CD-ROM]. 2005. nv 19-22; La Habana. Ciudad de La Habana: Palacio de las Comunicaciones; 2005.
120. Díaz Gómez Silvia María, Díaz Mirallesn Marta, Nápoles González Isidro de Jesús, Puig Capote Elizabeth, Ley Sifontes Luis. Bruxismo: acercamiento a un fenómeno creciente. AMC. 2009 Abr;
121. Bascones-Martinez A, Figuero-Ruiz E, Esparza-Gomez GC. Oral ulcers. Med Clin (Barc). 2005 Oct 29; 125(15):590-7.
122. Pacho Saavedra J A y Piñol Jimenez F N. Estomatitis aftosa recurrente: Actualización. Revista Cubana Estomatología, ene.-abr. 2005, vol.42, no.1, p.0-0. ISSN 0034-7507.
123. Yuni J, Salinas M, Ronald E, Millán I, Juan C. León M. estomatitis aftosa recidivante. Conducta odontológica. Acta Odontológica Venezolana -2008 /VOLUMEN 46 N° 2.
124. Jiménez Palacios C, Henning Valdez M, Kleiner Einhorn S, Tovar Mattar R, Campos E: Levantamiento epidemiológico de las lesiones bucales presentes en la población atendida en el servicio odontológico del hospital Eudoro González de la población de Carayaca en el Estado Vargas durante el periodo septiembre 1998 - agosto 1999 Acta odontológica . Venezuela v.39 n.1
125. Stoopler ET, Sollectio TP. Recurrent aphthous stomatitis. Update for the general practitioner. N Y State Dent J. 2003 Feb; 69 (2):27-9.
126. Antoon JW, Miller R. Aphthous ulcers, a review of the literature on etiology, pathology, pathogenesis, diagnosis and treatment. JADA 1980; 101:803-8.
127. Esguep A, Quinteros I. Etiología de las úlceras recurrentes orales. Informe preliminar. Revista Dental de Chile 1984-1985:3-8.
128. Neville B, Dam D, Allen C, Bouquot J, eds. Oral & Maxillofacial Pathology. EEUU: Saunders Company Editores; 2002.236-9; 572-6.

129. Rogers R.S. Recurrent aphthous stomatitis: clinical characteristics and associated systemic disorders. *Semin Cutan Med Surg* 1997; 16:278-83.
130. Hooks J, BenEzra D, Cohen L, Dattner A, Detrick-Hooks B, Lehner T. Classification, pathogenesis and etiology of recurrent oral ulcerative diseases and Behçet's syndrome. *Journal of Oral Pathology* 1978; 7:436-38.
131. Cohen L. Etiology, pathogenesis and classifications of aphthous stomatitis and Behçet's syndrome. *J of Oral Pathol* 1978; 7:347-52.
132. Graykowsky E, Hooks JJ. Summary of workshop on recurrent aphthous stomatitis and Behçet's syndrome. *JADA* 1978; 97:599-602.
133. Greenberg MS, Pinto A. Etiology and Management of Recurrent Aphthous Stomatitis. *Curr Infect Dis Rep.* 2003 Jun; 5(3):194-198.
134. Pérez Borrego A. Estomatitis Aftosa Recurrente. *Revista Habanera de Ciencias Médicas.* 2003; 2 (6). Artículo 3.
135. Field EA, Allan R B. Review article: oral ulceration. A etiopathogenesis, clinical diagnosis and management in the gastrointestinal clinic. *Aliment Pharmacol Ther.* 2003 Nov 15; 18(10):949-62.
136. Casiglia JM. Recurrent aphthous stomatitis: etiology, diagnosis, and treatment. *Gen Dent.* 2002 Mar-Apr; 50(2):157-66.
137. Ship JA, Chavez EM, Doerr PA, Henson BS, Sarmadi M. Recurrent aphthous stomatitis. *Quintessence Int.* 2000 Feb; 31(2):95-112.
138. Yuni J, Salinas M, Ronald E, Millán I, Juan C, León M. estomatitis aftosa recidivante. conducta odontológica. *Acta Odontológica Venezolana - VOLUMEN 46 N° 2 / 2008.*
139. Antoon JW, Miller R. Aphthous ulcers, a review of the literature on etiology, pathology, pathogenesis, diagnosis and treatment. *JADA* 1980; 101:803-8.
140. Esguep A, Quinteros I. Etiología de las úlceras recurrentes orales. Informe preliminar. *Revista Dental de Chile* 1984-1985:38.
141. Graykowsky E, Hooks JJ. Summary of workshop on recurrent aphthous stomatitis and Behçet's syndrome. *JADA* 1978; 97:599-602.

142. Barbieri Petrelli G, Mateos Ramírez L, Bascones Martínez A. Papel del estrés en la etiopatogenia de la Enfermedad Periodontal. *Av Periodon Implantol*. 2003; 15,2: 77-86.13.
143. Sheiham A, Watt RG. The common risk factor approach: a rational basis for promoting oral health. *Community Dent Oral Epidemiol* 2000; 28: 399–406.
144. Genco RJ, Ho AW, Kopman J, Grossi SG, Dunford RG, Tedesco LA. Models to evaluate the role of stress in periodontal disease. *Ann Periodontol* 1998; 3: 288-302.
145. Kaplan HB. Social psychology of the immune system: a conceptual framework and review of the literature. *Soc Sci Med* 1991; **33**: 909–923.
146. Seeman TE, McEwen BS, Rowe JW, Singer BH. Allostatic load as a marker of cumulative biological risk: MacArthur studies of successful aging. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2001; **98**: 4770–4775.
147. Olf M. Stress, depression and immunity: the role of defense and coping styles. *Psychiatry Res* 1999 Jan 18; 85(1): 7-15.
148. Mengel R, Bacher M, Flores-de-Jacoby L. Interactions between stress, interleukin-1, interleukin-6 and cortisol in periodontally diseased patients. *J Clin Periodontol* 2002; 29: 1012-22.
149. Offenbacher S. Periodontal diseases: pathogenesis. *Ann Periodontol* 1996; 1: 821–878.
150. Genco RJ. Host responses in periodontal diseases: current concepts. *J Periodontol* 1992; 63: 338–355.
151. Marmot M. *The Status Syndrome: How Social Standing Affects our Health and Longevity*. London: Bloomsbury Publishing, 2004.
152. Lynch J, Due P, Muntaner C, Smith GD. Social capital – is it a good investment strategy for public health. *J Epidemiol Community Health* 2000; 54: 404–408.
153. Macintyre S. Evidence based policy making. *BMJ* 2003; 326: 5–6.
154. Marmot M. *The Status Syndrome: How Social Standing Affects our Health and Longevity*. London: Bloomsbury Publishing, 2004.

7. ANEXOS

Tabla 1. Tabla de evidencia científica.

NO.	ARTICULO	ARTICULO DE INCLUSION	ARTICULO DE EXCLUSION	TIPO DE ESTUDIO		NIVEL DE EVIDENCIA
				OBSERVACIONALES	INTERVENCION	
1	Psychosocial stressors in oral lichen planus.	No	Si	Casos y controles	Aleatorizado	Nivel II
2	Functional and psychosocial impacts of oral disorders in canadian adults; a national population survey	Si			Aleatorizado	
3	estudio de una muestra de pacientes con sindrome de boca ardiente.	Si		Casos y controles		
4	psychological stress and recurrent aphthous stomatitis.	No	Si	Casos y controles		Nivel III (2)
5	depression and anxiety correlate differently with salivary free cortisol in the morning in patients with functional somatic syndrome.	No	Si	Casos y controles		Nivel III (2)
6	an examination of the psychometric structure of the	Si	No			

	multidimensional pain interventory in temporomandibular disorder patients; a confirmatory factor analysis.					
7	influencia del stress en la eficacia del tratamiento en pacientes con trastornos temporomandibulares	No	Si	Cohorte	Comunitario	Nivel III (2)
8	asociacion entre alteraciones psicologicas y la presencia de liquen plano oral, sindroma de bica urente y estomatitis aftosa recidivante	No	Si	Casos y controles	Ensayo clínico controlado	Nivel III (2)
9	the evaluation of tsychiatric drug therapy on oral lichen planus patients with psychiatric disorders	No	Si	Casos y controles	Aleatorizado	Nivel III (2)
10	overlapping condition among patients with chronic fatigue syndrome, fibromyalgia, and temporomandibular disorders	No	Si	Casos y controles	Ensayo Clinico controlado	Nivel III (1)
11	Symptoms and Syndromes of Bodily Distress: An Exploratory Study of 978	No	Si		Ensayo clínico controlado	Nivel III (1)

	Internal Medical, Neurological, and Primary Care Patients					
12	lichen ruber planus as a psychiatric problem	No	Si			
13	Psychological evaluation and cope with trigeminal neuralgia and temporomandibular disorder	No	si		Ensayo clínico controlado	Nivel II
14	Assessment of somatization in temporomandibular disorders patients with functional somatic syndromes	No	Si	Casos y controles		Nivel III (2)
15	Relationships between depression/somatization and self report of pain and disability.	No	SI	Longitudinal		Nivel IV
16	The Relationship of Somatization and Depression to Experimental Pain Response in Women With Temporomandibular Disorders	No	Si		Ensayo clínico controlado	Nivel I
17	Síndrome de boca ardiente.	No	Si		Ensayo clínico	Nivel I

	Estudio de la psicoterapia, medicación con ácido alfa-lipoico y combinación de terapias				controlado	
18	Depression and Somatization in Patients With Temporomandibular Disorders.	No	Si		Ensayo clínico controlado	Nivel II
19	Quality of life in patients with burning mouth síndrome	No	Si	Longitudinal Casos y controles		Nivel III (2)
20	A Controlled Comparison of Emotional Reactivity and Physiological Response in Masticatory Muscle Pain Patients	No	Si	Casos y controles		Nivel III (2)
21	A life-course approach to assess the relationship between social and psychological circumstances and gingival status in adolescents	No	Si		Ensayo clínico Controlado	Nivel III (1)
22	Evaluation of salivary cortisol and psychological factors in patients with oral lichen	No	Si			

	planus.					
23	Psychological profile in oral lichen planus	No	Si	Casos y controles		Nivel III (2)
24	Controlled clinical and psychometric studies on the relation between periodontitis and depressive mood	No	Si	Casos y controles		Nivel III (2)
25	Modulation of clinical expression of plaque-induced gingivitis: effects of personality traits, social support and stress	No	Si		Ensayo clínico Controlado	Nivel III (1)
26	The Relationships among Depression, Pain, and Masticatory Functioning in Temporomandibular Disorder Patients	No	Si		Ensayo clínico Controlado	Nivel III (1)
27	The influence of stress and anxiety on the response of non-surgical periodontal treatment	No	Si	Longitudinal	Ensayo clínico Controlado	Nivel III (2)
28	Perceived psychosocial job stress and sleep bruxism among male and female workers	No	Si	Longitudinal		Nivel III (2)

29	Caregiving and Gingival Symptom Reports: Psychophysiologic Mediators	No	Si	Casos y controles		Nivel III (2)
30	TMD pain: the effect on health related quality of life and the influence of pain duration	No	Si	Casos y controles		Nivel III (2)
31	Antecedents of Burning Mouth Syndrome (Glossodynia)-Recent Life Events vs. Psychopathologic Aspects	No	Si	Casos y controles		Nivel III (2)
32	Craniomandibular pain, oral parafunctions, and psychological stress in a longitudinal case study	No	Si	Longitudinal		Nivel III (1)
33	Evaluación de los factores sociales y psicológicos en la enfermedad periodontal	Si	No			
34	Psychosocial profiles of diagnostic subgroups of temporomandibular disorder patients	No	Si		Ensayo clínico controlado	Nivel III (2)
35	Role of Psychosocial Factors in the Etiology of Bruxism	Si	No	Casos y controles		Nivel IV

36	Study of the relationship of psychosocial disorders to bruxism in adolescents	No	Si	Casos y controles		Nivel III (2)
37	Prevalence of psychiatric disorders in a group of adult patients seeking general dental care	No	Si		Ensayo clínico Controlado	Nivel II
38	Stress and periodontal disease	Si	No			Nivel IV
39	Personality traits and temporomandibular disorders in a group of children with bruxing behavior	Si	No	Casos y controles		Nivel III (2)
40	Chronic orofacial pain is associated with psychological morbidity and negative personality changes: A comparison to the general population	No	Si	Casos y controles		Nivel III (2)
41	How understanding psychiatric illness can help clinicians provide optimal oral health care	Si	No	Longitudinal		Nivel III (2)
42	Effect of bruxism-like activity on the salivary	No	Si		Ensayo clínico controlado	Nivel I

	Chromogranin.					
43	Algorithm for differential diagnosis of somatization disorder in primary care	Si	No			
44	Relationship between symptoms of temporomandibular disorders and dental status, general health and psychosomatic factors in two cohorts of 70-year-old subjects	No	Si	Corte		Nivel III (2)
45	Medically Unexplained Physical symptoms, Anxiety, and depression : A Meta Analytic Review	Si	No			
46	Asociación de síndrome de boca ardiente con xerostomía y medicamentos	Si	No	Casos y controles		Nivel III (2)
47	Oral burning symptoms and burning mouth syndrome- significance of different variables in 150 patients	No	Si	Casos y controles		Nivel III (2)
48	Burning mouth syndrome: etiology	Si	No			
49	Psychobiologic views on	Si	No			

	stress-related oral ulcers					
50	Etiology of burning mouth syndrome: A review and vupdate	Si	Noi			
51	Yanan Ağz Sendromu ve Depresyon: Burning Mouth Syndrome and Depression a case report	Si	No			
52	Psychiatric diagnoses in patients with burning mouth syndrome and atypical odontalgia referred from psychiatric to dental facilities	Si	No	Cohorte		Nivel III (1)
53	Serum Interleukin-6 in Patients with BurningMouth Syndrome and Relationship with Depression and Perceived Pain.	No	Si	Casos y controles		Nivel III (2)
54	Síndrome de boca ardiente: Estudio retrospectivo de 140 casos en una muestra de la población catalana	No	Si	Cohorte		Nivel III (1)
55	Burning mouth syndrome: Update.	Si	No			
56	The assessment of oral	No	Si	Casos y controles		Nivel III (2)

	health-related quality of life by factor analysis in patients with Behcet's disease and recurrent aphthous stomatitis.					
57	Comparison of Clinical and Psychologic Features of Fibromyalgia and Masticatory Myofascial Pain	No	Si	Casos y controles		Nivel III (2)
58	Plasma and Serum Serotonin Levels and Their Relationship to Orofacial Pain and Anxiety in Fibromyalgia	No	Si	Casos y controles		Nivel III (2)
59	The relationship of stress and anxiety with chronic periodontitis	No	Si	Casos y controles		Nivel III (2)
60	Psychosocial factors as risk indicators of periodontitis	Si	No	Corte		Nivel III (2)
61	Association of periodontal disease to anxietyanddepression symptoms, and psychosocial stress factors	Si	No	Corte		Nivel III (2)

62	Screening for psychosocial risk factors in patients with chronic orofacial pain	Si	No			
63	Anxiety and personality traits in patients with muscle related temporomandibular disorders	Si	No			Nivel III (2)
64	Temporomandibular disorder is associated with a serotonin transporter gene polymorphism in the Japanese population	Si	No			
65	Physical Self-Regulation Training for the Management of Temporomandibular Disorders	Si	No		Ensayo clínico controlado	Nivel II
66	Psychic and occlusal factors in bruxers	No	Si	Casos y controles	Ensayo clínico controlado	Nivel II
67	Prevalence and Impact of Post-traumatic Stress Disorder Symptoms in Patients with Masticatory Muscle or Temporomandibular Joint Pain: Differences and	Si	No	Cohorte		Nivel III (3)

	Similarities.					
68	The role of parafunctions, emotions and stress in predicting facial pain	Si	No		Ciego	Nivel II
69	Screening for psychosocial risk factors in patients with chronic Orofacial pain Recent advances	Si	No	Longitudinal		Nivel III (2)
70	Stress and the periodontal diseases: growth responses of periodontal bacteria to Escherichia coli stress-associated autoinducer and exogenous Fe	Si	No	Casos y controles		Nivel III (2)
71	A life-course approach to assess psychosocial factors and periodontal disease	Si	No	Longitudinal.		
72	Specification and analysis of the effects of coping in research on the relationship between psychosocial stress and periodontal disease	Si	NO			
73	Therapy-resistant periodontitis. Psychosocial characteristics	Si	No			

74	The influence of stress and anxiety on the response of nonsurgical periodontal treatment	Si	No			
75	Psychiatric Comorbidity in Patients With Burning Mouth Syndrome	Si	No	Casos y controles		Nivel III (2)

TABLA 2. MARIZ BIBLIOGRAFICA

No	BIBLIOGRAFIAS	OBJETIVO	MATERIALES Y MÉTODOS	RESULTADOS	CONCLUSIONES	VARIABLES
1	<p>MURAD, NAGAR, GHAZIA BAD. Psychosocial stressors in oral lichen planus. Lecturer, Department of Oral Medicine and Radiology, ITS Centre for Dental Studies and Research, Australian Dental Journal 2004;49:(4):192-195</p> <p>Factores de stress psicosociales en liquen plano oral</p>	<p>Estudiar factores de stress psicosociales y su asociación con desordenes dermatológicos con importancia en el liquen plano oral como debate.</p>	<p>En el grupo experimental se demostró que el control negativo era en pacientes sanos(73) y los controles positivos tenían varios síndromes (36)</p>	<p>Los pacientes con liquen plano oral tenían estrés, ansiedad y depresión. Los que tenían un control negativo fueron medidos respectivamente</p>	<p>Se encontró la asociación de estrés, ansiedad y los niveles de depresión en el liquen plano oral y un control positivo en la población en general. Lo cual sugiere que el stress psicosocial juega un papel importante en el liquen plano Oral ,hipotéticamente estas formas de stress pueden ser el comienzo de reacciones autoinmunes los cuales pueden ser aportes al estudio del liquen plano oral.</p>	<p>-Factores de Stress. -Desordenes dermatológicos -Liquen plano oral</p>
2	Locker.D,	Recopilar	Se recogieron	De 3.033	Uno de cada 5	-Desordenes

	<p>Quiñonez.C, Functional and Psychosocial Impacts of Oral Disorders in Canadian Adults: A National Population Survey, JCDA • www.cda-adc.ca/jcda • September 2009, Vol. 75, No. 7</p>	<p>datos nacionales sobre los impactos de los trastornos de los informes orales de un representant e muestra de adultos Canadienses y comparar los resultados con las mismas encuestas nacionales realizadas en el Reino Unido y Australia.</p>	<p>datos de los adultos por medio de una entrevista de teléfono sobre la base de marcado aleatorio de dígitos. La salud oral se midió con el corte de forma oral con el perfil Impacto en la Salud (también conocido como el OHIP-14 cuestionario), que pregunta por la frecuencia de 14 impactos funcionales y psicosociales que las personas han experimentado en el año anterior como resultado de problemas con sus dientes, la boca o prótesis dentales.</p>	<p>entrevistas realizadas, los datos eran suficientes para el análisis de 3019 encuestados Poco menos de una quinta parte de los 3.019 (19,5%) informaron de una o más de los 14 impactos "bastante a menudo" o "muy a menudo" en el año anterior. La prevalencia fue mayor entre los encuestados edéntulos (30,7%) que entre los encuestados dentados (18,6%), así como las puntuaciones de extensión y la gravedad. La prevalencia de los impactos</p>	<p>adultos canadiense experimentó efectos adversos de los trastornos orales. Es necesario seguir trabajando para identificar el material y los determinantes psicológicos de estos impactos.</p>	<p>orales -Impactos psicosociales en una población determinada (Canada)</p>
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------

				<p>más bajo fue en la costa atlántica de Canadá (16,1%) y mayor en las praderas (23,3%), aunque la diferencia no fue estadísticamente significativa. Las tasas de prevalencia y el alcance y las puntuaciones de gravedad fueron más alto entre aquellos que llevaban prótesis dentales, los destinatarios de la atención pública dental y visitas irregulares al dentista, disparidades considerables de ingresos, también se observaron, con 34,9% de los de más bajos-</p>		
--	--	--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

4	PSYCHOLOGICAL STRESS AND RECURRENT APHTHOUS STOMATITIS.	El objetivo de este estudio de casos y controles para evaluar la influencia del estrés psicológico en la manifestación de la RAS.	Cincuenta pacientes fueron reclutados en el ensayo. Veinte y cinco pacientes de RAS constituye el grupo de estudio y otros 25 no RAS pacientes, quienes fueron agrupados de manera similar por sexo, edad y nivel	Higleson et al. (1995) reportados para los Estados Unidos, R.Unido y Australia.	El estrés psicológico puede jugar un papel en la manifestación de la SRA, ya que puede servir como un factor desencadenante o un factor de modificación en lugar de ser una causa de la enfermedad.	La estomatitis aftosa, estrés psicológico, llagas bucales, la enfermedad ulcerosa.
	RODRIGUEZ.C, Estudio de una muestra de pacientes con síndrome de boca ardiente. Avances en odontostomatología volumen 23 No. 3/ 2007.	Estudio de una muestra de pacientes con síndrome de Ardor Bucal y cuales son los factores epidemiológicos de las enfermedades que padecen y los fármacos que consumen.	Este estudio se realizó con 88 pacientes de la clínica odontológica por término de los cuatro meses de asistencia (clínica de la facultad de odontología y registros) signos y síntomas un cuestionario validado internacionalmente, que se compone de 59 artículos y	De estos 83 pacientes estudiados todos presentaron ardor en la lengua la mayoría con una evolución de 12 meses; 52 de estos pacientes presentaron trastornos psicológicos y mas de la mitad consumían fármacos psicoactivos.	Las enfermedades sistémicas que presentaban con mayor frecuencia en estos pacientes fueron trastornos psicológicos y enfermedades cardiovasculares con un mayor predominio en mujeres postmenopausicas quienes presentan con gran frecuencia ansiedad y depresión.	Síndrome de ardor bucal. Glosodinia Boca urente.

5	<p>MUTSUURA.H,K AMBARA.K y col. Depression and Anxiety Correlate Differently with salivary free cortisol in the morning in patients with functional somatic Syndrome. Appl Psychophysiol Biofeedback (2009) 34:291- 298</p> <p>La depresión y la ansiedad se correlacionan de manera diferente con el cortisol salival libres de la mañana en pacientes con Síndrome de somáticos funcionales</p>	<p>Aclarar la fisiopatología del Síndrome funcional somatico establecien- do la relación del hipotálamo y las característica s psicológicas de estos pacientes.</p>	<p>Grupo Casos: 45 pacientes con Síndrome Funcional Somatico</p> <p>Grupo control: 29 pacientes que no presentaban dicho síndrome al cual se les midio el nivel de cortisol en la saliva en la mañana evaluando el test de depresión y ansiedad mostrando puntajes positivos para el grupo control.</p>			
---	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

<p>6</p>	<p>GRABERU, Y GARDONM y col. Análisis de la estructura psicométrica de la prueba de la eficacia de la terapia de relajación en pacientes con trastorno temporomandibular. Revista Colombiana de Psiquiatría y Psicología Clínica, 2006, 40(4): 58-58. Medicine, 2006, 2:48</p> <p>Un examen de la estructura psicométrica de los pacientes el dolor multidimensional inventario trastorno temporomandibular: un análisis factorial confirmatorio. Cabeza y Medicina cara.</p>	<p>Analizar las propiedades estructurales y efecto del estrés psicométrica emocional en el dolor, sufrimiento y conducta en pacientes con trastornos temporomandibulares.</p>	<p>Se realiza un estudio cuasi experimental en 80 pacientes de ambos generos y mayores de 18 años diagnosticados con trastornos temporomandibulares, se les aplico la escala sintomática de estrés y se les da como terapia combinada para disminuir el dolor y relajar la musculatura.</p> <p>La terapia fue colocar una placa de relación céntrica durante 1 mes con ajuste oclusal mediante la técnica de Stuart modificada, se emplearon ansiolíticos y miorelajantes en dosis precisas se induce a los pacientes a</p>	<p>De 54 pacientes que reconocieron estar estresados tres de ellos el tratamiento fue considerado como malo, 26 pacientes que expresaron no sentirse sometidos a estrés, el tratamiento mostro eficiencia en la mayoría, solo en un caso resulto ineficiente.</p> <p>En cuanto al nivel de eficiencia del tratamiento se evaluó como bueno un 70% y aceptable un 25% para un total del 95% es decir 76 pacientes consideraron como eficientes los procesos a los cuales</p>	<p>El nivel de dolor en el tratamiento fue negativo para los pacientes que presentaban dolor temporomandibular el desgaste selectivo fue evaluado como eficiente en casi la totalidad de los pacientes y constituyó un eficaz método en la mejoría de la salud bucal en los mismos.</p>	<p>Estos datos se refieren a la eficiencia del tratamiento en el paciente, eficiencia del tratamiento en el estudio.</p>
----------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

8	<p>ARAYA.M, AICAYAGA.G y col. Asociación entre alteraciones psicológicas y la presencia de Liquen plano Oral, síndrome Boca urente y estomatitis aftosa recidivante. Medicina Oral y Pat Oral 2004; 9:1-7</p>	<p>Determinar la relación existente (LPO) liquen plano Oral, (EAR)estoma titis aftosa recidivante y (SBU) síndrome de boca urente y las alteraciones psicológicas del paciente como stress la ansiedad y la depresión.</p>	<p>Grupo casos 34 pacientes diagnosticados con LPO;EAR y SBU libre de patologías sistémicas y Grupo control 20 pacientes adultos sanos que no presentaban patologías orales ni historiales de ellas, se les aplico un instrumento de medición psicológico. 1TER(tex de experiencia reciente) para conocer el grado de estrés. 2ESCALA HAD determina los niveles de ansiedad y depresión los resultados de los dos tés fueron analizados por medio de dos</p>	<p>Se conserva respetiva la cantidad de cuestionamientos en nuestro estudio se puso evidencia en el grupo de casos con patologías orales de grupo control. En 20% de los pacientes diagnosticados con EAR, LPO el estrés y la ansiedad se encuentran diferencias significativas con respecto al grado de estrés en cuanto a la depresión que el 80% de estos resultados fueron evaluados como bueno ,15.4 hospitalares con 3.0 de diferencias significativas de ansiedad y depresión con respecto al</p>	<p>En los pacientes diagnosticados con dichas patologías orales es claro observar a nivel estadístico que el estrés es la causa mas frecuente del padecimiento de muchas patologías tanto para el grupo control como para el grupo casos.</p>	<p>Estrés ansiedad y depresión.</p>
---	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------

			<p>tés estadísticos: 1 T Student no para métrico. 2 ANOVA-TUKEY La distribución de frecuencia de estos dos tes se analiza con la prueba Chi – cuadrado</p>	<p>grupo control, mientras que el estrés no presento una mayor diferencia.</p>		
9	<p>ZAHRA de la Varian, JABZADE Abbas-bolouri; The Evaluation of psychiatric drug therapy on oral lichen planus patients with psychiatric disorders; Med Oral pat oral cir bucal, 2010 Marzo 1;15 (2)e 322-7.</p> <p>La Evaluación de la terapia con medicamentos psiquiátricos en pacientes liquen plano oral con trastornos psiquiátricos.</p>	<p>El proposito de este studio es determinar la eficacia de las drogas terapéuticas psiquiátricas en el desorden de liquen plano oral, ya que el tratamiento de liquen plano oral es paliativo (no curativo) dado a que es un desorden psiquiátrico con gran desarrollo e influencia en</p>	<p>Estudio de casos y control en el cual de 46 pacientes con liquen plano oral y desordenes psiquiátricos, quienes fueròn divididos en dos grupos, a los dos grupos se les dio corticoesteroides tópicos, y el grupo de estudio adicionalmente se les proporciono drogas terapéuticas psiquiátricas, los pacientes fueòn monitorizado por un periodo de 6</p>	<p>La diisminución en el tamaño de las lesiones fue significativamente mayor en el grupo de estudio después de seis meses, pero esta diferencia no fue significativa en relación con el dolor experimentado y el tipo de lesión. Spearman's el análisis de coeficiente demostró que, en el sexto mes,</p>	<p>El presente estudio indica que la combinación de la terapia con medicamentos psiquiátricos y los métodos de rutina del tratamiento fue eficaz en reducir el tamaño de las, lesiones, pero no tuvo ningún efecto significativo en los síntomas.</p>	<p>-Liquen plano Oral, desordenes psiquiátricos, desordenes de ansiedad y drogas terapéuticas</p>

		esta patología.	meses, la respuesta del tratamiento fue evaluado en cada grupo y fue comparado con los otros grupos usando el test de Mann-Whitney, ellos evaluaron la correlacion dentro de los desordenes psiquiátricos y las lesiones orales, usando un análisis especial de Spearman's.	no había una relación directa y significativa entre la recuperación de los trastornos psiquiátricos y respuesta al tratamiento de lesiones de LPB, en particular en lo que se refería al tipo de lesión.		
10	Leslie A. Aaron, Mary M. Arch; Overlapping Conditions Among Patients With Chronic Fatigue Syndrome, Fibromyalgia, and Temporomandibular Disorder, Intern Med. 2000;160:221-227 Burke, MD;	Describir la frecuencia de 10 condiciones clínicas entre los pacientes con CFS, (Síndrome de fatiga crónica) FM, (fibromialgia) y TMD, (desordenes temporomandibulares).	Los pacientes con diagnóstico de SFC(síndrome de fatiga crónica) FM,(fibromialgia) y TMD (trastornos temporomandibulares), por sus médicos fueron reclutados de clínicas, en los	Con pocas excepciones, los pacientes reportaron últimos diagnósticos de las 10 situaciones clínicas más allá de su referencia de diagnóstico, de SFC, FM, o TMD. En contraste, eran	Este estudio proporciona evidencia preliminar que los pacientes con CFS, (síndrome de fatiga crónica) FM (fibromialgia), y síntomas temporomandibulares (TMD), también tienen evidencias localizadas y	-Fibromialgia, -Síndrome de fatiga crónica, -Desordenes temporomandibulares.

	<p>Dedra Buchwald, MD.</p> <p>Superposición de condiciones entre los pacientes Con el Síndrome de Fatiga Crónica, Fibromialgia, y el trastorno temporomandibular.</p>	<p>dibulares) comparado con el caso controles de pacientes sanos, analizando el grado en que manifiestan síntomas de cada condición, determinado por expertos.</p>	<p>hospitales para el estudio previo. Los sujetos sanos del grupo control de una clínica dermatológica se inscribieron como grupo de comparación. Todos los sujetos completaron una lista de síntomas de 138 puntos y se sometieron a un breve examen físico realizado por los médicos del proyecto.</p>	<p>más propensos que el grupo control, los síntomas y criterios diagnósticos para muchas de las condiciones, SFC, incluyendo, FM, el síndrome del intestino irritable, múltiples sensibilidades a los químicos, y dolor de cabeza generalizados el grupos de pacientes con (síndrome de fatiga crónica, 92%; FM, 77%; DTM, el 64%) en comparación con el grupo control (18%) (P, 001). Con síntomas individuales el análisis reveló que los pacientes con</p>	<p>sistémicas, condiciones que frecuentemente ocurren con estos síndromes. La investigación futura busca identificar las relaciones temporales y el mecanismo fisiopatológico para la comprensión en el tratamiento de estas enfermedades crónicas recurrentes.</p>	
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

				SFC, FM, y TTM comparten síntomas comunes, incluyendo sensibilidad generalizada del dolor, el sueño y dificultades de concentración, el intestino irritable, quejas, y dolor de cabeza. Sin embargo, varios de estos síntomas también se distinguen en los grupos de pacientes sanos.		
11	Per Fink, DR. med. SC, Tomas Toft, PHD, Morten Steen HANSEN, PHD, EVA RNBØL, MSC, AND FREDE OLESEN, PROF, Symptoms and Syndromes of Bodily Distress:	Este estudio tiene como objetivo determinar si los síntomas somáticos funcionales de racimo en distintos síndromes y entidades de diagnóstico	Los 978 pacientes ingresados consecutivamente desde el departamento de neurología (N 120), un departamento médico (n 157), y desde la atención	No hay síntomas solo se destacó como distintivo para los pacientes con síntomas múltiples. El principal factor: cardiopulmonar,	El estudio sugiere que el trastorno de angustia física tal como se definen aquí puede unir a muchos de los síndromes somáticos funcionales y algunos diagnósticos de trastorno	Somatización , trastornos somatomorfos, síntomas somáticos funcionales, síndromes somáticos funcionales, físicas angustia, la clasificación.

	<p>An Exploratory Study of 978 Internal Medical, Neurological, and Primary Care Patients. Año: 2007</p> <p>Los síntomas y síndromes de angustia corporal: Un estudio exploratorio de 978 pacientes internos la asistencia médica, neurológica, y Primaria</p>		<p>primaria (n 701) fueron entrevistados utilizando las Listas de Evaluación Clínica en Neuropsiquiatría (SCAN) instrumento de diagnóstico.</p>		<p>somatomorfo. malestar corporal pueden ser desencadenados por el estrés en lugar de ser enfermedades distintas de la patología monocerebral. EscucharLeer fonéticamente</p>	
12	<p>lichen ruber planus as a psychiatric problem</p>	<p>Conocer Lacavidadora lcomo espejodenuue strasalud y numerosas enfermedades de nuestroorgan ismo que puedellegar a manifestarse n en boca.</p>	<p>Un paciente de 10 años de edad, fue enviado para un informe oral por un especialista dental primario, debido a un pequeño dolor en la boca, causada por los bordes afilados de rellenos amalgama y</p>	<p>El paciente se dirigió entonces al psiquiatra, quien diagnosticó una tendencia a la inestabilidad emocional con el paciente, así como a la depresión. Él se puso a prueba psicológica por medio de</p>	<p>Co-morbilidad del planusdel liquenruberconla apariciónde la depresiónyla ansiedaddemuestr aque enfermedadesorales tienenuncomponen tepsicógeno. Laapariciónde lasenfermedadesq ueestán interrelacionadosco</p>	<p>Liquen plano, Depresión s , Estrés ansiedAD</p>

			<p>algunos nódulos. Nosotros analizamos a fondo la cavidad bucal del niño y comprobamos el estado general de su organismo, y llegamos a su historia familiar y oral. La historia revela no mostrar datos significativos que sugieren que el paciente sufría de ninguna enfermedad, y su familia no parecía tener ninguna enfermedad grave o bien, con la excepción de la actual su hermana y su hermano. El niño sufrió un minucioso</p>	<p>pruebas de la depresión y la ansiedad, que demostró que el paciente fue tanto emocional inestable y muy estresado.</p>	<p>los componentes psicógenos necesariamente tienen que estar presentes con los adultos solamente; que se manifieste en una población más joven y la base de su etiología comprende la inseguridad y la inestabilidad emocional, que, además de otras manifestaciones, se puede expresar por medio de los cambios patológicos en la cavidad oral.</p>	
--	--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

			examen médico. Su análisis de sangre no se mostro ningún cambio significativo con ninguno de los parámetros. De acuerdo con el cuadro clínico, se produjo úlceras en la lengua, acompañado de a ligeros cambios hiperqueratósicos. La biopsia realizada en muestras de tejido del paciente confirmó el diagnóstico clínico de liquen de goma retikularis plano.			
13	Adriana Ronchetti de Castro, Silvia Regina Dowgan Tesseroli de Siqueira, Dirce Maria Navas Perissinotti, José	Para determinar los aspectos psicológicos del dolor orofacial en la neuralgia	Se evaluaron 30 pacientes (15 con TN y 15 con TTM) mediante una entrevista semi-dirigida del Hospital Anxiety	Pacientes TN sabía más acerca de su diagnóstico. La mayoría de los pacientes con TN considera su	TN y TMD tuvieron puntuaciones similares de ansiedad y depresión, por lo tanto los pacientes consideran TN más	La neuralgia del trigémino, TTM, cirugía, dolor orofacial, la ansiedad, la depresión, la

	Tadeu Tesseroli de Siqueira,, Psychological evaluation and cope with trigeminal neuralgia and temporomandibular disorder, Arq Neuropsiquiatr, 2008, 66(3-B) Evaluación psicológica y hacer frente a la neuralgia del trigémino y el trastorno temporomandibular.	del trigémino (NT) y el trastorno temporomandibular (TTM), y los factores asociados de hacer frente a las limitaciones en las actividades cotidianas y sentimientos sobre el tratamiento y sobre el dolor	Depression Scale (HAD).	opuesto enfermedad severa, para TTM, ambos grupos tenían un alto nivel de las limitaciones en las actividades diarias, y los factores más útiles para superar el dolor se propone el tratamiento seguido por la religiosidad. Medios de puntuaciones HAD fueron 10,9 para la ansiedad (moderada) y 11,67 para la depresión (leve), y no fueron estadísticamente diferentes entre TTM y NT.	grave que la TMD. Incluso con mayores limitaciones, los pacientes con TN afrontar mejor su enfermedad, a continuación, los pacientes con TTM	percepción de la enfermedad
14	A. Klécha, H. Hafian, S. Laurence, M. Leplaideur, J. C.	El presente estudio se dirigió a la prevalencia	Se evalúan las características sociodemográficas, los informes	Los informes de al menos un SFS fueron significativamente	los pacientes con TTM con mayor frecuencia informe del SFS múltiples y	Los trastornos temporomandibulares y

	<p>Maurin, B. Lefèvre, <i>Assessment of somatization in temporomandibular disorders patients with functional somatic syndromes. 2009</i></p> <p>Evaluación de los trastornos temporomandibulares en pacientes con somatización síndromes somáticos funcionales.</p>	<p>de los síndromes somáticos funcionales (SFS) en los trastornos temporomandibulares (TTM) de los pacientes y en pacientes control. También investigaron la coincidencia entre historia del SFS y los datos psicométricos.</p>	<p>anteriores de la FSS, y medidas de la depresión y somatización según lo determinado por las escalas psicométricas de la Symptom Checklist-90 revisado (SCL-90-R). Las muestras compuesto 56TMD pacientes y 103 controles que los últimos pacientes dentales de rutina.</p>	<p>e más frecuentes en los pacientes con TTM que en los pacientes de control. El primer grupo informó de la muerte significativamente e mayor frecuencia de SFS múltiples. Las puntuaciones de depresión mediana y somatización en el SCL-90-R fueron mayores en los pacientes con TTM. los pacientes con TTM significativamente e con mayor frecuencia los últimos clasificados en las clases de casos moderados y graves de la escala de</p>	<p>el SFS Que rutina de los pacientes dentales. pacientes con somatización o TMD se puede evaluar a indagar sobre su historia de la FSS.</p>	<p>funcional, el síndrome de somáticos, depresión, somatización</p>
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------

				<p>somatización SCL-90-R. Las puntuaciones de depresión y somatización se correlacionaron significativamente e más recientes. Una relación positiva y significativa entre el número de informes de SFS y la puntuación de somatización se encontró en los pacientes con TTM ósea y en pacientes control. La puntuación de la depresión fue significativa y positivamente relacionada con la incidencia de la FSS en el grupo control.</p>		
15	<p><i>relationships between depression/ somatizacion and self-reports of</i></p>	<p>Examinar la relación entre la depresión y somatización</p>	<p>La investigación Criterios diagnósticos para trastornos temporomandibu</p>	<p>Las puntuaciones de depresión varió desde 4,03 hasta 8,16,</p>	<p>Los resultados sugieren que la depresión y somatización se relacionan con el</p>	

	<p><i>pain and disability: 2004</i> autores Las relaciones entre la depresión y somatización y la auto-informes de dolor y discapacidad.</p>	<p>y dolor durante la palpación de los músculos y articulaciones, así como las limitaciones relacionadas con el funcionamiento mandibular en pacientes con trastornos temporomandibulares.</p>	<p>lares de datos para los ejes I y II de 196 pacientes con una historia de dolor facial se obtuvieron. La edad media de la población de pacientes predominantemente chinos (83,2%) fue de 33,4 años (rango de 18 a 55 años). La Lista de verificación de síntomas (SCL-90), la depresión y escalas de somatización se generaron en línea y archivados. El dolor muscular media, dolor en las articulaciones, y las puntuaciones se calcularon con la depresión y somatización como efectos</p>	<p>0,67 a 1,03 (JP), y de 0,30 a 0,38; somatización puntuaciones variaron desde 2.64 hasta 7.75 (MP), 0,58 a 1,00 (JP), y 0,30 a 0,41 (LRMF). Efectos de la interacción entre la depresión y somatización no fueron significativas. Los pacientes con depresión severa tenían puntuaciones significativamente más altas MP que los pacientes normales o en pacientes con depresión moderada. Los pacientes con somatización moderada y severa fueron significativamente mayores en</p>	<p>auto-informe del MP. Además, la somatización grave puede estar asociada con un aumento de la discapacidad mandíbula</p>	
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

			<p>principales. Los datos fueron sometidos a análisis de varianza (Scheffé) y de correlación de Pearson con un nivel de significación de 0,05.</p>	<p>las puntuaciones MP que los pacientes normales. puntuaciones LRMF de los pacientes con somatización grave fueron significativamente e mayores que los que fueron normales o sufrido de somatización moderada. No hubo diferencias significativas en las puntuaciones de JP se observó para las escalas de depresión y somatización. Las correlaciones entre la depresión y somatización y, JP, y LRMF puntuaciones MP fueron significativa y</p>		
--	--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

				positiva pero débil; coeficientes variaron desde 0,15 hasta 0,41.		
16	<p>Jeffrey J. Sherman, PhD, Linda LeResche, ScD, Kimberly Hanson Huggins, RDH, BS, Lloyd A. Mancl, PhD, Julie C. Sage, BS and Samuel F. Dworkin, DDS, PhD . The Relationship of Somatization and Depression to Experimental Pain Response in Women With Temporomandibular Disorders</p> <p>La relación de la somatización y la depresión a la respuesta de dolor experimental en mujeres con trastornos temporomandibul</p>	<p>Los pacientes con trastornos de dolor temporomandibular (ATM) tienen una percepción mayor dolor cuando se comparan con los controles sin dolor. Características comunes de Psicología de TMD incluyen somatización y depresión. El impacto de la depresión en la percepción del dolor experimental ha recibido</p>	<p>Cincuenta y seis mujeres con DM y 59 controles sin dolor-fue sometido a tres procedimientos de dolor experimental, incluyendo la palpación en cantidades fijas de presión, los umbrales de dolor a la presión, y una tarea dolor isquémico. Los niveles de depresión y somatización reciente evaluó mediante la investigación Criterios diagnósticos para el síndrome TMJ. análisis de regresión múltiple se</p>	<p>Después de controlar la intensidad del dolor característico y la depresión, la somatización explica una parte significativa de la variación en el número de sitios de masticación calificado como dolorosa. Después de controlar el dolor típico, la depresión sólo se agrega de manera significativa a la predicción del modelo de umbral del dolor isquémico y la tolerancia. Los modelos</p>	<p>Estos hallazgos sugieren que la depresión y somatización son asociados con las medidas de dolor experimental diferente. La somatización puede estar relacionado con las medidas más atención y de percepción del dolor clínicamente relevantes mientras que la depresión "puede estar relacionado con más medidas de comportamiento de dolor.</p>	<p>dolor, depresión, somatización umbral, la tolerancia.</p>

	ares	considerable atención. Sin embargo, el papel de la somatización de dolor experimental en una población de dolor crónico no ha sido explorado.	realizaron en la medida decisiva para que avances depresión y somatización asociados con las respuestas de los últimos dolor experimental	completos incluyendo dolor característico y la depresión se explica el 49% y 20% de la varianza en el umbral del dolor isquémico y la tolerancia, respectivamente		
17	<i>Síndrome de boca ardiente. Estudio de la psicoterapia, medicación con ácido alfa- lipoico y combinación de terapias</i>	El síndrome de boca ardiente (SBA), es una afección común caracterizada por una intensa sensación de ardor en la boca en ausencia de lesiones de la mucosa.	En Este Estudio de 192 personajes SANAS Con Síndrome de Boca ardiente, sí analizó la Eficacia del control de los de campaña Síntomas la psicoterapia sola Duran dos Sesiones Semanales de una hora " Duran dos meses, del Ácido alfa lipoico	Se obtuvo el Mayor Beneficio Con La Terapia Combinada. La Combinación de los Tratamientos psicoanálisis Con Ácido alfa lipoico y (ALA, ácido tioctico, Tiobec 600 Al Día mgr), Durante dos meses FUE significativamente e beneficiosa Más psicoanálisis El Que solo Duran	Los RESULTADOS sugieren Que El Ácido alfa lipoico podría Complementar la psicoterapia y servicios Una Alternativa Aceptable un psicoactivos los Fármacos, Por Lo Que Estudios de comparación de embajadores Alternativas actualmente están justificados	Síndrome de boca ardiente, Ácido alfa lipoico, tioctico Acido.

			(ALA, tiotico Ácido, Tiobec) 600 mg de Al Día Duran dos meses, y la de Combinación de la psicoterapia y los 600 mg / día de ALA Duran dos meses. Los Controles recibieron placebo en solitario.	dos Sesiones Semanales de Una Hora Duran dos meses (p <0,0005) o		
18	Robert Ćelić ¹ , Vjekoslav Jerolimov ¹ , Josip Pandurić ¹ , Vesna Haban ² . <i>Depression and Somatization in Patients With Temporomandibular Disorders</i> 2006. Depresion y somatización en pacientes con desordenes remporomandibulares.		Escogieron 154 pacientes remitidos de los diferentes departamentos. Las edades de promedio eran de 39 años. Los exámenes se realizaron de acuerdo a las especificaciones detalladas en la RDC / TMD sistema para diagnosticar y clasificar los pacientes con TTM. protocolo	Descripción de los diagnósticos clínicos de TTM y las variables psicológicas. En principio, un paciente puede ser asignado de uno a cinco diagnósticos. En la práctica, los casos con más de tres diagnósticos son muy raros. En consecuencia, los pacientes fueron divididos	Si bien, existen limitaciones en este estudio, la depresión relacionada con eventos importantes de la vida podría alterar la percepción del paciente y la tolerancia para los síntomas físicos que causan a buscar tratamiento. Estos síntomas somáticos son metáforas que expresan y resolver pre-	Somatización Depresión Trastorno temporomandibulares.

			<p>de dividir las formas más comunes de los TTM en 3 categorías de diagnóstico o grupos (trastorno muscular, los desplazamientos del disco y otras condiciones comunes [artralgias, artritis y artrosis])</p> <p>Las medidas del Eje II relacionados con el dolor cubrir la intensidad del dolor, estado psicológico, y la discapacidad relacionada con el dolor, incluyendo: La depresión y somatización (síntomas físicos inespecíficos) subescalas de la</p>	<p>en siete grupos en función de cientos RDC / TMD eje I grupos diagnósticos. La mayoría de los pacientes tenían un diagnóstico (61,7%), mientras que los otros pacientes tenían dos o más diagnósticos afectados (38,3%). La más frecuente diagnósticos clínicos que afectan a pacientes recientes TTM trastornos musculares (dolor miofacial) (64,9%), artralgias y menos frecuentes los últimos (27,9%). Las</p>	<p>existente o que compiten los conflictos psicológicos. La depresión y somatización son generalmente reconocido como variables importantes en el diagnóstico y tratamiento del dolor orofacial.</p>	
--	--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

			<p>prueba Symptom Checklist (SCL-90) psicométricas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un cuestionario de siete preguntas de clasificación de la intensidad del dolor crónico (escala BPC), • Una lista de verificación de discapacidad basado en la mandíbula artículos de uso común en la investigación clínica TTM. 	<p>comparaciones entre los grupos de diagnóstico de TTM y el estado psicológico. Puntuaciones de depresión. La somatización media, las puntuaciones de somatización con elementos incluidos el dolor. Las puntuaciones de somatización con elementos dolor excluidos.</p>		
19	Pía López-Jornet, Fabio Camacho-Alonso, Mayra Lucero-Berdugo. Quality of life in patients with burning	Estudiar la calidad de vida en pacientes con El síndrome de boca ardiente	Es un estudio tipo observacional donde se evaluaron Sesenta pacientes (10 hombres y 50	los resultados obtenidos del cuestionario SF-36 en los diferentes grupos de estudio. En general	Las escalas aplicadas a los pacientes con SBA arrojaron resultados deficientes frente a los controles sanos cuando se	Calidad de vida Síndrome de boca ardiente.

	<p>mouth syndrome. Calidad de vida en pacientes con síndrome de boca ardiente. Oral Pathol Med (2008) 37: 389–394</p>	<p>(SBA). Comparar los pacientes con SBA (controles sanos). Comparar los subgrupos de pacientes con SBA determinando el tipo de tratamiento recibido por parte del médico tratante.</p>	<p>mujeres) con SBA, fueron estudiados en el Departamento de Medicina Oral (Facultad de Medicina y Odontología de la Universidad de Murcia, España), mientras que 60 pacientes sanos utilizados como controles se les aplicó la prueba SF-36 utilizada para evaluar la calidad de vida en general, junto con el OHIP-49 .</p>	<p>muestran que los pacientes con SBA obtuvieron los puntajes más bajos en comparación con el grupo de control. En cuanto a la OHIP-49, se encontraron diferencias significativas entre los grupos en las siguientes subescalas: limitación funcional, malestar psicológico, físico incapacidad psicológica discapacidad, la discapacidad social y discapacidad</p>	<p>aplica el SF-36 y de 49 OHIP.</p>	
20	<p>Robert J. Gatchel, PhD, Anna W. Stowell, PhD. A</p>	<p>Investigar las diferencias en la</p>	<p>Se evaluaron 22 pacientes y 23 controles con MMP durante la</p>	<p>Los pacientes que presentan MMP fisiológicos</p>	<p>Estos resultados proporcionan una prueba más de la</p>	<p>Dolor Estrés Factores psicológicos</p>

	<p>Controlled Comparison of Emotional Reactivity and Physiological Response in Masticatory Muscle Pain Patients. Una comparación controlada de la reactividad emocional y la respuesta fisiológica en pacientes con dolor muscular masticatorio. <i>Journal of orofacial pain</i>. Volume 23, Number 3, 2009</p>	<p>variabilidad de la frecuencia cardiaca (VFC), los índices de dolor en los músculos masticatorios (MMP) y los pacientes controles sin dolor en reposo, durante una condición de estrés, y durante un periodo estresante de recuperación, y Evaluar factores, entre ellos los psicológicos angustia, el entorno social</p>	<p>línea base, la actividad fisiológica se evaluó con los índices de frecuencia de la VFC .La reactividad emocional fue evaluada con la Escala de Evaluación emocional. Se centró en constatar con prueba específica la hipótesis sobre el estado fisiológico y emocional.</p>	<p>activación durante el período de referencia y más significativamente e activación fisiológica durante el período de recuperación en comparación con los controles. Este patrón también estuvo presente en la reactividad emocional entre los grupos. Las diferencias emocionales y fisiológicas entre los grupos a través de períodos de estudio fueron más pronunciados en pacientes con dolor de información un factor de estrés</p>	<p>activación fisiológica y respuesta emocional en los pacientes MMP que los diferencia de controles emparejados sin dolor. El uso de índices para medir la VFC funcionamiento fisiológico cuantifica el grado de simpatía y parasimpático activación. Los resultados del estudio sugieren que el uso de estos índices VFC puede mejorar la comprensión del papel de la excitación y los mecanismos inhibitorios en pacientes con condiciones de MMP. Escuchar Leer fonéticamente Diccionario - Ver</p>	<p>angustia.</p>
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------

				traumático.	diccionario detallado	
21	Belinda Nicolau, Gopalakrishnan, Netuveli, Jung-Wang Martin Kim, Aubrey Sheiham and Wagner Marcenes. A life-course approach to assess psychosocial factors and periodontal disease. Un enfoque de ciclo de vida para evaluar los factores psicosociales y la enfermedad periodontal. J Clin Periodontol 2007; 34: 844-850	Investigar la relación entre los factores psicosociales en dos períodos de la vida y las enfermedades periodontales en mujeres adultas de Brasil.	El diseño del estudio fue un estudio transversal de 330 mujeres seleccionados al azar de una muestra más grande de las madres cuyos hijos participaron en un estudio sobre la enfermedad oral crónica utilizando un marco de toda la vida. Cada mujer fue evaluada clínicamente para detectar la presencia de la enfermedad periodontal. Una entrevista recogió información sobre el comportamiento socioeconómico, y los factores	Los altos niveles de enfermedad periodontal se obtuvieron porque estas mujeres fumaban en el pasado y el presente, los altos niveles de disciplina paterna en la niñez y los bajos niveles de apoyo emocional en la edad adulta. La influencia de los factores de la infancia no fue atenuado por las circunstancias la edad adulta.	Los factores psicosociales en la infancia y la edad adulta se asocia con altos niveles de enfermedad periodontal en la edad adulta	Perdida de inserción periodontal Enfermedad periodontal.

			relacionados con la familia en dos períodos de la vida de los participantes (la infancia y la edad adulta). La variable de resultado principal fue pérdida de inserción periodontal. Análisis de los datos utilizando modelos de regresión logística.			
22	Bina Shah, Ashok L, Sujatha GP. Evaluation of salivary cortisol and psychological factors in patients with oral lichen planus. Evaluación del cortisol salival y factores psicológicos en pacientes con liquen plano oral. Indian J Dent Res, 20(3), 2009	Evaluar los niveles de cortisol salival y los factores psicosociales en el liquen plano oral	Un total de 30 pacientes que clínica e histopatológicamente han demostrado casos de LPO. Las muestras de saliva estimulada fueron recolectadas con centrifuga y se analiza para el nivel de cortisol	Independientemente del sexo, la depresión significativamente mayor ($83,4 \pm 15,4\%$), ansiedad ($80,5 \pm 11,3\%$), y el estrés ($94,2 \pm 6,2\%$) resultados se observaron en pacientes con LPB en comparación	Un resultado positivo se encontró correlación entre los factores psicológicos y los niveles de cortisol salival en la LPB pacientes. Los valores del coeficiente de correlación de Pearson "r", entre la depresión, la ansiedad y	Ansiedad Depresión Estrés

			con la enzima de cortisol que habian. Factores psicosociales de estudio y control grupos se midieron por la ansiedad y la depresión escala de estrés. t de Student fue utilizado para comparar los factores psicológicos y los niveles de cortisol salival entre pacientes con la OLP y el grupo control.	con los controles. El aumento los niveles de cortisol se observaron entre los 17 pacientes LPO en el grupo de estudio.	con el estrés cortisol salival	
23	Ivanovski K, Nakova M, Warburton G, Pesevska S, Filipovska A, Nares S, Nunn ME, Angelova D, Angelov N. Psychological profile in oral lichen planus. Perfil psicologico	Explorar la posibilidad de la psicomatización . Evaluar los perfiles psicológicos de personalidad de los pacientes	Veinte pacientes con LPO reticular; 20 con forma erosiva, y 25 controles fueron evaluados con la prueba psicológica de la personalidad de Minnesota Multifásico	De acuerdo a MMPI se observó en los grupos de LPO, diferencias significativas entre los grupos detectados por el cortisol, CD4, CD8, CD16 y recuentos. Los valores medios	El estrés emocional prolongado en muchos pacientes con LPO puede llevar a psicomatización y puede contribuir a la iniciación y la manifestación clínica de esta trastorno oral.	Estrés emocional Psicomatización

	en el liquen Plano oral Clin Periodontol 2005; 32: 1034–1040.	con LPB.	Inventory (MMPI) -202 . Ocho escalas clínicas (hipocondría, depresión, histeria, desviarse psicópata, paranoia, psicastenia, la esquizofrenia, y la hipomanía), así como el nivel de cortisol, CD3, CD4, CD8, CD16 y marcadores por grupo fueron comparados.	para la hipocondría, la depresión y la histeria fueron significativamente diferentes con puntuaciones significativamente e más altas para ambos LPO reticular y erosivo en comparación con los controles.		
24	Saletu A, Pirker-Fruhauf H, Saletu F, Linzmayer L, Anderer P, Matejka M. Controlled clinical and psychometric studies on the relation between periodontitis and depressivemood.	Investigar la relación entre la periodontitis y psicopatología de la utilización de la psicometría (las dos escalas de	Cuarenta pacientes con 41 años de edad (controles) con periodontitis fueron comparados . El porcentaje de fumadores fue similar en ambos grupos. Las	El análisis multifactorial de varianza demostró un aumento de la depresión y la puntuaciones de ansiedad, la reducción de bienestar, el aumento de las quejas	Nuestros estudios clínico-psicométricas confirman el estado de ánimo depresivo como relevante factor patogénico de la periodontitis.	Ansiedad Depresión Periodontitis

	<p>Los estudios clínicos controlados y psicométricos sobre la relación entre la periodontitis y el estado de ánimo depresivo. J Clin Periodontol 2005; 32: 1219–1225.</p>	<p>observación y auto-evaluación).</p>	<p>variables dentales incluyen la pérdida de profundidad de sondaje, inserción clínica (NIC), radiográficos pérdida de inserción, índice de sangrado papilar (PBI) e índice de placa proximal (API). Psicometría comprendía la Escala de Depresión de Hamilton, el Zung Self-Rating Escalas de Depresión y Ansiedad, el von Zerssen Bienestar y escalas de Queja, el Escala de Epworth somnolencia, el sueño de Pittsburgh Índice de Calidad, la</p>	<p>somáticas, la calidad se deterioró de la vida y la introversión en la periodontitis. análisis de correlación parcial entre medidas psicométricas y las variables dentales reveló una correlación positiva de gravedad de la enfermedad periodontal / CAL con la depresión / ansiedad, el bienestar subjetivo y quejas partituras, y una correlación negativa con la calidad de vida. La API se una correlación negativa con orientación social, y la CAL se correlacionó</p>		
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

			Calidad de Vida Índice de inteligencia cristalizada y el Inventario de Personalidad de Friburgo (FPI).	positivamente con quejas somáticas y la introversión en la FPI.		
25	Trombelli L, Scapoli C, Tatakis DN, Grassi L. Modulation of clinical expression of plaque-induced gingivitis: effects of personalitytraits, social support and stress. Modulación de la expresión clínica de la gingivitis inducida por placa: los efectos de los rasgos de personalidad, apoyo social y el estrés. J ClinPeriodontol 2005; 32: 1143–1150.	Caracterizar el comportamiento clínico de la encía cuando presenta gingivitis en relación con el perfil de la personalidad, el estrés psicológico.	La muestra estuvo constituida por Noventa y seis pacientes sistémica y periodontalmente sanos, 46 hombres y 50 mujeres, no fumadores, participaron al azar, se evaluó : gingivitis localizada Antes del juicio, A estas personas se les pidió completar los cuestionarios auto-administrados evaluación rasgos de personalidad (escala de	No se encontraron relaciones entre la inflamación gingival Y factores psicológicos. No se detectaron diferencias significativas entre las personas susceptibles a presentar gingivitis asociada a placa para ser considerada variable psicológica. Existe una asociación significativa entre las variables placa y LES (negativo)	Las diferencias en el nivel de estrés y las variables psicosociales indicativas de la susceptibilidad al estrés no tienen en cuenta la variabilidad en la acumulación de placa y la inflamación gingival (gingivitis) en adultos jóvenes	Estrés psicológico Personalidad

			<p>Fortaleza y de Control Emocional Escala), subjetiva estrés (Escala Visual Analógica - Total de socorro), el apoyo social (multidimensionales Escala de Percepción de apoyo social, MSPSS) y eventos de la vida (experiencias de la vida Encuesta (LES)). La influencia de los factores psicosociales se ha investigado en la general en la población, así como en dos sub-poblaciones con diferente respuesta inflamatoria frente a</p>	<p>o MSPSS (positivo) se encontró, sin embargo, la varianza explicada por el modelo fue baja</p>		
--	--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

			la acumulación de placa.			
26	Robert J. Gatchel, PhD, Anna W. Stowell, PhD, Peter Buschang, PhD. The Relationships Among Depression, Pain, and Masticatory Functioning in Temporomandibular Disorder Patients. Journal of Orofacial Pain. Las relaciones entre la depresión, el dolor, y el funcionamiento masticatorio en pacientes con trastorno temporomandibular. volumen 20 number 4 del 2006.	Evaluar el efecto de la depresión, el dolor, y el funcionamiento masticatorio en pacientes con trastorno temporomandibular	Ensayo clínico controlado aleatorizado, se trataron temas clínicos tales como la relación entre: Depresión, dolor, y funcionamiento masticatorio en pacientes con trastorno temporomandibular. La muestra estuvo constituida por personas adultas entre las edades de 18 y 70 años que habían tenido dolor agudo en la mandíbula de menos de 6 meses. Se excluyeron personas que presentaron dolor crónico	Los resultados mostraron que los pacientes deprimidos y no deprimidos reportaron dolor que el cual disminuye después de la intervención en 12 meses. Por otra parte, no hubo diferencias significativas entre los grupos de pacientes en la función masticatoria.	En caso de intervención biopsicosocial temprana, los pacientes con Trastornos temporomandibulares agudos, independientemente de la presencia o ausencia de sintomatología de la depresión, pueden ser eficazmente tratados.	Depresión Dolor Biopsicosocial.

			<p>como el cáncer o la fibromialgia o con Antecedentes de dolor en la mandíbula. Se evaluaron Sesenta y tres pacientes con quejas de dolor en la mandíbula o la incomodidad de menos de 6 Meses de duración. Todas las personas evaluadas firmaron un consentimiento, de conformidad, los pacientes con trastornos temporomandibulares agudos recibieron una intervención biopsicosocial, se evaluaron previo a la intervención y de nuevo 12 meses después de la</p>			
--	--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

			intervención se evaluaron intensidad del dolor, el Inventario de Depresión de <Beck, y una prueba de la función masticatoria			
27	Vettore M, Quintanilha RS, Monteiro da Silva AM, Lamarca GA, Leaño ATT. The influence of stress and anxiety on the response of non-surgical periodontal treatment. La influencia del estrés y la ansiedad sobre la respuesta del tratamiento periodontal no quirúrgico. J Clin Periodontol 2005; 32: 1226–1235.	Evaluar la influencia del estrés y la ansiedad sobre la respuesta al tratamiento periodontal no-quirúrgica (TNP) en pacientes con enfermedades crónicas: periodontitis.	Estudio longitudinal de casos y controles fueron escogidos Sesenta y seis pacientes ,Fueron divididos en tres grupos: grupo de control, la profundidad de sondaje de bolsillo (PSB) 44 mm, por lo menos cuatro sitios con PSB X4 y 46 mm, por lo menos cuatro sitios con PSD de 46 mm, N520. El estrés, la	Los resultados de rasgo de ansiedad fueron diferentes entre los grupos al inicio y después del tratamiento periodontal no quirúrgico.	Los datos sugieren una influencia de los rasgos de ansiedad y estrés en el respuesta al TNP.	Estrés Ansiedad

			ansiedad y el rasgo de ansiedad (RA) e índice de placa (PI), índice gingival, PPD y la pérdida de inserción (PI) se registraron al inicio del estudio y 3 meses después TNP.			
28	Nakata A, Takahashi M, Ikeda T, Hojou M, Araki S. Perceived psychosocial job stress and sleep bruxism among male and female workers. Percepción de estrés en el trabajo psicosocial y bruxismo del sueño entre los trabajadores masculinos y femenino. CommunityDental Epidemiol	Examinar la relación entre estrés en el trabajo psicosocial y bruxismo al dormir.	Estudio epidemiológico donde se evaluaron 1.944 hombres y 736 mujeres, los trabajadores que participaron en este estudio fueron evaluados por medio de un cuestionario, que abarca 13 variables de estrés en el trabajo. Fueron evaluadas preguntas como: ¿Rechina o aprieta los	En total, el 30,9% de los varones y el 20,2% de las mujeres informó SB. En los hombres, los trabajadores con un bajo apoyo social de los supervisores, tuvieron un aumento significativamente e el riesgo de la SB después de controlar por factores de confusión. Por el contrario,	El bruxismo al dormir está débilmente asociada con algunos aspectos del estrés laboral en los hombres pero no en mujeres entre la población japonesa de trabajo.	Estrés Trabajo psicosocial Bruxismo

	2008; 36: 201–209		dientes durante el sueño o ha alguien en su familia le dijo que sus dientes rechinan dientes durante el sueño? "Las opciones de respuesta fueron" nunca "," rara vez "," a veces "o" a menudo". SB Se consideró presente si la respuesta era "a veces" o "a menudo".	no se encontró asociación significativa en las mujeres		
29	PETER P. VITALIANO, PHD, RUTGER PERSSON, DDS, PHD, ASUMAN KIYAK, PHD, HARDEEP SAINI, BS, AND DIANA ECHEVERRIA, PHD, Caregiving and Gingival Symptom Reports: Psychophysiologi	evaluar la asociación de cuidado con los informes de los síntomas gingival. evaluar si la relación observada fue mediada por factores del huésped psicofisiológi	Los médicos de los cónyuges con la enfermedad de Alzheimer se compararon con los cónyuges noncaregiver demográficamente similares	El porcentaje de los cuidadores que reportaron síntomas gingivales era el doble que la de los no cuidadores, a pesar del hecho de que los cuidadores y no cuidadores no fue diferente en el cuidado de la	Un mayor porcentaje de cuidadores informaron de síntomas gingivales que los no cuidadores. Estos resultados tienen implicaciones para la investigación sobre el envejecimiento, psicofisiología, y el	estrés, cuidado gingivitis, inflamación, diabetes, depresión

	<p>c Mediators, Psychosomatic Medicine, 2005, 67:930–938. Cuidado e informes gingival Síntoma: Los mediadores psicofisiológicos</p>	<p>co</p>		<p>salud oral. La relación entre los informes de los síntomas y los cuidados gingivales fue mediada por variables psicofisiológicas . Los médicos fueron mayores en molestias, estado de ánimo deprimido, y el riesgo metabólico que los no cuidadores. Mayores informes gingival síntoma también se asociaron con mayores molestias, estado de ánimo deprimido, y el riesgo metabólico. Las medidas de la grasa subcutánea, la inflamación y la diabetes franca</p>	<p>estrés crónico</p>	
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------	--

				estaban relacionados con los informes de los síntomas gingival pero no a la condición de médico		
30	TMD pain: the effect on health related quality of life and the influence of pain duration	Como el impacto de la literatura sobre este tema es escasa, los objetivos de este estudio fueron evaluar si la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) se encuentra disminuida en pacientes con trastornos temporomandibulares dolorosos en comparación con la CVRS en la	Los datos relativos a la salud física y mental fueron recuperados de pacientes con dolor temporomandibular trastornos. Los instrumentos de evaluación utilizados fueron: el deterioro de la función mandibular Cuestionario (MFIQ), el Short-Form-36 (SF-36), la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión Lista (HADS), y el Cuestionario de Salud General	El total de la muestra consistió en 95 pacientes (90 mujeres y 5 hombres). En la mayoría de funcionamiento físico y social elementos, los grupos 2 y 3 puntuaron significativamente peor que la población general. Por otra parte, ninguno de los grupos diferían de la población en general cuando se comparan los elementos mentales. La duración del dolor fue	Los pacientes con dolor TTM menos de una puntuación de año mejor que en comparación con la norma de la población. Con una mayor duración del dolor, las puntuaciones de salud mental y limitaciones de rol por problemas emocionales no parecen ser gravemente afectadas por la salud física reducida, mientras que el funcionamiento social parece ser considerablemente afectados.	Transtorno Temporo mandibular

		población general, y para evaluar en qué medida la duración del dolor afecta a la CVRS.	(GHQ). Con el fin de examinar la influencia de la duración del dolor en la CVRS, la muestra total se dividió en tres subgrupos diferentes. Subgrupo 1 formado por pacientes con quejas existentes de menos de un año. Los pacientes con quejas de 1 a 3 años fueron asignados al segundo grupo. La tercera subgrupo incluyó a pacientes con quejas de más de 3 años.	significativamente e correlacionada con el SF-36, sub-escala de funcionamiento físico y la alteración mandibular.		
31	Antecedents of Burning Mouth	Somatización	En este estudio, 45	Una Prueba	Recientemente, la presencia de un	Estomatitis oral

	Syndrome (Glossodynia)- Recent Life Events vs. Psychopathologic Aspects	refleja angustia que surge de las percepciones de disfunción corporal. () el objetivo de este estudio es conocer trastorno obsesivos-compulsivos, y acciones que experimentan el SBA DEBIDO A FACTORES psicológicos.	pacientes CON BMS con 45 años, donde se tuvo encuesta sexo, origen étnico, estatus socio-económico-educación, fueron evaluados para el control de su perfil psicopatológico de la existencia de acontecimientos vitales recientes. Todos los sujetos fueron solicitados para completar el cuestionario SCL-90 y un cuestionario de los cambios recientes de vida.	MANOVA para evaluar el efecto global del grupo fue significativa en el nivel de 0,0001. No se observaron diferencias entre los grupos se han encontrado eventos de la vida reciente. Los datos sugieren que, aunque Pacientes con SBA están sujetos a estrés psicológico elevado, inicio de los síntomas SBA no está necesariamente correlacionada con los eventos estresantes de la vida.	componente psicológico en el síntoma de los pacientes BMS ha sugerido, como elevación de la ansiedad, la depresión, en las reacciones somáticas para el estrés, en el neuroticismo, y en los trastornos psiquiátricos	Dolor Cavity oral parestesia
32	M.K.A. VAN SELMS-F, LOBBE-dolor cráneo	Establecer si el estrés experimentado o puede	El caso se lleva a cabo en una mujer de 53 años la cual	El dolor puede ser explicado por las variaciones	El estudio del caso presentado corroboró el paradigma que	Estrés electro migración dolor craneo mandibular

	mandibulares para funcionales orales y el estrés psicológico en un caso de estudio longitudinal-journal of oral rehab 2004 vol 34 738-745 Craniomandibular pain, oral parafunctions, and psychological stress in a longitudinal case study	estar relacionado con apretar los dientes durante el día y a su vez a la noche y mañana	reporta dolor a nivel de la mandíbula moderado, por lo cual lleva dos años reportando dicha sintomatología al despertar y masticando. A medida a la pact, nota dicha persistencia se inscribe en una de 13 semanas protocolo de estudio. Las primeras 2 fueron sin ningún tipo de TTO para las 11 semanas restantes se hace instrumentación para utilizar un aparato con regularidad	durante el día apretando alrededor de 56%tensiones experimentadas 30/23% valores mínimos de tensión que reporto fueron 5-10%	experimenta el estrés con apretamiento de los dientes en las mañanas y dolores musculares	para- funciones orales
33	ABUBRE Y SHEILAM BELINDA NICOLAV- evaluación de los factores sociales	Identificar procesos que conecten los factores psicosociales y la inmuno	Factores conductuales están influidos por las condiciones sociales. Las	Los modelos de enf. Periodontal buscan un grupo específico de agente patógeno	Hay una clara asociación entre las enfermedades periodontales y el estrés, la angustia, y las conductas de	Enf. Periodontal, factores sociales, factores psicológicos,

	y psicológicos en la enfermedad periodontal- Journal periodontology vol 14-2006 118-131	competencia con la salud periodontal	personas responden al estrés psicológico y a las circunstancias adversas; fumando, consumiendo alcohol en exceso, comiendo compulsivamente y tabaco, donde los factores socio económicos también afectan y de esta manera dichas rta afectan al organismo	relacionado con dicha evolución de la enfermedad que sería el aspecto social psicológico	afrontamiento reunidos en algo llamado aspectos psicosociales socio-económicos	fumador
34	Dr. JOHN MT. WASELL RW. HINZ los perfiles psicosociales en pacientes con diagnostico de trastorno temporomandibular-Eur-J-oral 2008-244-116-237	Examinar si los perfiles de las partes psicosociales difieren en la ubicación de dolor en los músculos masticatorios temporomandibulares	Los sujetos del estudio fueron tomados de 491 adultos consecutivos. Los 491 se atendieron según la versión. El dolor y la depresión se evaluaron mediante	Muestra que la edad de los pacientes en cada uno de los subgrupos (3) del estudio fue entre 37.5 y 42.0 años y sin diferencias. La puntuación media de la intensidad de	Este estudio demostró que la situación psicosocial de los pacientes con trauma temporomandibular cuando se utiliza buen instrumento nos ayuda a definir la localización del dolor	Depresión dolor

	Psychosocial profiles of diagnostic subgroups of temporomandibular disorder patient		Glessen-test (6 puntos) y los factores de comportamiento fueron de gran evolución	dolor actual medida utilizando analógica visual-no difieren significativamente		
35	DANIELA MANFREDINI FRANK LOBBEZOO Papel de los factores psicossociales en la etiología del Bruxismo J. oral FAC pain 2009 153 - 166 Role of Psychosocial Factors in the Etiology of Bruxism	Identificar estudio o propuestas donde se hable del estrecho relación entre bruxismo y psicomatización	Se realizó una búsqueda sistemática nacional de medicina de la base de datos de Pubmed, donde se halló estudios revisados en la literatura inglesa abordando la relación de factores (Bruxismo y Psicozomático) utilizando cuestionarios, entrevistas e instrumentos de laboratorio.	Total de 45 documentos pertinentes se tomaron con una estrategia de búsqueda que combinando la expresión Bruxismo con estrés, ansiedad, depresión, psicológico	Se encontró que muchos aspectos están relacionados con los trastornos TM, como apretar los dientes en momentos de desespero lo pudimos analizar en los estudios encontrados	Estrés, depresión sensible psicológico
36	KATAYOUN SIM F NASERRU Estudio de la relación de los	Evaluar la existencia de una asociación	114 participantes entre 12 – 14 años	entre los 2 grupos difieren algunos	El apoyo a una existencia de una asociación entre el bruxismo y los	Adolescentes antisociales bruxismo conducta

	<p>trastornos psicosociales de Bruxismo en adolescentes J. INDIAN SOC – PEDOD PREVENT DENT SUPLEMENTO 2008 Study of the relationship of psychosocial disorders to bruxism in adolescents</p>	<p>entre el Bruxismo y lo psicosocial en los adolescentes</p>	<p>estudiantes. Se dividieron en 2 grupos Bruxomanos, sobre la base de los criterios de validación clínica y la entrevista con pacientes, algunos excluidos de trastornos T.M.</p>	<p>aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La prevalencia psicosocial trastorno de conducta, trastornos psicosociales antisociales, identificados por el YSR fueron mas altos revelo que un Bruxador adolescente tiene 16 veces mayor la probabilidad la transformamos psicológicos 	<p>trastornos psicosociales se han proporcionado</p>	
37	<p>SAMES A DANIEL M Prevalencia de trastornos psiquiátricos en un grupo de PCTO adultos que buscan atención dental general Volúmenes 41 mayo 2010 QUIENTESSENC</p>	<p>Determinar la prevalencia de trastornos psiquiátricos en pacientes adultos durante la consulta</p>	<p>Se aplicaron cuestionarios en 442 partes seleccionados al azar que presentaron al examen en la virginia; escuela de odontología fue revisado por un historial positivo de</p>	<p>Veinte por ciento tenia un historial positivo de un trastorno psiquiátrico el trastorno mas común para ambos sexo fueron depresión donde un 50% hombres y un</p>	<p>Un numero significativo de pacto dentales tienen un trastorno psiquiátrico debido a que estos trastornos pueden afectar a la respuesta ante un TTO dental</p>	<p>Ansiedad, depresión, psiquiatría trastorno</p>

39	EC RESTREPO INTERNATIONAL Prevalence of Bruxism in patients with generalized anxiety disorder and occlusal problems	El objetivo de este es comparar el patrón de personalidad, el nivel de ansiedad y los trastornos T.M. entre	SU* sujeto con edades entre 8 – 11 años, donde 26 fueron clasificados bruxistas el resto No, donde se evaluaron se van la academia americana de medicina del sueño.	750 niños fueron analizados con el estudio de T – TEST prueba exacta de Fisher. Fue un análisis multivariado	El perfil de la personalidad parece ser fuertemente asociado con el comportamiento del Broxismo en niños. Los resultados del	Rasgos, Personalid Ansiedad Bruxismo
38	MICHELLE REYES-MEDINA BRUXISM Mediterranean Journal of Dental Psychiatry and Behavioral Science 2008;14(2) Personality and stress and bruxing behavior in a group of children with bruxing behavior	El propósito del presente estudio de revisión es diferenciar entre los viejos sentimientos y conocimiento a lo que se ha venido desarrollando	Se llevo a cabo también por cuestionarios de personalidad y escalas dirigidas a los padres por factores genéticos, socioeconómicos, lo cual ha permitido una	Varios de los rasgos por las bruxistas tuvieron asociado con periodontitis relacionada con la tensión y la ansiedad y más relacionados con trastorno T.M.	En este estudio importante se relaciona entre los rasgos de personalidad y el periodo de salud T.M. aquellas personas que los aspectos económicos, personales, es bueno colaborarles durante la consulta;	Adolescentes
40	E.R. VICKERS H BOOCOCK El dolor crónico	Dar un seguimiento a los	Un total de 415 cuestionarios para morbilidad psicológica. 238 reportan dolor orofacial por crónicos por 175 controles.	El grupo de dolor crónico reporta un gran nivel de sentirse triste o miserable acá se encuentran desempleados	Los cambios negativos de la personalidad debido al dolor eran claramente evidentes con irritabilidad, triste, depresión	Dolor crónico, orofacial, problemas estrés, estabilidad
	orofacial esta asociado con problemas psicológicos, cambios en la personalidad una comparación a la	informes de estudio sobre la presencia por severidad de la morbilidad psicológica	las Respuesta			

	población en general. Australian Dental Journal 2005	por cambios de personalidad asociada con enfermedad crónica, dolor orofacial	de cambio de personalidad fueron analizadas donde se tuvieron encuentras aspectos psicológicos socioeconómicos situación laboral			
41	CLARK .D,How understanding psychiatric illness can help clinicians provide optimal oral health care. J dent,Higiyene 2009; 43, no.3: 101–106 101 Como comprender la enfermedad psiquiátrica que puede ayudar a los médicos a proporcionar una óptima salud oral.	El propósito de este artículo es proveer de parte del higienista dental una comprensión de la enfermedad psiquiátrica y destacar los resultados orales que con frecuencia se manifiestan en esta población	La enfermedad psiquiátrica y la enfermedad dental se ven como dos de los problemas de salud más frecuentes de la sociedad hoy. De hecho, las estadísticas actuales demuestran a una de cinco personas en Norte América sufrirá de una cierta forma de enfermedad psiquiátrica en un cierto punto durante su	Uno de los principios fundamentales de cualquier profesional de la salud oral es la relación del profesional-paciente obtener confianza, respeto, y educación; y estos factores son importantes en el tratamiento para los pacientes diagnosticados con una enfermedad psiquiátrica el	La combinación de farmacoterapia, la psicoterapia y un buen tratamiento en los pacientes está intentando entender y hacer mejor frente a su enfermedad psiquiátrica. Alternadamente, esto promoverá una interacción y una reintegración más positivas y más progresivas dentro de la sociedad en conjunto. El higienista dental puede también contribuir a este	Enfermedades Psicosomáticas Boca ardiente y xerostomía.

			<p>tiempo de vida, mientras que actualmente se cree que la gente puede tener una vulnerabilidad genética a muchos problemas psiquiátricos, es a menudo un factor que implica tales experiencias de la vida como pérdida, comprobación/a busos sexuales, trauma y abuso de sustancia que se considera como el acontecimiento de la precipitación en la manifestación de una diagnosis psiquiátrica.</p>	<p>higienista dental debe realzar el amor propio de una persona diagnosticada con una enfermedad.</p>	<p>proceso de la rehabilitación.</p>	
42	<p>10.M. Okamura, A. Yoshida, J. Saruta Yy Cols; Effect of bruxism-</p>	<p>El objetivo de este estudio fue determinar si</p>	<p>44 voluntarios adultos sanos, se recolectaron muestras de</p>	<p>Estos pacientes aparentemente tenían problemas</p>	<p>Este estudio demuestra la posibilidad de evaluar los niveles</p>	<p>Estrés Bruxismo</p>

	<p>like activity on the salivary Chromogranin A as a stress marker. Stomatologie (2008) 105: 33–39 DOI 10.1007/s00715-008-0049-6</p> <p>Efecto de la actividad bruxismo-como en la saliva una Cromogranina como un marcador de estrés</p>	<p>la medición salival cromogranina A (CgA) es útil para evaluar los distintos niveles de estrés y si bruxismlike actividad influye en el nivel CgA salivales.</p>	<p>saliva con y sin una condición de estrés (fuerte desagradables sonido). Hemos analizado muestras de saliva con un ELISA para determinar el contenido de CGA. Se investigó también el efecto de la actividad-como el bruxismo en la producción salival CgA durante el estrés.</p>	<p>conscientement e de manejo de estrés psíquico.</p>	<p>de estrés de las personas mediante la medición de la saliva CGA.</p>	
43	<p>OSCAR RANGEL URREA, NOHORA BARRERA- algoritmo para el diagnostico diferencial del trastorno por somatización en cuidado medico primario- rev. fac. med. 2009; 57=334-346.</p>	<p>Determinar el diagnostico diferencial de trastornos por somatización en cuidado medico primario y plantear un algoritmo para su abordaje.</p>	<p>Se realizo búsqueda en las bases de datos Pubmed, Lilacs y Pubindex, combinando las palabras claves somatoform disorders and diagnosis diferencial, con 968 resultados al agregar and</p>	<p>Existen varias enfermedades crónicas que al comprometer varios órganos y sistemas causan síntomas inespecíficos semejantes al trastorno o por somatización</p>	<p>El diagnostico de trastorno por somatización en cuidado medico primario a pesar de ser altamente complejo permite mediante el uso de este algoritmo orientar mejor la intervención del medico general</p>	<p>Historia, trastornos, atención primaria.</p>

			primary Elath care, con 62 resultados; donde se leyeron títulos y resumen, donde se escogieron los artículos relacionados con el objetivo			
44	<p>STERBERG.T,G UNNAR.C, Relationship between symptoms of temporomandibular disorders and dental status, general health and psychosomatic factors in two cohorts of 70-year-old subjects. Accepted 18 January 2007.</p> <p>Relación entre síntomas de desordenes temporomandibular</p>	Estudiar los síntomas de desordenes temporomandibulares según la edad del paciente.	Dos cortes de pacientes de 70 años, de edad nacidos en 1922, y 1944 fueron examinados en un intervalo de 8 años. Quienes indicaron desordenes temporomandibulares por medio de encuestas realizadas.	No hubo ninguna diferencia. Estadística en síntomas como: dolor de cabeza, dolor de cuello y habilidades para masticar.	Aparte de los sonidos encontrados en la ATM en el 14%, otros síntomas de desordenes temporomandibulares se reportaron por los pacientes de 70 años y quejas psicomaticas en mujeres asociado a problemas dentales como bruxismo.	Desordenes temporomandibulares, Bruxismo.

	ares, status dental y salud general factores psicomaticos en 2 cortes en personas de 70 años de edad.					
45	<p>HENNIGSEN.P,Z IMMERMANN.T; Medically Unexplained Physical symptoms, Anxiety, and depression : A Meta Analytic Review. Psychosomatic Medicine 65;528-533(2003).</p> <p>síntomas físicos, la ansiedad y la depresión: Un meta analítico de revisión. Medicina Psicosomática.</p>	<p>Revisar y comparar con metodos metaanalíticos estudios observacionales en la asociación inexplicable medica de síntomas físicos ansiedad y depresión que influyen en diferentes síndromes funcionales somáticos.</p>	<p>Se utilizó una estrategia de búsqueda restringiendo la literatura para esta investigación desde 1980 en adelante. La información electrónica fue MEDLINE, PsyncINFO y PSYINDEX fueron buscadas sin restricciones de idioma, 37 autores ayudaron con sus artículos publicados, la lista de referencia de los estudios seleccionados fue revisada para estudios</p>	<p>La asociación de de los 4 síndromes funcionales fueron de magnitud moderada pero altamente significativos y estadísticamente comparados con un grupo de personas sin ninguna patología y un grupo control de personas con desordenes médicos y patologías organicas</p>	<p>La integración metaanalítica confirma que los 4 síndromes funcionales somáticos, están relacionados, pero no completamente dependientes de la depresión y la ansiedad. En la actualidad hay evidencia limitada de estudios metaanalíticos para el mismo tipo de asociación con síntomas físicos inexplicables medicamente.</p>	<p>Síndromes somáticos funcionales, somatización, Depresión y, ansiedad</p>

			<p>mas adelante. Se enfocaron especificamente en 4 síndromes somáticos funcionales : IBS irritable bowel síndrome, NUD nonuleer dispepsia, FM fibromyalgia, CFS chronic fatigue síndrome</p>			
46	<p>Maria Sueli Marques Soares, Y COLS Asociación de síndrome de boca ardiente con xerostomía y medicamentos, Medicina y Patología Oral / Oral Medicine and Pathology, Recibido / Received: 28-05- 2004</p>	<p>Identificar factores de riesgo para el síndrome de boca ardiente (SBA) a través de estudio de casos y controles.</p>	<p>Se realizó análisis cuantitativo del flujosalival total en reposo y estimulado; se registraron la xerostomía subjetiva, el consumo de medicamentos y los estados psicológicos de ansiedad y depresión en 40 pacientes con SBA y 40 controles</p>	<p>El análisis ANOVA mostró diferencias significativas en las medias del número de medicamentos/día , número de medicamentos xerostomizantes /día, xerostomía subjetiva, ansiedad y depresión, entre los grupos estudiados. No se observaron diferencias significativas en las tasas de flujo salival en</p>	<p>Según los resultados de este estudio, se puede afirmar que el consumo de hipotensores y diuréticos fue un factor de riesgo para el Padecimiento del SBA. La función de las glándulas salivales en los pacientes con SBA no está deteriorada.</p>	<p>Síndrome de boca ardiente, flujo salival, xerostomía, hiposalivación, medicamentos.</p>

				<p>reposo y estimulado. El análisis de asociación Oddsratio determinó asociación del SBA con xerostomía y con el consumo de hipotensores y diuréticos.</p>		
47	<p>Vlaho Brailo 1, Vanja Vuèiæeviaè-Boras 1, Iva Z. Alajbeg 2, Ivan Alajbeg 1, Josip Lukenda 3, Marko Æurkoviaè 1</p> <p>Oral burning symptoms and burning mouth syndrome-significance of different variables in 150 patients Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2006;11:E252-5.</p>	<p>El objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia real de la "verdadera "BMSen comparación con otros pacientes con síntomas de ardor con aspecto clínicamentesanos de la mucosa oral y luego comparar los "verdaderos" pacientes con SBA con</p>	<p>Diseño del estudio: En 150 pacientes con síntomas de ardor de la mucosa oralclínicamente sana, las investigaciones locales y sistémicas, se llevaron a cabo y queincluy e la detección de la infección por Candida, la tasa de flujo salival, presencia degalvanismo oral y los hábitos parafuncionales, así como el</p>	<p>Nuestros resultados muestran que la gastritis eran significativamente más presentes entre los "verdaderos" pacientes con SBA y que también significativamente mayor ingesta de ansiolíticos, en comparación con el grupo control.</p>	<p>Nuestros hallazgos podrían conducir a la conclusión de que todos los "verdaderos"paciente BMS deben ser remitidos al gastroenterólogo y el psiquiatra.</p>	<p>Síndrome de boca ardiente, gastritis, ansiolíticos</p>

		los controles sanos con respecto a la gastritis y el consumo de ansiolíticos y los inhibidores de la enzima.	recuento completo de sangre, la ferritina sérica, los niveles de glucosa en suero, los anticuerpos séricos a <i>Helicobacter pylori</i> junto con la historia clínica detallada, con especial atención a la ingesta de medicamentos. Después de "verdad" a los pacientes BMS fueron identificados que han sido comparados con los controles con respecto a la presencia de gastritis y la ingesta de ansiolíticos y los inhibidores de la enzima			
48	<i>Dafne Patrícia Cerchiari</i> ¹ , <i>Renata Dutra de Moricz</i> ² ,	El objetivo de esta revisión es proporcionar	En 1994 Lamey et al. ⁷ , en un intento de grupo diferente	Las alteraciones en el contenido de la saliva	Una cuidadosa historia clínica, un examen físico general,	Boca ardiente Etiología,

	<p><i>Fernanda Alves Sanjar</i>³, <i>Priscila Bogar Rapoport</i>⁴, <i>Giovana Moretti</i>⁵, <i>Marja Michelin Guerra</i>⁶</p> <p>Burning mouth syndrome: Etiology Rev Bras Otorrinolaringol 2006;72(3):419-24.</p>	<p>ar una visión general de las posibles etiologías de BMS, agrupándolos en cuatro grandes grupos para una mejor comprensión (gráfico 2): locales, sistémicos, boca emocional y el dolor idiopático. Sobre la base de la diferencia diagnóstica de este síndrome, se propone un protocolo de para manejar a estos</p>	<p>tipos de pacientes, divididos en tres el síndrome tipos (Gráfico 1): Tipo 1 (35%), definido por el dolor todos los días en que los síntomas están ausentes al despertar pero poco a poco aumento de la intensidad a medida que avanza el día, sin relación con condiciones psiquiátricas. Tipo 2 (55%) se define por la constante dolor de día y de noche, estos pacientes están muy ansiosos. Tipo 3 (10%) se define por un dolor intermitente, con dolor gratis</p>	<p>se han detectado tales como un mayor contenido de potasio, proteínas y fosfatos, lo que hace la saliva espesa y pegajosa. Otro síntoma importante es hipogeusia o disgeusia, en los que los pacientes se quejan de la persistente metálico, salado o amargo taste 3. Los pacientes buscar la ayuda de una variedad de especialistas médicos, incluyendo dentistas, especialistas en ORL, y dermatólogos, y probar una</p>	<p>un examen detallado de la boca y orofaringe son obligatorias para evitar el tratamiento de prueba y error de este síndrome</p>	
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

		pacientes	intervalos, se producen en lugares no habituales, tales como el suelo de boca y la orofaringe posterior, en este tipo existen una relación entre el dolor y el tipo de alimento ingerido como así como los alérgenos.	gama de terapias, la más común de lo que son: corticoides, analgésicos, antibióticos, estrógenos, retinoides y psicotrópicas drogas		
49	Francesco Chiappelli, PhD Olivia S. Cajulis Psychobiologic views on stress-related oral ulcers Oral pathology Volume 35, Number 3, 2004	Conocer e identificar las úlceras en boca más conocida como estomatitis aftosa	Las llagas aparecen como recurrentes, úlceras autolimitada de la mucosa no queratinizada oral y orofaríngea, se usualmente menores, úlceras poco profundas y dolorosas a menos de 5 mm de	La percepción del estrés puede ser interpretado por el paciente en un 'Ariet' de los medios y pueden ser evaluados y verificados por métodos simples en la práctica por el interesado profesional, y con la UEO-	Los médicos podrían aumentar la información clínica acerca de sus pacientes con RAS o OLP con los datos sobre su respuesta de carga alostática por medio de esta prueba sencilla administrada por el personal de asistencia	carga alostática, Planus orales, estomatitis aftosa recurrente, el estrés

			<p>diámetro, y por lo general se curan en 10 a 14 días (menor RAS). Las úlceras grandes pueden repartidas en la mucosa oral TBE, sanan en un período de semanas, y en realidad deja importantes cicatrices. El diagnóstico diferencial exeludes sistémica asociada trastornos, como la enfermedad de Behcet y complejo aftosis variantes, tales como acutum vulvar ulcus, la boca y las úlceras genitales con síndrome de cartílago inflamado.</p>	<p>caracterizado simple instrumentos disponibles para este propósito.</p>	<p>dental a cada visita. Con un costo mínimo o de riesgo, los médicos podría obtener nueva información sobre el estado sistémico de la salud de los pacientes TBE, para el beneficio final tbei</p>	
--	--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

			<p>fiebre, aftosis. faringitis, y el síndrome adenitis.</p> <p>y neutropenia y citopenias.</p> <p>. La fase prodromica de RAS. reconocido por la mayoría de los pacientes, consiste en un breve período de unos pocos días antes de la aparición de úlceras, como así como la percepción de estrés.</p>			
50	<p>Mari-Paz Minguez-Sanz 1, Cesar Salort-Llorca 2, Francisco-Javier Silvestre-Donat 1,3</p> <p>Etiology of burning mouth syndrome: A review and update</p>	<p>Aunque la causa de BMS no se sabe, una asociación compleja de la diversidad biológica y los factores psicológicos ha</p>	<p>Un PubMed / Medline se utilizó para identificar artículos que describen las distintas hipótesis respecto a la etiología del SBA, así como los datos psicológicos</p>	<p>Una revisión y actualización se hace de las distintas hipótesis sobre la etiología del SBA (psicógena factores, trastornos hormonales, alteraciones neuropáticas, dolor fantasma)</p>	<p>Investigación a fondo es necesaria para aclarar los mecanismos etiopatogénicos del SBA y sus desencadenantes factores, a fin de desarrollar estrategias de gestión eficaz y personalizada que</p>	<p>Oral dolor, etiología, factores psicógenos, neuroinflamatorios, neuroplasticidad, la síndrome de la boca</p>

	<i>Journal section: Oral Medicine and Pathology Publication Types: Review</i>	sido identificado, lo que sugiere la existencia de una etiología multifactorial.	os y anatómicos en los que tales hipótesis son fundamentada.	neuroplasticidad, y de la neuroinflamación), con el fin de todo el mundo el establecimiento de relaciones posibles entre ellos.	se puede extender a los pacientes en cada BMS diferentes subgrupos	
51	Dr. Nesim KUĞU1, Dr. Gamze AKYÜZ1, Dr. Orhan DOĞAN2 Yanan Ağz Sendromu ve Depresyon: Bir Olgu Sunumu Türk Psikiyatri Dergisi 2002; 13(3):232-237	Identificar como el estrés influye en una patología, boca ardiente	Presentamos un paciente varón de 63 años de edad, con los principales síntomas de depresión, que se caracteriza por el destacado somático síntomas localizados sobre todo alrededor de la boca, cuya queja comenzaron justo después de una operación de próstata. La sintomatología que consiste en la	El inicio se informó de que se presentaron gradualmente para la mayoría de los temas, aunque muchos relacionar la aparición de los síntomas anteriores a la odontología procedimientos o de una enfermedad anterior. Quemadura síndrome de la boca tiene una etiología multifactorial. Ansiedad desorden, la	La mayoría de los pacientes que sufren del síndrome durante mucho tiempo, que van desde meses hasta años.	Ansiedad desorden, la hipocondría, el trastorno de conversión y especialmente la depresión

			<p>quemadura en la boca, dolor y sequedad en la boca (xerostomía), una sensación desagradable y extraña sabor y picor, son consistentes con la boca ardiente síndrome.</p>	<p>hipocondría, el trastorno de conversión y especialmente la depresión puede ser considerado entre los factores psicológicos responsables de esta situación. Es bien sabido que los pacientes tenían un porcentaje relativamente alto de trastornos psiquiátricos o tratamiento psicológico en el pasado y / o presente. Después de exclusión de factores orgánicos, la depresión debe ser considerada en pacientes de</p>		
--	--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

				edad con la boca predominantemente quejas.		
52	<p>Miho Takenoshita1 Tomoko Sato1 Yuichi Kato1 Ayano Katagiri1 Tatsuya Yoshikawa1 Yusuke Sato2 Eisuke Matsushima3 Yoshiyuki Sasaki4 Akira Toyofuku1</p> <p>Psychiatric diagnoses in patients with burning mouth syndrome and atypical odontalgia referred from psychiatric to dental facilities Neuropsychiatric Disease and Treatment 2010;6:699–705</p>	<p>Para analizar el diagnóstico o psiquiátrico de los pacientes con dolor crónico oral, con diagnóstico de BMS y AO, y se refirió a los establecimientos psiquiátricos a los servicios dentales.</p>	<p>Los diagnósticos psiquiátricos y las condiciones de la enfermedad de BMS o AO fueron investigados en 162 pacientes mediante la revisión de registros médicos de los pacientes y las formas de referencia. Diagnósticos psiquiátricos se categorizaron según la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Afines Problemas de Salud, Décima Revisión.</p>	<p>La proporción de clasificación F4 (trastornos neuróticos, relacionados con el estrés y somatomorfos) en pacientes con AO fue significativamente mayor que en pacientes con SBA. Pacientes con SBA eran más con frecuencia a clasificar F3 (estado de ánimo / trastornos afectivos). Sin embargo, el 50,8% de los pacientes con BMS y el 33,3% de los pacientes con AO no tenía un</p>	<p>Aunque BMS y AO son los trastornos de dolor crónico que ocurren en la ausencia de causa orgánica, el diagnóstico psiquiátrico de los pacientes con SBA y AO difieren sustancialmente.</p>	<p>glosodinia, esomatodinia, CIE-10, el trastorno somatomorfo</p>

				diagnóstico psiquiátrico específico.		
53	<p>Qianming Chen,1 Juan Xia,2 Mei Lin,1 Hongmei Zhou,1 and Bingqi Li1 Serum Interleukin-6 in Patients with BurningMouth Syndrome and Relationship with Depression and Perceived Pain Hindawi Publishing Corporation Mediators of Inflammation Volume 2007, Article ID 45327, 4 pages doi:10.1155/2007/ 45327</p>	<p>Para examinar la alteración de suero de interleucina-6 y su importancia clínica en el síndrome de boca ardiente (SBA) de los pacientes.</p>	<p>48 pacientes con SBA y 31 controles sanos participaron en el estudio. Serum interleukin-6 fue medida por medio de ELISA. Escala de Hamilton de depresión (HRSD) y la escala visual analógica (EVA) se utilizaron para evaluar el estado depresivo y el dolor. Los niveles de los sujetos, respectivamente.</p>	<p>15 (31%) pacientes presentaron síntomas depresivos importantes (HRSD 16). HRSD puntuaciones de los pacientes fue significativamente mayor que los controles y positivamente correlacionada con los valores de la EVA (p = 0,002). Interleucina-6 en suero de los pacientes fue mucho menor que los controles y negativamente correlacionada con sus valores VAS (P = 0,011). Sin embargo, no mantiene relaciones signifi</p>	<p>Suero de interleucina-6 en pacientes con boca ardiente. El síndrome se reduce y se correlacionó negativamente con el dolor crónico. Ambos trastornos psicológicos y neuropático pueden actuar como precipitantes factores en la etiopatogenia de BMS.</p>	<p>Síndrome de boca ardiente, dolor crónico</p>

				cativas se encontraron entre la interleucina-6 y HRSD puntuaciones (P = 0,317).		
54	<p>Maria F. Palacios Sánchez (1), Xavier Jordana Comín (2), Carlos E. García Sívoli (</p> <p>Síndrome de boca ardiente: Estudio retrospectivo de 140 casos en una muestra de la población catalana</p> <p><i>Burning mouth syndrome: A retrospective study of 140 cases in a sample of catalan population</i></p> <p>Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2005;10:388-93.</p>	<p>El objetivo del presente estudio es establecer las relaciones entre el síndrome de boca ardiente (SBA) y las siguientes variables: edad, sexo, depresión, depresión enmascarada , cancerofobia, sensación de boca seca, sensación de cuerpo extraño y quemazón, contribuyend</p>	<p>Se estudian 140 historias clínicas de pacientes diagnosticados con la enfermedad y 140 historias clínicas de pacientes control. Los datos fueron analizados estadísticamente para examinar las relaciones y frecuencias de las variables y la enfermedad.</p>	<p>Los resultados obtenidos servirán para entender mejor las posibles relaciones de los factores etiológicos y clínicos estudiados con la enfermedad, así como el desarrollo del SBA y sus implicaciones en la población catalana.</p>	<p>En este sentido, es necesario estudiar las posibles relaciones con otras variables tanto sintomáticas y etiológicas, aspecto éste último que nos permitirá interpretar con mayor detalle el comportamiento epidemiológico de esta patología, especialmente, en el área de Catalunya, de donde proceden los datos epidemiológicos.</p>	<p>edad, sexo, depresión, depresión enmascarada , cancerofobia, sensación de boca seca, sensación de cuerpo extraño y quemazón</p>

		o, así, al estudio epidemiológico de esta enfermedad en Cataluña.				
55	Pia López-Jornet, Fabio Camacho-Alonso, Paz Andujar-Mateos, Mariano Sánchez-Siles, Francisco Gómez-García Burning mouth syndrome: Update Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2010 Jul 1;15 (4):e562-8.	(SBA), es condición que se caracteriza por una sensación descrita por el paciente como picazón, quemadura que afecta a la mucosa oral, en ausencia de los datos clínicos o de laboratorio para justificar estos síntomas. Es como un dolor crónico orofacial, aco	Este estudio revisa la literatura sobre este síndrome, con especial referencia a los factores etiológicos que pueden estar implicados y los aspectos clínicos que presentan. Los criterios diagnósticos que se deben seguir y terapéuticos de la gestión se discuten con referencia a los estudios más recientes.	Es importante informar a los pacientes sobre la naturaleza de la enfermedad para que puedan entender su patología	En la actualidad, además de la información proporcionada por el médico, que sigue siendo la principal fuente sobre la salud cuestiones, Internet se ha convertido en una importante fuente de información, con páginas web que contienen información acreditada dirigida hacia el paciente con boca ardiente síndrome.	Glosodinia, estomatodinia, etiopatogenia, tratamiento, revisión

		mpañados por la mucosa lesiones u otros signos clínicos evidentes en el exam				
56	<p>G. Mumcu1, O. Hayran2, D. O. Ozalp1, N. Inanc3, S. Yavuz3, T. Ergun4, H. Direskeneli3</p> <p>The assessment of oral health-related quality of life by factor analysis in patients with Behcet's disease and recurrent aphthous stomatitis J Oral Pathol Med (2007) 36: 147–52</p>	<p>El objetivo de l estudio era probar multidimensional propiedades de perfil de impacto en la salud oral-14 (OHIP-14) en la enfermedad de Behcet (EB) y la aftosa recurrente estomatitis (RAS) de los pacientes con úlceras bucales activas.</p>	<p>Noventa y seis BD pacientes, 28 pacientes con EAR y 117 controles sanos (HC) se incluyeron en este estudio. En pacientes con EA activa úlceras orales, la frecuencia y el tiempo de curación de las úlceras se registraron. Multidimensional propiedades de OHIP-14 fueron examinados por el factor análisis.</p>	<p>El análisis factorial reveló tres subescalas y explica 66,49% de la varianza total en estos pacientes con activos úlceras orales. La calificación de una subescala positiva fue correlaciona con la recurrencia de úlceras orales por meses ($p = 0,037$). Subescala de 3 puntuaciones de los pacientes tratados con colchicina fueron mejores que los tr</p>	<p>La estructura factorial de OHIP-14 fue resultó ser fiable y sensible a los parámetros clínicos y las modalidades de tratamiento en pacientes activos.</p>	<p>, género, úlceras orales; calidad de vida, la estomatitis aftosa recurrente,</p>

				atados con inmunosupresores (p = 0,035).		
57	Roberta Cimino, DDS Comparison of Clinical and Psychologic Features of Fibromyalgia and Masticatory Myofascial Pain Journal of Orofacial Pain 1998	objetivo de este estudio fue investigar síntomas comunes y características divergentes en la fibromialgia (FS) y miofascial masticatorio dolor (MFP) en los pacientes afectados por trastornos craneomandibulares.	Veinte y tres mujeres con MFP y 23 mujeres con FM fueron estudiadas. Todos los pacientes fueron examinados por un dentista y un reumatólogo. Trastornos Craneomandibular se evaluaron con el cuestionario de síntomas, entrevista detallada, conjunta función de examen, y el manual de la palpación de la masticación y los músculos cervicales. TBE Middle sex Hospital fue	TBE puntuaciones medias (en una escala de 0 a 4) no difieren significativamente entre los dos grupos de TBE y osciló entre 1,39 (SD 1.2) y 2.86 (DE 0.75). TBE valor medio de apertura bucal fue de 40,9 mm (SD 9.1) en pacientes MFP y 44.6 mm (DE 7,2) en pacientes con FS, mientras que el valor de TBE media de apertura pasiva fue de 49.6 mm (DE 6,0) en pacientes con MFP y 49,8	de que TBE médico debe estar alerta a TBE necesidad de realizar interdisciplinario evaluaciones en el diagnóstico de TBE y la gestión de los servicios financieros y de la imprenta multifunción.	trastornos craneomandibulares, dolor crónico, fibromialgia, síndrome de dolor miofascial

			<p>stionario se utilizó para obtener perfiles de personalidad de los pacientes de encefalitis. TBEc raniomandibular cuestionario reveló similitudes diversos trastornos en TBE dos grupos, el más llamativo de wbi ch fueron el dolor durante la mandíbula función, ruidos articulares, y bea dache. Ambos grupos musculares mal dolor a la palpación;</p>	<p>mm (SD 3.5) en pacientes con FS. Estos valores no difieren significativamente entre los dos grupos, pero que difieren de la población normal, similar a la tendencia del perfil psicológico de TBE</p>		
58	<p>Malin Ernberg, DDS Plasma and Serum Serotonin Levels and Their Relationship to Orofacial Pain and Anxiety in Fibromyalgia</p>	<p>Los objetivos de este estudio fueron, por tanto, investigar la relación entre P-5-</p>	<p>Doce pacientes con fibromialgia, 12 pacientes con artritis reumatoide, y 12 individuos sanos participaron en el estudio. Dolor m</p>	<p>La relación entre P-5-HT y S-5-HT se calculó para determinar el plasma en relación fracción de</p>	<p>Este estudio indica que un alto nivel de serotonina plasmática en relación con el nivel sérico se asocia con malestar y dolor de</p>	<p>ansiedad, fibromialgia, la serotonina, dolor visual analógica escala</p>

	<p>Journal of Orofacial Pain 2000</p>	<p>HT y S-5-HT y su relación frente a orofacial el dolor y la ansiedad en la fibromialgia.</p>	<p>medidas utilizadas Se evaluó la intensidad del dolor con una escala analógica visual, los dibujos dolor, y la influencia del dolor en las actividades cotidianas (ADL). La Spielberger Estado y Ansiedad Rasgo STA y la escala fue utilizados para la auto-evaluación de los niveles de ansiedad. Los participantes fueron examinados clínicamente, y la presión umbral de dolor (PPT) sobre el músculo masetero se evaluó, por último, la sangre venosa se recogieron</p>	<p>la serotonina (RPS). Los pacientes con fibromialgia mostraron significativamente menor de S-5'HT que los pacientes con artritis reumatoide la artritis. También mostraron significativamente mayores puntuaciones STAI y oferta de puntos de índice de los músculos orofaciales y significativamente PPT que los individuos sanos. Alto RPS se asoció con alta ADL y las puntuaciones STAI.</p>	<p>fibromialgia aumento de la ansiedad m.</p>	
--	---------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------	--

			para el análisis de P-5-HT y S-5-HT			
59	Vettore MV, Leaño ATT, Monteiro da Silva AM, Quintanilha RS, Lamarca GA. The relationship of stress and anxiety with chronic periodontitis J Clin Periodontol 2003; 30: 394-402	Este estudio de caso-control investiga la relación entre el estrés y la ansiedad con periodontitis características clínicas.	Setenta y nueve pacientes seleccionados (edad media de 46.878 años) fueron asignados a tres grupos de acuerdo con sus niveles de profundidad de sondaje de bolsillo (PPD): control de grupo (PPD $\leq 3\text{ mm}$, n=522), un grupo de prueba (por lo menos cuatro sitios con PPD $\leq 4\text{ mm}$ y $> 4\text{ mm}$, n=527) y el grupo 2 de la prueba (por lo menos cuatro sitios con PPD $\leq 4\text{ mm}$, n=530). Un criterio de inclusión del estudio requiere qu	La media de las medidas clínicas (PI, GI, PPD y CAL) obtenidos para los tres grupos, fueron: grupo control, 1.5670.32, 0.6870.49, 1.7270.54 y 2.0470.64 mm; el grupo 1, 1.5670.39, 1.1370.58, 2.6770.67 y 3.1070.76 mm, el grupo 2, 1.6570.37, 1.5470.46, 4.1471.23 y 5.0171.60 mm. Los tres grupos no difieren en cuanto a porcentaje de estrés clínicos, los resultados de la SRRS, apariencia y estado ansiedad. Frecuencia de moder	En base a los resultados obtenidos, los individuos con altos niveles de rasgo la ansiedad parecen ser más propensos a la enfermedad periodontal.	ANSIEDAD , ESTRÉS , ENFERMEDAD PERIODONTAL

			<p>e los pacientes presentaron un índice de placa (PI) con un valor igual o superior a 2 en al menos el 50% de las superficies dentales. Todos los sistemas fueron sometidos a evaluaciones de estrés y la ansiedad. El estrés se mide por el Inventario de Síntomas (SSI) y la Escala de Reajuste Social (SRRS), mientras que de la Ansiedad Estado - Rasgo (STAI) se utilizó para evaluar la ansiedad. Clínica</p> <p>medidas tales como PI, índice</p>	<p>ada CAL (4-6 mm) y moderada PPD (4-6 mm) resultó ser significativamente asociadas con las puntuaciones más altas de rasgo de ansiedad después de ajustar por datos socioeconómicos y el consumo de cigarrillos (p < 0.05).</p>		
--	--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

			gingival (IG), el PPD y el nivel de inserción clínica(CAL) fueron recogidos. La historia clínica del paciente y los datos socioeconómicos también se registraron.			
60	Dolic M, Bailer J, Staehle HJ, Eickholz P. Psychosocial factors as risk indicators of periodontitis J Clin Periodontol 2005; 32:	la investigación de corte transversal de las asociaciones entre psicológicamente y parámetros periodontales	Ciento diez pacientes 18 a 76 años de edad fueron examinados clínicamente y 57 radiográficamente en el Departamento de Odontología Conservadora de la Universidad Hospital de Heidelberg: profundidad de sondaje (PD) y nivel de inserción (PAL-V) se obtuvieron en seis sitios por diente. Pérdida de masa	Se encontró una correlación entre la pérdida ósea severa y la edad ($r=0.38$, $p=0.004$) se observaron. PAL-V y también se correlaciona con la edad ($r=0.45$ PD, $p=0.001$; $r=0.37$, $p=0.001$) y el paquete de años ($r=0.21$, $p=0.031$; $r=0.3$, $p=0.002$). Tras ajustar por edad, tabaquismo, sexo	: Los resultados dan evidencia de las asociaciones de los factores psicológicos y la enfermedad periodontal. Algunos rasgos del medio ambiente parecen estar relacionados con el más favorable el estado periodontal.	

			<p>ósea entre proximal se evaluó en 57 pacientes radiografías panorámicas. Además química y la sensibilidad del medio ambiente en general, somatización, y el consumo de tabaco se evaluaron mediante varios cuestionarios.</p>	<p>y una correlación negativa entre la química olor sensibilidad y pérdida de masa ósea, PD54mm así como PAL-V54mm se observó. Además, una correlación negativa se observó entre la sensibilidad gastrointestinal y PAL-V54 mm. El estrés psicológico se correlacionó positivamente con la pérdida de hueso.</p>		
61	<p>Solis ACO, Lotufo RFM, Pannuti CM, Brunheiro EC, Marques AH, Lotufo-Neto F Association of periodontal disease to anxiety and depression</p>	<p>Un estudio transversal se llevó a cabo para investigar si la ansiedad, síntomas de la depresión y l</p>	<p>Un total de 160 sujetos participaron en este estudio. La profundidad de sondaje y clínica nivel de inserción se registraron en</p>	<p>No hubo diferencia en la puntuación de la escala medias entre pacientes con y sin periodontitis establecida. Resultados del análisis</p>	<p>En este ejemplo, no se encontró evidencia de una asociación entre la depresión, la desesperanza, síntomas psiquiátricos y la periodontitis esta</p>	<p>Periodontal ansiedad, depresión</p>

62	<p>Johnson, and Turner, P.H.D.; SAAB, Factors DVORAN, DODAS, P.H.D. Screening for psychosocial risk factors in patients with chronic orofacial pain JADA, Vol. 135, August 2004</p>	<p>el dolor es de esperanza especialmente si se asocia con la enfermedad periodontal, es importante que el pantalla de dentista para el tratamiento de los factores psicosociales que pueden afectar el dolor del paciente, el funcionamiento y la respuesta al tratamiento, independiente del diagnóstico y los hallazgos objetivos.</p>	<p>Este estudio y también se a registrar los datos de MEDLINE para evaluar el impacto psicológico de la ansiedad, depresión y otros síntomas psiquiátricos y la desesperanza. Resultados sustanciales existían de ansiedad Rasgo de Depresión de Beck y Escala de Estados de los pacientes modificado por S en la de los factores de orofaciales cuestionario-20 y la de Beck Escala de desesperanza.</p>	<p>La regresión logística para el dolor mucoso de largo (por lo general) y la edad de inicio de la enfermedad periodontal, los factores psicológicos de los pacientes con síndrome de ansiedad (OR) 1.24, intervalo de confianza del 95% (IC) 0,33-4,78), los síntomas de depresión (OR 0.57, IC 95%: 0,15 a 2,21) y con desesperanza (OR 0.70, IC 95% 0.13-3.84), no tenían un riesgo mayor de desarrollar estableció la periodontitis.</p>	<p>La evidencia de asociación de la enfermedad periodontal con la depresión entre los pacientes con enfermedades crónicas investigadas en el poblamiento psiquiátrico, sobre todo en pacientes que indican un tratamiento del riesgo de la falta de los tratamientos están dar, y se pongan en venta a los pacientes a tratamientos sobre la base de estos factores de riesgo puede optimizar los resultados del tratamiento. Amarillo o banderas pueden ser identificados a través de fiables e instrumentos de</p>	<p>Dolor, pacientes,</p>
----	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------

					<p>detección válido. Los dentistas pueden mejorar la calidad de la atención prestada a los pacientes con orofacial el dolor a través del uso rutinario de tales medidas, y por derivación de pacientes con psicofactor de riesgo con un psicólogo o psiquiatra experiencia en la evaluación y el tratamiento de los pacientes que tiene dolor crónico.</p>	
63	R. W. PALLEGAMA*, A. W. RANASINGHE†, V. S. WEERASINGHE ‡ & M. A. M.	Este estudio probó la hipótesis de que muscular desórdenes tem	Treinta y ocho musculares relacionados temporomandibular pacientes con el trastorno, incluyendo	Los pacientes con dolor en los músculos cervicales demostrados un nivel significativamente más	Se sugiere que, o bien sujetos con psicológica angustia son propensos a los trastornos temporomandibulares,	Trastornos temporomandibulares, de cuello uterino dolor, dolor muscular masticatoria, la ansiedad, de

	<p>SITHEEQUE† Anxiety and personality traits in patients with muscle related temporomandibular disorders Journal of Oral Rehabilitation 2005 32; 701–707</p>	<p>poromandibulares pacientes con dolor muscular de cuello uterino presentan una mayor grado de mal estar psicológico en comparación con pacientes sin dolor muscular cervical y controles</p>	<p>10 pacientes con cuello uterino dolor muscular y 41 individuos sanos como controles participaron en el estudio. Estado y la ansiedad rasgo los niveles fueron evaluados con el estado de Spielberger y inventario de ansiedad rasgo. Rasgos de personalidad (extraversión, neuroticismo, psicoticismo y deseabilidad social) se evaluaron utilizando la personalidad del Eysenck cuestionario, y la intensidad del dolor se describe</p>	<p>alto de psicoticismo en comparación con los pacientes sin cuello de útero dolor muscular y los controles y significativamente un estado más alto nivel de ansiedad que los controles. Ellos también demostró una mayor intensidad de dolor en el músculo masetero y los músculos temporal en comparación con pacientes sin dolor en los músculos cervicales</p>	<p>o la angustia psicológica es una manifestación de las actuales dolores crónicos. Los presentes hallazgos la demanda más investigaciones y más amplia enfoque en la gestión, como los músculos relacionados temporomandibular pacientes con trastornos de músculos cervicales dolor fueron tanto física como psicológicamente comprometida en mayor grado en comparación con pacientes sin dolor en los músculos cervicales.</p>	<p>personalidad rasgos</p>
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------

			<p>sobre los músculos se registraron con un 100 mm escala analógica visual. El músculo relacionado temporomandibular</p> <p>pacientes con trastornos, en general, mostraron grados significativamente más altos de neuroticismo y rasgos ansiedad.</p>			
64	<p>Kiyomi Ojima¹, Nagaoki Watanabe², Naoko Narita¹ and Masaaki Narita*¹</p> <p>Temporomandibular disorder is associated with a serotonin transporter gene polymorphism in the Japanese population</p>	<p>Recientes estudios genéticos han vinculado los polimorfismos genéticos de serotonina relacionados con diversos trastornos caracterizado</p>	<p>Se investigaron tres polimorfismos genéticos relacionados con la serotonina por la investigación genómica ADN de 36 trastornos temporomandibulares (TMD) de los pacientes.</p>	<p>Un aumento significativo de más alelos (L y XL) se encontró en los pacientes con DM en comparación a los controles, tanto por el genotiporacional y el análisis de alelos-racional (ambos</p>	<p>Los factores genéticos que afectan al sistema serotoninérgico pueden jugar un papel en la patogénesis de la DM.</p>	<p>Somatización, trastorno temporomandibular.</p>

	January 2007	s por síntomas somáticos funcionales, incluyendo el síndrome de fatiga crónica, El síndrome del intestino irritable, y el trastorno disfórico premenstrual.		p<0,01 por la prueba de χ^2 y La prueba exacta de Fisher).		
65	Charles R. Carlson, MA, PhD Physical Self-Regulation Training for the Management of Temporomandibular Disorders Journal of Orofacial Pain 2001	Evaluar la eficacia a largo plazo de un breve formación para la gestión de los músculos faciales crónica el dolor. Este programa de física de	El entrenamiento físico de autorregulación se presentada por un dentista durante dos sesiones de 50 minutos, espaciados a 3 - intervalos de semana y se comparó con un tratamiento estándar	Los resultados iniciales indican que la intensidad del dolor y la interferencia de la vida del dolor se redujo en ambos grupos (p <0,001), mientras que percepción de control se incrementó (P <0,001), al igual	Los resultados apoyan el uso de la reforma de la gestión a corto y largo plazo de dolor muscular en la región facial. Estos resultados se discuten en términos de los mecanismos potenciales por los cuales el tratamiento de	dolor, dolor miofascial, la autorregulación, extraíble aparato de ortodoncia, técnicas de relajación

		<p>autorregulación (PSR) que participan principalmente formación en la respiración, la relajación postural y propiocepción re-educación</p>	<p>dentales (COSUDE) programa que incluye un piso plano aparato intraoral y autocuidado instrucciones proporcionadas por un dentista. Los participantes (n = 44) fueron inicialmente evaluados por un dentista con experiencia en el diagnóstico y tratamiento del dolor orofacial y estaban decididos a tener el dolor miofascial (Tipo 1a y 1b diagnósticos por la Investigación Criterios diagnósticos) antes de la asignación aleatoria a los PSR</p>	<p>que incisal apertura sin dolor ($p < 0,05$). A las 26 semanas de seguimiento, la grupo de PSR reportaron menos dolor ($P < 0,04$) y una mayor apertura incisal, ambos con ($P < 0,04$) y sin ($P < 0,01$) el dolor, que el COSUDE grupo. También hubo una disminución significativa ($P < 0,05$) en malestar afectivo, la somatización, los síntomas obsesivo-compulsivos, tierna sensibilidad punto, la conciencia de contacto de los dientes, y la</p>	<p>autorregulación estrategias son eficaces para el manejo de estos trastornos de dolor.</p>	
--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------	--

			o las condiciones de la COSUDE. Evaluaciones post-tratamiento de 6 semanas y 26 semanas después del tratamiento había comenzado fueron realizadas por un dentista que no era consciente de que los participantes recibieron el tratamiento.	disfunción del sueño para ambos grupos en el tiempo		
66	D Manfredini,* N Landi,* M Romagnoli,† M Bosco‡ Psychic and occlusal factors in bruxers Australian Dental Journal 2004;49:(2):84-89	objetivo de este estudio fue investigar la existencia de asociaciones entre bruxismo y los factores psíquicos y oclusal.	Los participantes en este estudio (n = 85) fueron contratados de la Sección de Odontoestomatología, Departamento de Neurociencia de la Universidad de Pisa,	En cuanto a los factores oclusales, el único muestra asociación entre bruxismo interferencias mediotrusión (p <0,05). En cuanto a investigación psiquiátrica,	Se puede afirmar que ciertos rasgos psíquicos están presentes en bruxómanos, mientras oclusal factores no son parámetros útiles para discernir bruxómanos de no bruxómanos.	bruxismo, la oclusión, la ansiedad, la depresión, la manía.

			<p>Italia. Ellos se dividieron en dos grupos, bruxómanos (N = 34) y no bruxómanos (n = 51), sobre la base de la presencia de indicadores clínicos y anamnestical del bruxismo. Todos los participantes se le aplicó dos auto-reporte de cuestionarios validados para evaluar estado de ánimo (ESTADOS DE ÁNIMO-SR) y el pánico agorafóbico (PASSR) espectros. Un número de variables oclusales (deepbite, mordida cruzada, mordida abierta,</p>	<p>diferencias significativas entre bruxómanos y controles surgido de la presencia de depresión ($p < 0,01$) y maníacos los síntomas ($p < 0,01$) en estados de ánimo-SR, y para el estrés sensibilidad ($p < 0,01$), la expectativa ansiosa ($p < 0.05$), y los síntomas tranquilidad sensibilidad ($p < 0.05$) en PAS-SR. En particular, ambos del estado de ánimo ($p < 0,01$) y ($P < 0,05$) de pánico agorafóbico síntomas parecen</p>		
--	--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

			y mediotrusión interferencias laterotrusión, deslice RCP-ICP, laterotrusión guías, caninos y molares clases) se también se registran.	espectros para diferenciar bruxómanos de los controles en los hombres, mientras que en las mujeres fuertes diferencias surgieron para el estrés síntomas de sensibilidad (p <0,05).		
67	Elizangela Bertoli, DDS, MS Prevalence and Impact of Post-traumatic Stress Disorder Symptoms in Patients with Masticatory Muscle or Temporomandibular Joint Pain: Differences and Similarities Journal of Orofacial Pain 2007	Para evaluar el trastorno temporomandibular (TTM) de los pacientes las diferencias entre los músculos masticatorios (MM) y temporomandibular articulación temporomandibular (ATM) los pacientes con dolor en la prevalencia	Este estudio incluyó a 445 pacientes. Cuestionarios psicológicos incluyen la lista de Síntomas de Entradas 90-Revisado (SCL-90-R), el Inventario Multidimensional de Dolor, el El sueño de Pittsburgh Índice de Calidad, y la Lista de verificación trast	Treinta y seis pacientes (14,9%) en el grupo MM y 20 pacientes (9,9%) en el Grupo de la ATM presentan sintomatología TEPT (P = 0,112). Se encontraron diferencias significativas entre el MM y la ATM grupo en varios dominios psicométricas, pero c	Una prevalencia algo elevada tasa de sintomatología TEPT se encontró en el grupo MM en comparación al grupo de la ATM. Significativa los niveles de disfunción psicológica al parecer vinculados con TTM pacientes con síntomas de trastorno de estrés postraumático	prevalencia, el trastorno de estrés post-traumático, disfunción psicológica, trastornos del sueño, los trastornos temporomandibulares

		<p>a depostraumático trastorno de estrés postraumático (TSP) los síntomas y evaluar el nivel de la disfunción psicológica y su relación con síntomas de PTSD en estos pacientes.</p>	<p>trastorno de estrés postraumático Civil. La muestra total de pacientes se dividió en dos grandes grupos: el grupo MM (n = 242) y el grupo de la ATM (n = 203). Cada grupo se dividió en tres subgrupos con base en la presencia de un factor estresante y la severidad de los síntomas de TEPT.</p>	<p>cuando la presencia de Sintomatología de trastorno de estrés postraumático se consideró, diferencias significativas se mantuvieron en su mayoría en los subgrupos sin TEPT. MM y Pacientes con dolor en la articulación temporomandibular "positivo trastorno de estrés postraumático", anotó subgrupos más alto en todas las escalas SCL-90-R (P <0,001) que los pacientes en los otros 2 subgrupos y lo</p>		
--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

68	<p>ALAN G. GLAROS, Ph.D.; KAREN WILLIAMS, R.D.H., Ph.D.; LEONARD LAUSTEN, D.D.S., M.S.</p> <p>The role of parafunctions, emotions and stress in predicting facial pain</p> <p>JADA, Vol. 136 www.ada.org/goto/jada April 2005</p>	<p>Los autores realizaron un estudio para examinar el grado de que parafunciones y estados emocionales predijo dolor en la mandíbula en pacientes con trastorno temporomandibular (DM) y el control temas.</p>	<p>Noventa y seis sujetos diagnosticados con miofascial dolor, dolor miofascial y artralgia, disco desplazamiento o no síntomas de TTM participado. Los autores utilizaron la experiencia de muestreo metodología para recoger datos sobre el dolor, comportamientos y las emociones. Ellos paginado temas aproximadamente cada dos horas, pero no durante el sueño. Cuando paginado, los sujetos completaron un cuestionario escrito</p>	<p>Los análisis de varianza mostraron que el grupo psicológico difirieron significativamente ($P < 0.05$) en términos de dolor, tensión muscular masticatoria, y un grupo variable de compuesto medir el tiempo y la intensidad de contacto, estado de ánimo y el estrés. Los dos subgrupos de dolor miofascial estrés puntuaron más alto en estas medidas que el grupo con el desplazamiento del disco más y el grupo control. Los autores usaron la tensión de los músculos masticatorios utilizados, el</p>	<p>conductas parafuncionales, especialmente aquellos que aumentan la tensión muscular, y los estados emocionales son buenos predictores de los niveles de dolor de la mandíbula en pacientes con DM y sujetos de control sanos.</p>	<p>Los trastornos temporomandibulares; dolor; parafunciones, angustia emocional; el estrés; muestreo experiencia.</p>
----	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

			<p>de calificación escalas de dolor en la mandíbula, tensión muscular masticatoria, tiempo y la intensidad de contacto de los dientes, estado de ánimo y nivel de estrés.</p>	<p>material compuesto variable, el estado de ánimo y el estrés para predecir Dolor en la mandíbula mediante regresión lineal. El modelo fue significativa y representaron el 69 por ciento de la varianza de dolor en la mandíbula. Debido a la tensión era tan alta correlación con el dolor en la mandíbula, el autores eliminado esta variable y recorrió el análisis. El segundo modelo también fue significativo y representaron el 46 por ciento de la varianza</p>		
--	--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

				en el dolor en la mandíbula.		
69	Turner J A, Dworkin S F, Screening for psychosocial risk factors in patients with chronic Orofacial pain Recent advances. J Am Dent Assoc. 2004;135;1119- 1125	Detección de factores de riesgo psicosocial que resulta entre los pacientes con dolor crónico orofacial.	Para identificar los artículos relevantes, se llevó a cabo dos búsquedas en MEDLINE para el período 1995 a 2002, y en nuestros archivos personales y libros. A continuación, revisaron los resúmenes de estos artículos y las de los artículos en nuestros archivos personales y libros para seleccionar aquellos a leer para esta revisión. Elegimos 43 artículos y capítulos para la inclusión de datos basado en medida de lo	Disfunción psicosocial es frecuente entre los pacientes con dolor orofacial crónico. Las banderas amarillas incluyen altos niveles de discapacidad, trastornos psicológicos, y el uso prolongado o excesivo de los opiáceos, benzodiazepina s, alcohol u otras drogas. Los autores identificaron varias fiable, válido y breve paciente cuestionarios auto- administrados que se pueden utilizar para la detección de	Hay evidencia sustancial de que la disfunción psicosocial es frecuente entre los pacientes con dolor orofacial crónico, con mayor frecuencia de TTM	Factores psicosociales

			posible-en función de su relevancia con el tema, lo reciente de la publicación, la integralidad (en el caso de artículos de revisión) y la calidad de la revista	estas banderas amarillas. Algunos de estos son los Criterios Diagnósticos de Investigación / temporomandibular Trastornos del Eje II, Alcohol Use Disorders Identification Test y sintomatología depresiva.		
70	Roberts A., Matthews J. B., Socransky S. S., Freestone P. P. E., Williams P. H, Chapple I. L. C. Stress and the periodontal diseases: growth responses of periodontal bacteria to Escherichia coli stress-associated autoinducer and exogenous Fe. Oral Microbiology Immunology	Determinar si estos efectos de crecimiento se basa en cualquiera de los mecanismos de sideróforo-guste o autoinductora	inóculo inicial de 43 organismos microbianos que normalmente se encuentran dentro del biofilm subgingival se establecieron bajo condiciones anaeróbicas. Cada cepa se volvió a inocular en un medio mínimo basado en suero y el crecimiento se evaluó mediante	Los resultados apoyan la idea de que las catecolaminas pueden ejercer sus efectos sobre los organismos subgingival iniciando autoinductora producción, o simplemente actuando de una manera sideróforo-como, recolección de	Es posible que los mecanismos de autoinductora puede jugar un papel importante en la respuesta de los microorganismos orales a las hormonas del estrés, contribuyendo así a la evolución clínica de las enfermedades periodontales asociadas con el estrés	autoinductora ; hormonas catecolaminas, la microbiología, la enfermedad periodontal, el estrés

	2005: 20: 147–153		la densidad óptica con cultivos de ensayo y control realizados por triplicado. cultivos de ensayo que se complementaron con cualquiera de nitrato férrico 50 lm.	residuos de hierro unido al medio ambiente local.		
71	Nicolau B, Netuveli G, Martin Kim J-W, Marcenes A S and W. A life-course approach to assess psychosocial factors and periodontal disease. J Clin Periodontol 2007; 34: 844–850.	Para investigar la relación entre los factores psicosociales en dos períodos de la vida y las enfermedades periodontales en mujeres adultas de Brasil.	El diseño del estudio fue un estudio transversal de 330 mujeres seleccionadas al azar de una muestra más grande de las madres cuyos hijos participaron en un estudio sobre la enfermedad oral crónica utilizando un marco de toda la vida. Cada mujer fue evaluado clínicamente por	Los altos niveles de enfermedad periodontal fueron predichas por 04 años de educación, pasado y presente de fumar, los altos niveles de disciplina paterna en la niñez y los bajos niveles de apoyo emocional en la edad adulta. La influencia de los factores de la	Los factores psicosociales en la infancia y la edad adulta se asocia con altos niveles de enfermedad periodontal en la edad adulta	principios de vida, las relaciones familiares; curso de la vida; inserción periodontal, enfermedad periodontal, los factores psicosociales, apoyo social

			<p>la presencia de la enfermedad periodontal. Una entrevista ha recogido información sobre el comportamiento socioeconómico, y los factores relacionados con la familia en dos períodos de la vida de los participantes (la infancia y la edad adulta). La variable de resultado principal fue la pérdida de inserción periodontal. Análisis de los datos utilizando modelos de regresión logística.</p>	<p>infancia no fue atenuada por las circunstancias la edad adulta.</p>		
72	<p>Newton T. Specification and analysis of the effects of coping in research on the relationship</p>					

	between psychosocial stress and periodontal disease. J Clin Periodontol 2005; 32: 1143-1150					
73	B\ Soderfeldt B Nilsson A, Attstrom S E and R. Therapy-resistant periodontitis. Psychosocial characteristics. J Clin Periodontol 1998; 25; 482-49.	El objetivo era encontrar indicios de que el modelo de esfuerzo comportamiento inmune mantiene como la comprensión del modelo explicativo TLIC tor de la enfermedad periodontal	2 grupos de pacientes fueron comparados: uno de los grupos ehissiled como respondiendo bien al tratamiento periodontal (responsive-group. R-grupo de n = 11); el otro grupo fue elassified como responder tan bien al tratamiento (NR non-responsive-group. grupo, / i = l), los factores psicológicos y somáticos fueron descritos como los obtenidos a través de	los resultados parecen ser comprensible en el contexto de una perspectiva de trastorno de estrés del sistema.	El informe destaca eontribution TIIE posible de factores de estrés en el contexto de la terapia periodontal resistentes a las enfermedades	periodontitis, el estrés, psicosocial, afrontamiento

			<p>entrevistas y pruebas psicológicas. Estos hallazgos se relacionaron con los datos clínicos documentados durante el tratamiento de los pacientes. Un análisis de regresión logística exacta multivariante se realizó en un modelo basado en variables seleccionadas de análisis bivariado (variable o de grupo). Los resultados indicaron que los pacientes del grupo NR que aparecen indicios de una mayor presión psicosocial y una personalidad más pasiva-</p>		
--	--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

			dependiente. El R-grupo patientsdisplayed una personalidad más rígida y, posiblemente, una situación menos estresante psicosocial en el pasado			
74	Vettore M, Quintanilha R. S., Monteiro da Silva A. M., Lamarca G. A., Lea A. T. The influence of stress and anxiety on the response of nonsurgical periodontal treatment. J Clin Periodontol 2005; 32: 1226-1235.	El objetivo de este estudio fue evaluar la influencia del estrés y la ansiedad sobre la respuesta al tratamiento periodontal no quirúrgico (TNP) en pacientes con periodontitis crónica	Sesenta y seis pacientes (edad media de 46,18 años) fueron asignados a tres grupos: grupo control, la profundidad de sondaje de bolsillo (PPD) 44 mm, N520, T1, por lo menos cuatro sitios con PPD X4 y 46 mm, N526, y T2, en por lo menos cuatro sitios con PPD de 46 mm, N520. El estrés, la ansiedad estado (SA) y el rasgo de	Puntuaciones de asistencia técnica fueron diferentes entre los grupos al inicio y después del TNP. TA se relaciona con la periodontitis al inicio y después del TNP. PI se asoció con la SA al inicio del estudio. La reducción de la frecuencia de 46mm CAL se correlacionó con la asistencia técnica después de ajustar por factores de	Los datos sugieren una influencia de los rasgos de ansiedad y estrés en la respuesta al TNP.	ansiedad; periodontitis crónica, el tratamiento periodontal, los factores psicosociales, estrés.

			ansiedad (TA) e índice de placa (IP), índice gingival, PPD y la pérdida de inserción (CAL) se registraron al inicio del estudio ya los 3 meses después del TNP.	confusión. Subrayó sujetos no mostraron reducción de la frecuencia de 46mm PPD (T1), 46 mm CAL 4-6mm y CAL (T2).		
75	Caio S,Diego P,Márcio L,Patricia K Psychiatric Comorbidity in Patients With Burning Mouth Syndrome , Ciência & Saúde Coletiva, 12(6):1629-1639, 2007	Describir la frecuencia de 10 condiciones clínicas entre los pacientes con CFS, (Síndrome de fatiga crónica) FM, (fibromialgia) y TMD, (desordenes temporomandibulares) comparado con el caso controles de pacientes sanos, analizando el grado en que	Los pacientes con diagnóstico de SFC(síndrome de fatiga crónica) FM,(fibromialgia) y TMD (trastornos temporomandibulares, por sus médicos fueron reclutados de clínicas, en los hospitales para el estudio previo. Los sujetos sanos del grupo control de una clínica dermatológica se inscribieron	Con pocas excepciones, los pacientes reportaron últimos diagnósticos de las 10 situaciones clínicas más allá de su referencia de diagnostico, de SFC, FM, o TMD. En contraste, eran más propensos que el grupo control, los síntomas y criterios diagnósticos para muchas de las condiciones, SFC,	Este estudio proporciona evidencia preliminar que los pacientes con CFS, (síndrome de fatiga crónica) FM (fibromialgia), y síntomas temporomandibulares (TMD), también tienen evidencias localizadas y sistémicas, condiciones que frecuentemente ocurren con estos síndromes. La investigación futura busca identificar las relaciones	Fibromialgia, -Síndrome de fatiga crónica, -Desordenes temporomandibulares.

		<p>manifiestan síntomas de cada condición, determinado por expertos</p>	<p>como grupo de comparación. Todos los sujetos completaron una lista de síntomas de 138 puntos y se sometieron a un breve examen físico realizado por los médicos del proyecto.</p>	<p>incluyendo, FM, el síndrome del intestino irritable, múltiples sensibilidades a los químicos, y dolor de cabeza generalizados el grupos de pacientes con(síndrome de fatiga crónica, 92%; FM, 77%; DTM, el 64%) en comparación con el grupo control (18%) (P, 001). Con síntomas individuales el análisis reveló que los pacientes con SFC, FM, y TTM comparten síntomas comunes</p>	<p>temporales y el mecanismo fisiopatológico para la comprensión en el tratamiento de estas enfermedades crónicas rrecurrentes.</p>	
--	--	-------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

TABLAS 3

Tabla 3.1. Liquen plano

LIQUEN PLANO				
AUTORES	AÑO	NUMERO DE PACIENTES DE CASOS Y CONTROLES	TRASTORNO PSICOLOGICO	NIVEL DE EVIDENCIA.
Soto Araya, milena, y cols	2003	TOTAL: 54 18: EAR, 9 LPO 7 SBU Control : 20	Estrés Ansiedad Depresión	II
Chaudhary, S.	2004	Grupo experimental: 41Control negativo: 73Control positivo: 36	Estrés Ansiedad Depresión	II
Shah B, cols	2008	Total: 60 30 LPB 30 sanos	Depresión Ansiedad Estrés	II
Delavarian Z, Dalirsani Z, cols	2010	46 total 31: liquen plano oral. 15 control,		II

Tabla 3.2 síndrome de boca ardiente

SINDROME DE BOCA ARDIENTE				
AUTORES	AÑO	NUMERO DE PACIENTES DE CASOS Y CONTROLES	TRASTORNO PSICOLOGICO	NIVEL DE EVIDENCIA.
Eli. M, Baht. R y cols	1994	Total: 90 Casos: 45 Control: 45	Depresión Ansiedad Somatización.	II
Chen Q,Xia J y cols	2007	TOTAL: 79 48 SBA casos	Depresión	II

		31 control		
Pia J, Camacho. A y cols	2008	Total: 120 Casos: 60 10 hombres SBA 50 mujeres SBA Controles: 60	Ansiedad depresión	II

Tabla 3.3. Trastornos temporomandibulares

TRASTORNO TEMPOROMANDIBULAR.				
AUTORES	AÑO	NUMERO DE PACIENTES DE CASOS Y CONTROLES	TRASTORNO PSICOLOGICO	NIVEL DE EVIDENCIA.
Cimino.R, Michelotti.A y cols	1998	Total 46 mujeres 23 MFP (dolor miofacial masticatorio.) 23 FM (fibromialgia)	Estrés Ansiedad Depresión histeria.	II
Ermberg M, VoogU y Cols.	2000	Total 24 12 fibromialgia 12 artritis reumatoidea.	Ansiedad Depresión	II
Aaron L. A	2000	Total 94. 25 CFS 22FM 25 TMD 22 control.	Estrés	II
Manfredini. D,	2004	Total 85	Estrés	II

Landini. N y Cols.		Casos 34 22 mujeres 12 hombres Control 51	Ansiedad Depresión	
Klècha. A, Hafiaan. H, y cols	2009	159 Casos:16 hombres 40 mujeres Control: 44 hombres 59 mujeres.	Depresión Ansiedad	II
Schmidt. J, Charles R	2009	Total. 45 23 controles 22MMP	Estrés Ansiedad (emociones fuertes)	II
Tjakkes et al. Y cols	2010	Total 95 90 mujeres 5 hombres Casos Grupo 1 (dolor menor de 1 año): 1 mujer 14 hombres Grupo 2(dolor de 1 a 3 años): 3 mujeres 13 hombres grupo 3(mayor a 3 años) 1 mujer 63	Depresión Ansiedad	II

		hombres		
--	--	---------	--	--

Tabla3.4. Estomatitis aftosa.

ESTOMATITIS AFTOSA.				
AUTORES	AÑO	NUMERO DE PACIENTES DE CASOS Y CONTROLES	TRASTORNO PSICOLOGICO	NIVEL DE EVIDENCIA.
Mumcu G, Hayran O y Cols	2007	TOTAL: 241 Casos: 96 behcer`s 28 EAR Control 117 Casos y controles psicológicos.	Depresión	II
Gallo C, Martins MA y cols	2009	Total: 50 Casos 25 ras. Control 25.	Estrés	II

Tabla 3.5. Periodontitis.

PERIODONTITIS.				
AUTORES	AÑO	NUMERO DE PACIENTES DE CASOS Y CONTROLES	TRASTORNO PSICOLOGICO	NIVEL DE EVIDENCIA.
Vettore MV,Leao ATT y cols	2003	Total 79 según profundidad de bolsa. Casos: 27 de 4 – 6 mm 30 de >6mm Control 22 de < 3mm	Estrés Depresión Ansiedad	II
Saletu A, Pirker H H y cols	2005	Total:81 Casos: 40 periodontitis 16 mujeres, 24 hombres Control: 41 18 mujeres 23 hombres	Depresión	II

TABLA 4 PROMEDIOS.

PATOLOGIA	TOTAL DE ARTICULOS	CASOS Y CONTROLES			RANGO DE EDAD	TIPOS DE PRUEBAS		
		TOTAL	MUJERES	HOMBRES		ESTADISTICA	PSICOLOGICO	DOLOR
LIQUEN PLANO	4	299	165	134	23 – 60 años	Chi – cuadrado. El Test Anova-Tukey. Mann-whitney	Test de Experiencia Reciente (T.E.R.) Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD). Tested with psychological Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI)-202 test.	La gravedad de la sensación del dolor (LEVE A SEVERO) Criteios de intensidad del dolor. Criteios de intensidad del dolor. Escala de respuesta la tratamiento (OLP) Test de spearman (evalúa la relación a la correlación entre la recuperación dado el tamaño y forma de la s lesiones y la sensación del dolor.
						ANOVA CHI- Cuadrado prueba de	HRSD (Hamilton de depresión) Demographic quuestionare wich	Test de spearman (evalúa la relación a la

SINDROME BOCA ARDIENTE	5	522	416	106	26 – 80 AÑOS.	MANOVA.	included information (situación familiar, tratamiento psicológico recibido y hospitalizaciones psiquiátricas. 90 (cuestionario psicológico que mide angustia) BUTTERWORTH Y DEARDORFF medir el miedo al dentista. Short from health survey cuestionario (SF-36) medir la calidad de vida. Oral health impac profile (OHIP – 49) los niveles de disfunción, malestar y la discapacidad asociada a trastorno orales.	correlación entre la recuperación dado el tamaño y forma de la s lesiones y la sensación del dolor EVA. Protocolo para la evaluación del dolor (WODA, NAVEZ, PICARD, GREMEAU, PICHARD-LEANDRI.
						Chi- cuadrado Mann-whitney ANOVA Kolmogorov- gsmimov	HADS (Escala que evalúa depresión y ansiedad) GHQ (cuestionario y evalua los diferentes tipos de angustia y escala de autocontrol. SR (Cuestionario del estado de animo y estilo de vida del paciente)	ADL (escala visual analoga) ESCALA DE GRAVEDAD ORIGINAL DEL DOLOR

TRASTORNO TEMPOROM ANDIBULAR	7	560	448	112	18 y 40 años		<p>PAS- SR (panicagora phobic spectros pánico agorafobico) LA SPIELBERGER ESTADO DE ANSIEDAD RASGOS STA (niveles de ansiedad) TBE (cuestionario del perfil de la personalidad)</p> <p>ESCALA DE AUTOCONTROL. MFIQ (cuestionario de la función tenporomandibular).</p>	
ESTOMATITIS AFTOSA	2	146	82	64	19 – 58 años	<p>Análisis de varianza y pruebas: TUKEY de la t. impar y ANOVA Mann-whitney</p>	<p>SSLVAS (cuestionario de 59 preguntas frecuencia e intensidad y síntomas, estrés en las categorías emocional física, social y cognitiva del estrés psicológico)</p>	EVA (Escala visual análoga).
							<p>Prueba psicológica para medir estrés y ansiedad (inventario de síntomas SSI) Liipp y Guevara</p>	

ENFERMEDAD PERIODONTAL	3	421	234	187	32 - 89 años	<p>1994 escala SRRS (HOLMES Y ROHE 1967)</p> <p>Psicometría comprendida, escala de depresión de Hamilton (HAMD) EL ZUNG SELF-RATING SCALE (SDS escala de de depresión y ansiedad) Escala de Epworth (ESS) ESCALA DE somnolencia. Pittsburgh (escala del sueño) Escala de la calidad de vida (ICSP). Índice de inteligencia cristalizada y el inventario de personalidad de FRIBURGO (FPI).</p>	
------------------------	---	-----	-----	-----	--------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--