

Universidad de Valparaíso
Facultad de Odontología
Escuela de Odontología
Cátedra de Patología y Diagnóstico Oral



**ESTRÉS, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN, COMO FACTORES DE RIESGO EN
TRASTORNOS DE LA MUCOSA ORAL Y LABIOS EN PROFESORES**

**Seminario de Tesis
Requisito para optar al título de cirujano - dentista**

Alumnos:
Juan Pablo Hernández C.
Ricardo Román S.
Carolina Valenzuela L.

Docente Guía:
Dr. Nelson Pardo C.

Docente Colaborador:
Dr. Alfredo Cueto U.

Valparaíso, Octubre 2004

**A DIOS, A NUESTROS PADRES Y...
...A LA BUENA VIDA**

A Dios y a mis padres, por darme a mi familia, quien ha sido el ancla necesaria para aterrizar en la tierra en los momentos oscuros.

A mi mamá, Mónica, por tu esfuerzo, tu apoyo, tu ingenio, tu capacidad de escuchar a tus hijos siempre, en fin, nunca acabaría. Gracias por todo, te amo.

A mi viejo, Enrique "Homero", por cerrar el círculo, por tu paz, tu consejo, tu humor, y en fin, eres el pegamento de nuestra casa, tu lo sabes. Te amo infinito.

A mis hermanos, Felipe y Nacho, por de pasteles, gracias por la risa, la alegría, el cariño, el respeto, y todo. Los amo ridículos.

A la "Leia" por toda una vida acompañándome en esas cortas e innumerables noches de café y cigarros antes de las pruebas y exámenes.

A todo el resto de mis familiares, Nanita, Tías, Tíos, y primos por el apoyo.

Al Marco, por los \$500 pesos del mechoneo, por siempre estar ahí. Grande perro!!

A Dib, Dago, "pájaro" Tapia, Pin8, Puré, y el Nico, mis grandes amigos de la U. Los kiero cabros!!

A Abducción Anormal y sus fans, siempre latente, siempre en el sueño, ya nos llegará el momento.

A Ricardo "pichón" Román, mi compañero de tesis e internado. Tremendo Pastel, tremendo amigo, gracias por ayudarme a salir de los hoyos de avenida Altamirano y de la vida, te kiero perro, suerte en la vida.

A fundación "Mi casa", gracias tíos por la glucosa necesaria para ejecutar esta tesis.

Al gran Marco Chávez, y Sra. Gaby, por favores concedidos.

A la Dra. Mariana Carrasco, quién fue vital en mi confianza en los momentos duros de cuarto, cuando recién partes clínica, y todo es difícil. Gracias profe.

A Dr. Cueto, Gracias por sacar a flote este barco en forma desinteresada, casi altruista.

A Dr. Pardo, por su buena disposición.

A todos, gracias

Juan Pablo

A Dios, por guiarme en aquellos momentos difíciles, y nunca abandonarme en el largo camino de alcanzar mis sueños, a pesar de todos mis errores y desaciertos. Jamás te dejare mal mi señor.

A la Fundación "Mi Casa", mis Padres, por todo su infinito e incondicional apoyo y protección, tanto ahora como en el futuro (...ahora y siempre, amen). Gracias por mostrarme que no existe nada en este mundo, que pueda evitar que yo cumpla todos mis sueños. Ustedes han logrado que yo comprenda que nada es imposible para mí, que no existen límites, donde lo único que necesito para triunfar, es simplemente "deseo". Los quiero mucho.

A mi Abuelito, Abuelita y a Emmett. Se que me vigilan y me cuidan. Rezo siempre por ustedes.

A mi Abuelita y a la Tinita, gracias por su ayuda y preocupación, ustedes son en gran medida responsables de lo que soy yo hoy. Las quiero mucho a las dos.

A Wil, Felipe, Oscar y a todos los amigos de la U. Gracias cabros por aguantarme todas mis tonteras y pasteladas, durante todos estos años. Esperen mas de lo mismo (...o mejores!!!) en el futuro. Sigán siendo los pasteles que son, teniendo esa alegría que muchos no tienen, y que algunas veces se pierde en la escuela. Solo les digo, lo mejor ya se viene!!.

A mi compañero de esta gran tesis gran (y pasteladas en general), Juan Pablo Hernández. Campeón, gracias por tu ayuda y tus consejos, en esos momentos difíciles de la vida (sonó medio grave...pero no). Gracias por traerme de vuelta al lado pastel de la fuerza. Entrene harto para ganar (...y no pagar) el asado.

A la familia Hernández-Campos, por haberme acogido en su casa y en su familia. Gracias Tía por haber alimentado al "Lechón", y haberlo hecho subir un par de kilos. (Tía no fue media casata... era mas bien ¼ de casata).

Al Dr. Pardo, por su paciencia y su dedicación.

Al Dr. Alfredo Cueto, por su ayuda totalmente incondicional y simplemente por el amor a la docencia. Doctor, no existen muchos docentes con su dedicación y sus conocimientos, haciéndolo muy valioso en una sociedad carente de tales valores. Espero que jamás cambie.

A San Marco Chávez, por tu siempre buena disposición y alegría. Son pocas las personas quienes son capaces de ayudar al resto, sin mostrar problemas o complicaciones, simplemente esforzándose por hacer la vida en este mundo, para todos, más sencilla.

A la Sra. Lilian Uribe, por su preocupación en ayudar sin restricciones, dando siempre su máximo esfuerzo.

Al Choche

Gracias a todos, nunca los olvidare
Ricardo Román Silva

ÍNDICE

1.	INTRODUCCIÓN.....	1
2.	MARCO TEÓRICO.....	2
2.1	TRASTORNOS MENTALES	
	Generalidades.....	2
	Interacción entre Trastornos Mentales y Sistema Inmune.....	4
2.2	COMPONENTE PSICOLÓGICO EN TRASTORNOS DE LAS	
	MUCOSAS Y LABIOS.....	7
	Liquen plano oral.....	9
	Estomatitis aftosa recidivante.....	11
	Herpes recidivante oral.....	14
	Síndrome Boca Urente.....	16
2.3	LA SALUD MENTAL DE LOS TRABAJADORES.....	18
	La salud mental de los profesores chilenos.....	19
3.	HIPÓTESIS.....	21
4.	OBJETIVOS.....	22
5.	MATERIALES Y MÉTODOS.....	23
6.	RESULTADOS.....	36
7.	DISCUSIÓN.....	43
8.	CONCLUSIONES.....	50
9.	LIMITACIONES Y SUGERENCIAS.....	51
10.	RESUMEN.....	52
11.	REFERENCIAS.....	53
12.	ANEXOS.....	63

1. INTRODUCCION

El trabajador del mundo actual, muchas veces se encuentra inmerso en un ambiente inadecuado ya sea en el aspecto físico como psicológico, lo que trae como consecuencia el desarrollo de trastornos en la salud a diferentes niveles, desde el desarrollo de enfermedades profesionales directamente relacionados con la práctica de una actividad específica, hasta trastornos crónicos en la salud mental resultado de la exposición permanente a un medio inapropiado para el desarrollo armónico de las tareas.

Dentro de las innumerables profesiones y oficios que se pueden encontrar, aquellas personas que desarrollan actividades relacionadas con la docencia, han presentado, en diferentes estudios a nivel mundial (Health & Safety Executive, 2003) una alta prevalencia de trastornos mentales como ansiedad, depresión, y estrés.

Estos trastornos son de alta prevalencia, y a su vez, de un alto impacto, limitando el quehacer normal de los individuos. No solo la capacidad laboral se ve disminuida, sino también la habilidad para interactuar socialmente, conllevando un impacto final que va más allá del propio individuo, sino que repercute a nivel familiar, laboral, social, y económico para el país. (Wittchen y cols. 1998)

Paralelamente, en Odontología, existe un amplio listado de trastornos y patologías científicamente asociadas a trastornos mentales. Estas patologías involucran tanto músculos y articulaciones, como tejidos duros y blandos intrabucales.

La etiología de estas lesiones es controvertida, y por lo general se postula que son de naturaleza multifactorial, en donde los factores psicogénicos constituyen una importante variable a ser considerada.

Esguep y cols, en su estudio publicado el año 2004, “Asociación entre alteraciones psicológicas y la presencia de Liquefacción Oral (LPO), Síndrome de Boca Urente (SBU), y Estomatitis Aftosa Recidivante (EAR)”, estudió a 34 pacientes con trastornos de las mucosas orales, y a 20 pacientes sanos como grupo control, evaluando a la vez la presencia de estrés, ansiedad, y/o depresión, utilizando como instrumentos el Test de Experiencia Reciente (TER) para el estrés, y la escala Hospital and Depression Scale (HAD), para las dos últimas. Finalmente, se determinó la existencia de una relación positiva entre las alteraciones psicológicas y los trastornos de las mucosas estudiados.

A su vez, existen diferentes estudios, en los cuales no se ha establecido una relación positiva entre alteraciones psicológicas y trastornos de las mucosas orales. A este propósito, podemos citar el estudio clásico de Pedersen, el año 1989, en el cual se estudiaron 22 pacientes con úlceras recurrentes orales, evaluando la presencia de estrés mediante Escala Visual Análoga (EVA) y la Escala de Medición de Reajuste Social (EMRS). Posteriormente, McCartan el año 1995, y Rojo – Moreno en 1998, concluyen que las alteraciones psicológicas no son un factor de riesgo para el desarrollo de LPO.

Por tanto, el propósito de este estudio es determinar si los trastornos mentales de ansiedad, estrés, y depresión, son o no un factor de riesgo para desarrollar trastornos de las mucosas orales y labios en profesores.

1. MARCO TEÓRICO

2.1 TRASTORNOS MENTALES

Generalidades

La Asociación de Psiquiatría Americana define como trastorno mental a aquel síndrome o patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar, discapacidad, o a un riesgo significativamente aumentado de morir o sufrir dolor, discapacidad, o pérdida de libertad. Cualquiera que sea su causa, debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica. Ni el comportamiento desviado, ni los conflictos entre el individuo y la sociedad son trastornos mentales, a no ser que la desviación o el conflicto sean síntomas de una disfunción. (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, (DSM – IV, 1996).

Según información otorgada por el Ministerio de Salud de Chile, los trastornos mentales figuran en el quinto lugar de las licencias cursadas por las ISAPRES, con un 8% del total de licencias médicas entre diferentes grupos de diagnóstico, donde el primer lugar lo presentan las enfermedades osteomusculares, seguidos de las enfermedades del aparato respiratorio. Sin embargo, ya que las licencias por patologías psiquiátricas se extienden por un número de días mayor que el promedio general, en el total de días de licencia tienen un peso relativo del 12,4%, subiendo hasta el cuarto lugar. Cada año se pierden unos 800.000 días por invalidez transitoria por trastorno mental en la población beneficiaria de ISAPRES (MINSAL, 1999).

Es necesario recordar, que a pesar que la fuente de información del punto anterior, sea el Ministerio de Salud, puede existir un sesgo determinado por la incapacidad del sistema de efectuar una correcta fiscalización en la entrega de licencias médicas, acorde con el estado de salud real del paciente. Esto, porque un porcentaje del total de licencias psiquiátricas, son otorgadas a personas que no presentan ninguna patología de este tipo, pero que sin embargo, las solicitan con fines no terapéuticos, sino con el objetivo final de disponer de permiso de ausentismo laboral, con derecho a sueldo, sin la restricción de permanecer en el domicilio en forma obligatoria, como sucede con las licencias otorgadas por trastornos somáticos.

La superintendencia de ISAPRES contempla solo cuatro subgrupos diagnósticos en la consolidación de licencias médicas por conceptos de trastornos mentales. El mayor número de los casos lo tienen los trastornos depresivos, con más del 40% de las licencias, lo cual se relaciona con la naturaleza incapacitante de este trastorno (MINSAL 1999). Del amplio espectro de trastornos mentales existentes, se da a conocer que el estrés, la ansiedad y la depresión, son algunas de las patologías más revisadas en la actualidad (Esguep y cols., 1997). De aquí el interés por investigar las prevalencias de estas enfermedades.

Estrés

El estrés, desde el punto de vista fisiológico, es la respuesta estereotipada e inespecífica de la persona a cualquier demanda; el estrés sería equivalente al desgaste propio de cada organismo vivo, en su esfuerzo por mantener su equilibrio, frente a un ambiente cambiante (Folkman y cols, 1986).

Por otro lado, el estrés psicológico, es una relación particular entre el individuo y el entorno, que es evaluado por éste como amenazante, o desbordante a sus recursos y que pone en peligro su bienestar (Folkman y cols, 1986).

Cuando se habla de estrés psico-social, se hace referencia implícita al tipo de situación que tendría carácter causal o generadora de estrés. Se trata de situaciones en que el individuo siente que su modo habitual de responder es insuficiente y que las consecuencias de no adaptarse exceden las capacidades de la persona, o ésta es incapaz de satisfacer importantes necesidades psicológicas y/o valores personales. El elemento central en este caso, sin embargo, no es la situación objetiva, sino la respuesta emocional. (OMS, 2000)

Ansiedad

La ansiedad, esta referida a la descripción de la respuesta física y mental ante situaciones de amenaza y de temor. Esta reacción puede incluir temblores, síntomas de ahogamiento, aumento de ritmo cardiaco, aumento de sudoración, entre otras (OMS, 2001).

La ansiedad es una respuesta normal experimentada en cierto grado por todos los seres humanos, en respuesta al estrés al que la persona esté sometida. Un desorden ansioso va en relación a si el paciente siente reacciones de ansiedad frecuentemente, si sus temores son totalmente fuera de proporción de acuerdo a la situación, el paciente evita situaciones a las cuales teme, y si la ansiedad interfiere con su vida laboral, familiar y social (OMS, 2001).

Los sentimientos y afectos ansiosos pertenecen tanto a la esfera psicológica normal como a la psico-patológica. La ansiedad se integra normalmente, en forma espontánea o conciente. En el terreno patológico, los efectos ansiosos pueden dar lugar a una conversión a síndromes histéricos, estupor o arrebatos (OMS, 2000).

Las formas más leves de estos trastornos se ven principalmente en asistencia primaria y en ellas son frecuentes las mezclas de síntomas, tal como podría coexistir la ansiedad con la depresión. Aunque es necesario en cada caso determinar cual es el síndrome que predomina, o cual comenzó en un primer instante, existe una categorización para aquellos casos en los cuales la decisión podría ser forzada entre una y la otra. La mayor parte de estos trastornos son mas frecuentes en las mujeres que en los hombres (OMS, 2000).

Depresión

La depresión es un cuadro en que el paciente, por lo general, sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo (OMS, 2000).

También son manifestaciones de los trastornos depresivos:

- a) La disminución de la atención y de la concentración.
- b) Pérdida de confianza en si mismo y sentimiento de inferioridad.
- c) Ideas de culpa y de inutilidad
- d) Perspectiva sombría del futuro
- e) Los pensamientos y actos suicidas o de auto agresiones
- f) Los trastornos del sueño
- g) La pérdida de apetito

(OMS, 2001)

El estado de ánimo de un paciente depresivo varía escasamente de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales, aunque puede presentar variaciones circadianas características. La presentación clínica puede variar en cada episodio y en cada individuo. El paciente comienza a descuidar ostensiblemente sus deberes y responsabilidades, y al mismo tiempo que se aleja de sus pares. El estado de ánimo puede estar enmascarado por otros síntomas, tales como la irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias, síntomas obsesivos preexistentes o por preocupaciones hipocondríacas (OMS, 2000).

Interacción entre Trastornos Mentales y el Sistema Inmune

En el caso de la salud oral, existen diversas patologías en las que se ha ido acumulando evidencia de la participación, en su etiopatogenia, de ciertos aspectos psicológicos (Esguep y cols., 2004; Chiapelli y cols., 2004). Las lesiones orales mayormente relacionadas con alteraciones psíquicas toman asiento a nivel neuromuscular o en la mucosa oral (Esguep y cols., 1997). Particularmente, en el caso de la mucosa oral, y de las mucosas en general, existen estudios (Thyagarajan y cols., 1999) que demuestran la regulación neuro-inmuno-endocrina de estos tejidos, lo que explica la participación de factores psíquicos en el desarrollo de patología de la mucosa oral.

Para poder explicar el posible rol de estos trastornos mentales, hablaremos de la evidencia que se acumula entre la interacción entre los sistemas nervioso e inmune. Para esto haremos referencia a 4 campos actuales de investigación en esta área (Esguep y cols., 2004).

- Condicionamiento de la respuesta inmune
- Efectos de lesiones cerebrales en la función inmune
- Inervación autonómica de órganos del sistema inmune
- Datos experimentales de inmunorregulación en humanos

Condicionamiento de la respuesta inmune

Parte de la evidencia de este condicionamiento proviene de estudios que indican que al menos algunos aspectos de la respuesta inmune pueden ser condicionados. Crucial resulta el estudio clásico de Ader y Cohen, en 1975, quienes reportaron que después de la administración de una droga inmunosupresiva, la ciclofosfamida, ésta había sido homologada al sabor de la sacarina. De ésta forma, se presentó con posterioridad a la sacarina como droga que prevenía la producción de anticuerpos en respuesta a la administración de células sanguíneas rojas de oveja, logrando el efecto placebo esperado. Desde los estudios pioneros de Ader y Cohen, hoy por hoy, la investigación se encuentra enfocada a observar el fenómeno a nivel molecular (Morato y cols., 1996)

En un comienzo, estos hallazgos fueron muy controvertidos y con ellos, los inmunólogos comenzaron a aceptar la noción que la función del sistema inmune puede ser controlada por el sistema nervioso. (Morato y cols, 1996)

Efectos de lesiones cerebrales en la función inmune

Las lesiones de algunos sectores de la estructura nerviosa central, pueden inducir una alteración en la función del sistema inmune. A éste propósito se han realizado estudios, como los de Pan y Long, 1993; Ramírez-Amaya en 1996; Ramírez-Amaya y Bermudez-Rattoni, 1999).

La metodología utilizada por estos investigadores, es la inyección de ácido kainico en cerebro de ratas, para luego medir la respuesta inmunitaria a través de algunos indicadores, como por ejemplo, la producción de anticuerpos.

Se ha corroborado que los sectores del cerebro asociados a la función inmune son el hipotálamo, septum, hipocampo y amígdala.

Varios estudios han indicado que las lesiones corticales también pueden afectar la respuesta inmune. Ramírez-Amaya y Bermudez-Rattoni (1999), revisaron la evidencia que sugiere la existencia de una lateralidad en el control cerebral de la inmunidad. De esta forma, lesiones corticales del lado izquierdo, producen un pronunciado déficit inmune en las cantidades de células del Bazo, proliferación linfocítica y actividad de células NK.

Inervación autonómica de órganos del sistema inmune

Existe una amplia evidencia que ha revelado múltiples caminos de comunicación entre el cerebro y el sistema inmune. Uno de estos caminos, es la presencia de alfa y beta receptores adrenérgicos en varios órganos pertenecientes al sistema inmune (células B, T, Macrófagos) (Mignini, 2003). Estudios histológicos han demostrado la existencia de un contacto directo entre tirosina hidroxilasa positiva en nervios terminales, y linfocitos presentes en la médula, el bazo y el timo (Mignini, 2003).

La exposición de linfocitos y macrófagos a agonistas adrenérgicos *in vitro* ha regulado sus funciones. A su vez, la simpaticotomía mediante cirugía y medios químicos, en roedores, ha alterado la función del sistema inmune (Mignini, 2003).

La inervación simpática no está confinada a neuronas que contienen noradrenalina, sino también que pueden incluir neuropéptidos, tales como el péptido intestinal vasoactivo (VIP), colecistokinina (CCK), neuropéptido (NPY), ,neurotensina y factor liberador de corticotropina (Thyagarajan 1999).

El rol y mecanismo del sistema parasimpático en el control de los órganos del sistema inmune aún permanece oscuro. La evidencia citada por una inervación parasimpática incluye principalmente, residuos de acetilcolinesterasa (AChE) en terminales en el timo, bazo, y médula ósea. Estos residuos son un mérito pobre para definir la inervación colinérgica, ya que esta enzima degradativa no está confinada sólo a células colinérgicas. Una observación crucial fue que estos residuos de AChE en el timo no disminuyeron después de lesiones en el nervio vago (Nance y cols 1987). Contradictoriamente en los años posteriores a este estudio, investigaciones que incluían dentro de sus métodos el lesionar los efectores parasimpáticos, obtuvieron cambios importantes en la respuesta inmune (Wetmore, 1994).

Datos experimentales de inmunoregulación en humanos

El estudio clásico de Bartrop y cols. (1977), donde se estudió a 26 mujeres viudas y las compararon en su función inmune con 26 sujetos controles durante un período de 6 semanas después de la muerte de sus esposos. Los parámetros de función inmune incluyeron *in vitro*, cantidad de células B y T y la respuesta proliferativa de las células T a los mitógenos fitohemaglutinina (PHA) y concanavalina (Con A). A las 6 semanas, la proliferación de células T fue significativamente baja en las esposas de luto, en respuesta a ambos mitógenos. No se encontraron diferencias en la cantidad de células B, niveles de anticuerpos, hormona de crecimiento, cortisol o prolactina.

Al comparar este estudio clásico con los estudios más actuales podemos citar las siguientes investigaciones:

Cahard y cols. (1994) estudiaron los receptores de benzodiazepina periféricos, en linfocitos y monocitos. Se han descrito algunos fármacos antidepresivos que se asocian con estos receptores, respuesta que se ha logrado observar en glóbulos rojos y en algunos

tejidos de la fisonomía humana. El estudio pudo concluir que el efecto de estos receptores sobre el sistema inmune de un organismo esta en íntima relación con los estados psicológicos del individuo en estudio.

Gaillard (1995), investigó células inmunes y sus productos (citokinas) y sus relaciones con la corticotropina, gonadotropina, somatotrofina y tirotrófina. Se estableció entonces una relación bilateral directa entre las interacciones inmuno-neuroendocrinas y las condiciones psicológicas y pato psicológicas.

Para finalizar con este punto cabe mencionar los estudios de Espinosa y Bermudez-Rattoni (2001) cuya línea de investigación va centrada no solo en la inmunosupresión producida por estímulos psicológicos, sino también en la mejora del sistema inmune y su relación con células inflamatorias en asociación con estímulos psicológicos. Hasta el momento se ha podido dilucidar el rol que desempeñarían la IL-1, IL-2 e IFN-gama en periodos inestabilidad psicológica.

2.2 COMPONENTE PSICOLÓGICO, EN TRASTORNOS DE LAS MUCOSAS Y LABIOS

A nivel de todo el organismo se expresan numerosas patologías que poseen un importante factor psicológico en su etiopatogenia. Es así como en piel se han observado reacciones de hipersensibilidad tipo I, vitíligo, psoriasis, en las cuales se ha determinado la importancia del componente psicológico de acción somática en el inicio y evolución de dichas enfermedades (Ginat, 2004). Otras entidades específicas relacionadas con la participación del estado psicológico del paciente, son la úlcera péptica, enfermedad coronaria, hipertensión esencial, colitis ulcerativa, cáncer, asma bronquial, por nombrar algunas (Ruiz y Silva, 1990; Fullerton y cols., 2000). En el territorio maxilofacial se ha observado la asociación de estrés y algunas alteraciones del sistema estomatognático tales como bruxismo, mordeduras, mialgias, y artromialgias (Ginat, 2004).

La mucosa oral constituye una vía orgánica importante al fenómeno psíquico “escape conflicto”, pues en ella se expresan somáticamente fenómenos tensionales. Es así como en clínica se ha visto que el componente psíquico indudablemente juega un rol importante en el comienzo y exacerbación de patologías como el Liquen plano oral, Gingivitis Ulcero Necrótica (GUNA), y Ulceras recurrentes orales (Chiapelli, 2004) y Síndrome boca urente (Trikkas, 1996).

Por muchos años, investigadores de diferente índole, han observado este fenómeno en diferentes patologías orales. Grinspan, en la década del 70', intento llevar a cabo una clasificación donde se superponían los trastornos mentales y las patologías del territorio maxilo-facial. Esta clasificación incorporaba para cada trastorno mental, las patologías orales asociadas a esta. Para esta clasificación Grinspan investigó aquellas patologías que se relacionaban clásicamente con trastornos psicológicos. En relación a los trastornos psicológicos, Grinspan, estudió la prevalencia de las patologías maxilo-faciales, en pacientes con perfiles psicológicos ya establecidos. Actualmente esta clasificación esta obsoleta, tanto por el crecimiento en el área de la psicología, la cual esta siempre en

permanente cambio, en donde algunos términos ocupados por Grinspan se encuentran hoy en desuso, como en el área de la medicina, la cual gracias al descubrimiento de nuevos métodos, ha ido progresando.

Si bien, poco se conoce de las relaciones moleculares mediante las cuales las alteraciones psicológicas logran expresarse en la mucosa oral, indudablemente ciertos componentes estructurales de este tejido deben ser fundamentales para el desarrollo de alteraciones con base psicogénicas (Esquep y cols., 1997).

De particular interés es la presencia de la célula de Merkel, la cual presenta unas pequeñas vesículas citoplasmáticas, que liberan gránulos semejantes a un neurotransmisor, que actuaría en los sitios donde se relaciona con las terminaciones libres que se ubican en su entorno. En 1972, Wilgram, sugirió que las células de Merkel podrían constituir la vía final común de un mecanismo neurofisiológico, en el cual los factores psicogénicos podrían estimular fibras nerviosas (autónomo y/o somáticas), iniciando impulsos nerviosos que provocarían la liberación de catecolaminas almacenadas en gránulos de estas células. Estas investigaciones se han perpetuado en el tiempo, hasta los estudios de Hitchcock y cols. (2004), que asigna a las células de Merkel un rol somato-sensitivo, esto por su función liberadora de neurotransmisores glutaminérgicos en la región en que se encuentren. Hitchcock demuestra en sus estudios que las células de Merkel no solo tienen una actividad efectora, sino también afectora.

Las catecolaminas liberadas por las células de Merkel producirán la vasoconstricción local de la mucosa, conllevando a la necrosis dermoepitelial local, desencadenándose clínicamente una ulceración, bajo la cual un infiltrado linfocitario y monocitario se observa en forma precoz (Sapp, 1998).

Cabe denotar que las células de Merkel se han visto especialmente en las zonas de la cavidad oral en que se desarrollan con mayor frecuencia estas lesiones, especialmente las de tipo ulcerativa. (Esguep y cols, 2004)

Reconociendo la multiplicidad de los factores etiológicos de este tipo de lesiones planteados en la actualidad, lo más aceptado es la evidencia de un trastorno inmunorregulatorio como mecanismo activador de la lesión. Hoy, el conocimiento de la inmunoendocrinología, ofrece un nuevo camino de comprensión de estas patologías. (Esguep y cols, 2004)

Por lo anteriormente planteado, es probable que las células de Merkel no sean el único efector y gatillante local, ya que la liberación de acetilcolina (ACTH) en un estado de estrés, y la consecuente activación de receptores en las membranas de las células de la mucosa oral, pueden en si mismas ser las causantes de los cambios que produzcan la isquemia y ulceración posterior o coadyuvar en el trastorno inmurregulatorio sin que la célula de Merkel sea un intermediario (Carrozzo, 1995).

Existen numerosos estudios de acuerdo a las prevalencias de los trastornos de la mucosa oral. Por ejemplo, Ikeda y cols. (1995), examinaron a 1399 individuos (953 mujeres, 366 hombres entre 15 y 99 años). Se vio que el 4,9% de los individuos

examinados poseía lesiones, de donde las lesiones de origen psicogénico poseían un 1,8% (liquen plano). Kovac-Kavcic y Skaleric (2000) examinaron a 1609 sujetos. El estudio mostró la presencia de 61,6% de lesiones de la mucosa en la población, de donde las lesiones de origen psicogénico poseían un 28% (incluyendo liquen plano, herpes labial y la historia clínica de úlceras aftosas recurrentes).

Más cercano a nuestra realidad, Espinosa y cols. (2003), examinaron a 889 individuos en Santiago de Chile, de los cuales el 53% mostró la presencia de una o más lesiones de la mucosa, de donde las lesiones de origen psicogénico poseían un 3.5% (incluyendo liquen plano y úlceras recurrentes orales). Witt y Pala (2002), continuando los estudios de patologías de base psicogénica, encontraron que el SBU presentó una prevalencia del 15% en mujeres posmenopáusicas, y de 0,7% a 7,9% en la población general.

Los estudios existentes, incluyen trastornos de la mucosa de diversos orígenes, y los trastornos de la mucosa oral de base psicogénica estudiados, son principalmente 4; Liquen Plano Oral, Estomatitis Aftosa Recidivante, Herpes Simple Oral Secundario, Síndrome de Boca Urente. (Espinosa I, 2003; Esguep y cols, 2004; Kovac-Kavcic, 2000).

Por lo anteriormente expuesto, las patologías de interés para el siguiente estudio de prevalencia son el Liquen Plano Oral (LPO), la Estomatitis Aftosa Recidivante (EAR), el Herpes Recidivante Oral (HRO) y el Síndrome de Boca Urente (SBU).

Liquen Plano Oral (LPO)

Enfermedad muco - cutánea compleja de etiología desconocida. Puede ser observada en la cavidad oral, con gran respuesta de linfocitos T en el tejido conjuntivo subyacente e inmediato. (Sapp, 1998)

El liquen plano es una enfermedad que afecta al 1% de la población mundial. (Jungell, 1991). Logra establecer que esta prevalencia oscila entre el 0,1% al 2,2% entre los diferentes estudios. El LPO se presenta mayormente en mujeres (70-80%), por lo general mayores de 40 años. Las lesiones en niños son extremadamente escasas. Las lesiones pueden afectar a la superficie cutánea y oral (40%), exclusivamente a la superficie cutánea (35%), o tan solo a la mucosa (25%) (Wood, 1998).

Las investigaciones acerca de la patogenia del LPO se han centrado en el papel del macrófago procesador de antígenos, las células de Langerhans y la interacción de los linfocitos T en el conjuntivo inmediato. A pesar de que su etiología no está del todo esclarecida, se piensa que las células de Langerhans reconocen un antígeno similar a antígenos de superficie expresados por los queratinocitos de pacientes con ciertos antígenos mayores de histocompatibilidad. Por tanto, tras el procesamiento de antígenos y la estimulación de los linfocitos T por las células de Langerhans, se producen linfocitos citotóxicos para las células epiteliales (Sapp, 1998). Se ha observado que esta patología se encuentra asociada a una multiplicidad de mecanismos gatillantes; síndromes psicosomáticos, tratamientos farmacológicos (Silverman, 1991), vacunas contra la hepatitis

B (Rebora y cols, 1999), y otras enfermedades sistémicas que pudieran exacerbar la aparición del liquen plano oral (del Olmo y cols, 2000). Durante muchos años se habló del síndrome de Greenspan, que correspondería a una triada de LPO, diabetes e hipertensión, y que actualmente se ha visto que serían reacciones liquenoides producidas por la ingesta de fármacos (Lamey y cols, 1990). Se ha descrito también una mayor incidencia de LPO, en pacientes que sufren de diabetes, llegando a la recomendación de utilizar un examen de glicemia basal de plasma venoso, como examen complementario en el manejo diagnóstico de pacientes con liquen plano (Romero y cols, 2002).

El cortisol se ha mencionado como una hormona muy relacionada a lo que es estrés (Jones y cols, 1997; Rodstrom y cols, 2001). Con estos antecedentes, Koray y cols. (2003), profundiza en la asociación entre ansiedad y cortisol salival en LPO. Se obtuvo como conclusión que los niveles de ansiedad y cortisol salival de pacientes con LPO se encuentran en altos niveles. Se plantea finalmente que aparte del tratamiento tradicional que se le entrega a los pacientes, se les debe reforzar con asesoría psiquiátrica. Bergdahl y cols. (1995), ocuparon como variables la personalidad del individuo, tensión muscular, en la agresividad y en la percepción personal de cada individuo (salud, felicidad, entre otras). Se propone que pacientes con liquen plano oral, tienden a la depresión, dejando la posibilidad para nuevos estudios que entrelacen los aspectos médicos, odontológicos y psiquiátricos.

Vallejo y cols. (2001), encontraron que el LPO se encontraba predominantemente en grupos etarios entre los 61-70 años. Usando la Hamilton Anxiety Scale para medir ansiedad y la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale para medir depresión, encontró que la ansiedad y la depresión constituyen factores de riesgo para el desarrollo del liquen plano oral. Sus resultados también avalan lo encontrado por otro tipo de investigaciones epidemiológicas (Gorsky y cols, 1996)

McCartan (1995), por otro lado, no encontró asociación estadística significativa entre liquen plano erosivo y ansiedad y/o depresión, esto utilizando tanto la escala HAD, como el cuestionario Cattell 16 PF.

Clínica

El liquen plano presenta una variedad de aspectos clínicos que se correlacionan estrechamente con la gravedad de la enfermedad. Existen cinco formas clínicas distintas de presentación: Reticular, Erosivo, Placas, Atrófico y Ampoloso. Es frecuente la combinación de las formas reticulares y erosivas. Para el correcto diagnóstico del liquen plano erosivo, en placas, atrófico y ampoloso, es necesario el uso de exámenes complementarios histopatológicos. (Sapp, 1998)

Liquen plano reticular de las mucosas

Fácil de diagnosticar gracias a su patrón único y diferenciado. Consiste en líneas blanquecinas elevadas y finas (estrías de Wickham), conectadas formando arcos, dando lugar a un patrón reticular o en encaje sobre un fondo eritematoso. Bilateral y asintomático. Se presenta en forma más frecuente en mucosa bucal y vestíbulo.

Liquen plano erosivo de las mucosas

Mezcla de áreas pseudomembranosas eritematosas y blanquecinas. Los pacientes se quejan de irritación oral y molestias con ciertos alimentos. Al tocar la zona produce dolor y hemorragia.

Liquen plano en placas

Zona blanquecina aplanada o sobreelevada en la mucosa oral, y es indistinguible de otras leucoplasias orales. Su localización más frecuente es sobre la lengua, y a menudo, en más de una superficie.

Liquen plano atrófico

Idéntico al patrón reticular, y puede ser un estado transicional entre reticular y en placas. Afecta sobre todo a las encías y mucosa bucal.

Liquen plano ampolloso

Ampollas de 2 mm. a 4 cm. de diámetro, de corta duración, y se rompen casi inmediatamente; al perderse el epitelio, el tejido conectivo subyacente queda expuesto y la lesión se convierte en LP erosivo. Estas lesiones afectan fundamentalmente la mucosa bucal posterior.

(Sapp, 1998)

Estomatitis Aftosa Recidivante (EAR)

La estomatitis Aftosa Recidivante, también conocida como ulcera recurrente oral (URO) o popularmente como “aftas”, es una enfermedad frecuente en humanos. Dentro de la cavidad oral, la EAR es la afección más frecuente de los tejidos blandos de las mucosas mundialmente (15%-20%) (Sapp, 1998). La EAR presenta un enigma para los investigadores, ya que las lesiones clínicas están asociadas a un gran número de procesos locales y sistémicos muy dispares, mostrando los mismos rasgos histopatológicos. Esto ha llevado a considerar esta enfermedad como una manifestación mucosa común de múltiples procesos patológicos diferentes, mediados todos ellos por el sistema inmunitario. En algunos trastornos se observan lesiones similares en las zonas ano-genitales. En la cavidad oral, la EAR presenta tres formas clínicas distintas: estomatitis aftosa menor, estomatitis aftosa mayor y úlceras herpetiformes (Sapp, 2003). La EAR también se relaciona con trastornos gastrointestinales crónicos (Sedghizadeh y cols, 2002). El síndrome de Behcet se manifiesta como úlceras en ojos, boca, y genitales (Mumcu y cols., 2004).

Las úlceras suelen diagnosticarse a partir de signos y síntomas clínicos, puesto que no existen pruebas de laboratorio fiables. Durante una breve fase preulcerosa, puede observarse un sutil cambio microscópico específico, que algunas veces resulta útil. Una vez ocurrida la ulceración, los cambios tisulares son inespecíficos y similares a los de las úlceras secundarias a muchas otras causas. Las lesiones son básicamente redondas u ovoideas, tienen una base necrótica amarilla y están rodeadas de una región de mucosa inflamada (Ship y cols, 2000).

Cabe mencionar que se ha observado una asociación entre la EAR y ciclos menstruales, periodos de estrés y ansiedad (McCartan y cols, 1996; Regezi, 1995), y con antecedentes familiares de mismas lesiones, a si mismo con pacientes VIH-positivos (Kerr, 2003).

Haisraeli-Shalish y Livneh (1996), estudiaron el efecto de los niveles de vitamina B1 en pacientes que sufrían de EAR. Se midió la tiamina fosfatasa (como forma de medir los niveles de B1) tanto en un grupo de control como en otro experimental. Se determinó que la deficiencia de tiamina fosfatasa estaba relacionada con la recurrencia de lesiones orales. Similares resultados obtuvieron Weusten y Van de Wiel (1998) en estudios realizados sobre deficiencia de vitamina B12.

Bazrafshani y cols. (2003), trabajaron bajo la premisa de la herencia de algunos polimorfismos de algunos genes para las citocinas reguladoras de células T (IL-10 y IL-12). Como resultado, no pudieron encontrar una asociación entre la herencia de los polimorfismos de algunos genes relacionados con las IL-10 y IL-12, y la recurrencia de las EAR. Cabe mencionar que previamente estos autores (Bazrafshani y cols.) habían realizado estudios similares sobre la IL-1b y la IL-6, donde hallaron una fuerte asociación estadística (2002). Trabajos de esta misma índole se han realizado para probar la asociación del TNF-alfa, TNF-beta y los receptores de vitamina D, y las EAR. Ninguno de estos tres últimos estudios dio una asociación estadística significativa (Bazrafshani y cols, 2002).

En relación al estrés, Pedersen (1989), utilizando una escala de medición de reajuste social (EMRS) y una escala visual análoga (EVA), no pudo establecer asociaciones entre el estrés de la vida cotidiana y la recurrencia de las EARs. Rodstrom y cols. (2001) obtuvieron hallazgos parecidos, al no poder establecer una asociación estadística entre niveles de cortisol y estrés cotidiano. Por otro lado Tang y cols. (2001), determinaron una asociación entre estrés y EAR observando que algunos tipos de personalidades y factores sociales en pacientes que sufren de EAR, pueden llevar a desencadenar un episodio ulceroso. De igual manera, Buajeeb y cols. (1990), observaron que existe una mayor prevalencia en mujeres, que en hombres. Se concluyó que los pacientes que sufren de úlceras recurrentes, son más ansiosos que los que no las sufren.

McCartan y cols. (1996), utilizando la escala HAD y con estudios de radio inmunológicos, para determinar el cortisol salival, el cual se ha demostrado ser un buen marcador para estrés (Jones y cols, 1997), concluyeron que el estrés jugaría un rol en la etiología de EAR, sobretodo en los pacientes que tienen un rasgo de personalidad ansioso.

Dada la gran variedad de trastornos asociados, no se ha elaborado ninguna teoría patogénica unificadora, salvo que las lesiones parecen relacionarse con el sistema inmunitario (Zunt y cols, 2003).

Estomatitis aftosa menor

La estomatitis aftosa menor es la forma clínica de casi todas las EARs. En conjunto, la estomatitis aftosa mayor y la herpetiforme, se encuentran en solo un 5% de los casos (Sapp, 1998).

Clínica

Las lesiones orales de la EAR aparecen en episodios, con presencia de menos de cinco úlceras a la vez. Durante un ataque pueden seguir apareciendo lesiones por un periodo de 3 a 4 semanas, durando cada lesión entre 10 a 14 días. Las úlceras se localizan en la mucosa glandular, respetando generalmente las encías, el paladar duro y el dorso de la lengua. Las lesiones son redondas, pero pueden ser elípticas si se posicionan en un pliegue lingual. Son pequeñas con un diámetro de 0,5 a 1 cm., superficiales, con bordes marcados y crateriformes, y presentan una base blanco-amarillenta con un halo eritematoso en la mucosa circundante. Los pacientes se quejan de un dolor desproporcionalmente intenso al tamaño de la lesión. Las ubicaciones más frecuentes de las lesiones son las superficies mucosas de los labios, paladar blando posterior y pilares anteriores. Otras localizaciones menos frecuentes son los bordes ventral y lateral de la lengua y el piso anterior de la boca (Ship y cols, 2000).

Cuando las lesiones afectan a la mucosa labial, suelen existir antecedentes de pequeños traumatismos. Algunos pacientes pueden presentar un pequeño apiñamiento anterior de los dientes anteroinferiores (a pesar que la irritación mecánica no es una causa conocida de las úlceras aftosas durante un episodio) (Sapp, 1998)

El curso clínico de las úlceras aftosas menores difiere significativamente de las laceraciones leves en individuos sin tendencias a ulceraciones. En pacientes sin tendencias a ulceraciones, y que presentan laceraciones, tienden a un dolor moderado por 1 a 2 días, para luego cicatrizar en 5 a 6 días. Por otro lado, el paciente que sufre ulceraciones presenta molestias que continúan incrementándose durante 6 a 7 días, hasta cicatrizar a los 14 días. Curiosamente si se realizan incisiones quirúrgicas durante n periodo de EAR, estas cicatrizan normalmente (Sapp, 1998).

Estomatitis aftosa mayor

La Estomatitis aftosa mayor es poco frecuente, aunque es la segunda forma más encontrada después de la variedad menor. Antiguamente se conocía como periadenitis mucosa necrótica recidivante, termino relacionado básicamente con la propensión de aparecer en las zonas de glándulas salivares menores (Ship, 2000).

Clínica

A diferencia de las aftas menores, las aftas mayores, son de mayor tamaño, oscilando desde entre 5 a 20 milímetros de diámetro. Su número es escaso, generalmente solo una o dos a la vez y fundamentalmente en mucosa labial y área del paladar blando posterior y pilares anteriores. Las lesiones son crateriformes, más profundas, que las de la estomatitis aftosa menor y duran mucho más, hasta 6 semanas (Sapp, 1998).

El dolor es importante y dificulta la alimentación, especialmente cuando se localizan en la cara posterior de la boca. Las úlceras aftosas mayores no suelen aparecer hasta después de la pubertad y en algunos pacientes puede dar problemas hasta durante 20 años. Las lesiones profundas y persistentes, pueden infectarse secundariamente (Sapp, 1998).

Cuando finalmente cicatriza, suele aparecer una cicatriz con retracción tisular. Esto es raro en la superficie mucosa de la boca, ya que la mayoría de las lesiones cicatrizan sin dejar mayor rastro de la cicatriz (Sapp, 1998).

Estomatitis aftosa recidivante, variedad herpetiforme

Siendo la forma menos frecuente de la EAR, y la peor diagnosticada, a menudo se confunde con infecciones primarias por virus herpes simple, dándose así su nombre (Sapp, 1998).

Clínica

Los pacientes con úlceras herpetiformes sufren episodios prolongados de lesiones intraorales, ampliamente diseminadas, en forma de úlceras crateriformes superficiales y pequeñas (3 a 6 milímetros de diámetro). Cada episodio puede durar semanas o meses y algunos pacientes pueden presentar lesiones casi continuamente a lo largo de varios años (mientras unas cicatrizan, se crean unas nuevas). Es raro verlas aparecer en los últimos años de adolescencia, como sucede con las úlceras aftosas menores, ni tampoco en la infancia, como sucede en la estomatitis herpética. Aunque la mayoría de las lesiones afecten a la mucosa glandular, también pueden aparecer en algunas superficies queratinizadas. Dado que la presencia de lesiones en las superficies queratinizadas, es frecuente en la lesión primaria por herpes, no es raro que las úlceras herpetiformes sean diagnosticadas como herpes. Un factor a tomar en cuenta, es el dolor desproporcional al tamaño de las lesiones. Dada la facilidad con que se confunden las lesiones aftosas herpetiformes con la estomatitis herpética primaria, a menudo son necesarias pruebas de laboratorio para descartar etiología vírica. Los frotis citológicos no muestran los efectos citopáticos de las infecciones víricas, ni aparecen las células epiteliales multinucleadas típicas de aquellas infecciones víricas. Los cultivos víricos, la inmunofluorescencia para el antígeno del virus del herpes y el estudio ultraestructural dirigido a determinar la presencia de dicho virus, son negativos (Ship, 2000).

Herpes Recidivante Oral (HRO)

Existen muchos virus que causan infecciones de la mucosa bucal. El Virus herpes simple 1 (VHS – 1) causa infecciones bucales, peribucales y genitales, el VHS – 2 sólo en el 10% de los casos participa de procesos bucales. La mayoría de los casos de infección inicial por herpes no producen lesiones clínicas ni sintomatología, por ello, la mayor parte de los pacientes desconocen que el virus ha entrado a su organismo (Regezi, 1995).

Sin embargo, alrededor del 1% de las primoinfecciones por virus herpes, se manifiesta como múltiples úlceras superficiales pequeñas y puntiformes que afectan a las superficies mucosas orales queratinizadas. Las úlceras pueden estar limitadas a las encías, o pueden afectar a varios sitios desde los labios y piel, hasta la nasofaringe. Este cuadro es conocido como Gingivostomatitis herpética primaria aguda, y suele afectar a niños en edad preescolar, sin embargo no es restrictivo para los adultos. El paciente experimenta fiebre y linfadenopatía por un período de 2 a 10 días. (Sapp, 1998)

El contacto físico con un individuo infectado es la vía de inoculación característica del Virus Herpes Simplex en los pacientes que no tuvieron exposición previa al virus o en aquellos pacientes que tienen concentraciones muy bajas de anticuerpos HSV (Regezi, 1995).

Posteriormente el cuadro remite, y el virus migra a lo largo de la vaina periaxónica del nervio trigémino hasta el ganglio de este par craneal, donde permanece en estado latente o de reposo, hasta que es reactivado por el frío, el calor, el sol, el estrés, entre otros factores (Regezi, 1995; Glick, 2002). Esto se llama infecciones recurrentes o recidivantes.

Los dos principales tipos clínicos de infecciones por herpes simple oral recidivante son el herpes labial recidivante y el herpes intraoral recidivante. El herpes labial recidivante afecta a los labios, mientras que el intraoral recidivante involucra el declive del paladar duro o la encía del maxilar superior. Ambos se asocian comúnmente a una reactivación dada por un sinnúmero de estímulos, como un tratamiento dental reciente, menstruación, traumatismos a los tejidos blandos, y se presentan como un cúmulo de lesiones vesiculosas de la piel, tejido perioral y mucosa oral, generalmente en las mucosas fijas (Sapp 1998; Regezi, 1995).

El aspecto clínico de las lesiones que se encuentran en los tipos, es diferente. Puesto que las lesiones labiales suelen afectar a la piel, formarían vesículas visibles, llenas de líquido que se rompen, forman úlceras, y se resuelven en forma de lesiones costrosas de color pardo. Las lesiones intraorales se encuentran en las mucosas y rara vez forman una vesícula claramente visible. Las lesiones tienen aspecto punteado con una base roja o blanca que desaparece lentamente (Regezi, 1995; Glick, 2002).

Se han hecho múltiples estudios buscando una relación entre la recurrencia de lesiones de origen herpético y estrés. Logan y cols. (1998), estudiaron los cambios del humor diarios y la recurrencia de herpes, buscando marcadores neuroendocrinos e inmunitarios. Se encontró que la epinefrina jugaría un rol importante en la recurrencia herpética. Se especula que los macrófagos funcionarían como células efectoras primarias en las defensas del huésped en contra de la infección del VHS (Scieux, 1997). Por otro lado se ha observado que la epinefrina suprimiría la acción de los macrófagos. Al mismo tiempo, se observó un incremento de células NK, hacia el sitio de la lesión, antes de la recurrencia de herpes. Cabe mencionar que todavía no se ha podido relacionar que el aumento de células NK, este relacionada con el aumento de virus herpes. Benschop y cols. (1997), demostraron la salida de un gran número de NK de las células endoteliales de los vasos hacia la circulación, en momentos de estrés, producto de la salida de epinefrina (adrenoceptor beta-2).

Para finalizar, reportes de la Universidad de Traer en Alemania, utilizando métodos de inducción de estrés, más la medición de varios parámetros fisiológicos marcadores de estrés, y su correlación con la clínica, observaron el aumento de concentración de TNF-alfa. Sin embargo no encontraron cambio en niveles de cortisol salival, ni en subpoblaciones de leucocitos. Se concluyó finalmente que la inducción del estrés (tal como es el disgusto), esta asociada a la reactivación herpética (Buske-Kirschbaum y cols., 2001).

Herpes labial recidivante

El herpes labial es con mucho la forma más común de las infecciones recidivantes por el herpes simple. Afecta a los labios y se presenta en un 15% a 20% de los pacientes que sufrieron una infección primaria. La reactivación de un virus del herpes simple latente residente en el ganglio del trigémino puede desencadenarse por exposición prolongada a la luz solar, traumatismo, manipulación de los labios, fiebre inmunosupresión, menstruación, periodos de estrés y ansiedad. Por desgracia, actualmente existen pocos tratamientos para el

herpes labial. Los tratamientos empíricos consisten en mantener las lesiones en reposo y cubiertas con una pomada antiviral para evitar mayor diseminación, así como su infección bacteriana secundaria. A pesar de las molestias en el área, los pacientes no sufren fiebres altas y rara vez linfadenopatías (Regezi, 1995).

Herpes intraoral recidivante

El herpes intraoral recidivante es relativamente raro y suele presentarse después de un tratamiento dental o inyección de anestésico dental en la zona. Algunas localizaciones intraorales parecen ser más propensas a lesiones recidivantes que otras. El área más común es el paladar duro sobre los agujeros palatinos mayores. Otras localizaciones intraorales son la encía libre, especialmente la encía del maxilar superior, y las caras laterales de la lengua. (Regezi, 1995)

Aunque el diagnóstico del herpes simple intraoral recidivante es principalmente clínico, cuando las lesiones se presentan en sitios menos comunes pueden quedar muchas veces sin diagnosticar hasta que se confirman que incluya una vesícula incipiente. En los pacientes inmunosuprimidos, las lesiones recidivantes intraorales suelen ser considerablemente mayores y más profundas y se acompañan de fiebre y linfadenopatía, simulando una forma primaria aguda prolongada de la enfermedad. No se conoce ningún tratamiento para el herpes simple intraoral recidivante. Suele bastar con establecer el diagnóstico y aliviar las preocupaciones del paciente excluyendo una enfermedad más seria. (Regezi, 1995)

Síndrome de Boca Urente (SBU)

Las sensaciones dolorosas, ardorosas, localizadas en la lengua o que afectan otras áreas de la mucosa bucal (estomatopirosis), son molestias relativamente comunes de pacientes dentales. Aunque la literatura dental y médica general contiene múltiples referencias sobre este problema y las dificultades para tratarlo, hasta hace poco se había considerado muy poco el dolor neurológico y facial en la literatura (Lynch, 1996). La descripción del síntoma varía entre los distintos pacientes, unos lo refieren como “dolor”, otros como “ardor”, “hormigueo” u “entumecimiento” en el órgano. Los pacientes con SBU, también llamada por otros autores como glosodinea, suelen ser sorprendentemente precisos en su selección de palabras entre las 20 categorías de calidades del dolor del cuestionario de Mazack y pueden encerrar o marcar solamente una palabra en la categoría “sensorio térmico” de las 97 palabras que se disponen (Lynch, 1996).

Con una prevalencia de 2,6%, el SBU puede ocurrir en forma de síntoma aislado. En otros enfermos, quizás sea uno de un grupo de síntomas bucales, como una anomalía del gusto y diversas disestesias de la boca, que incluyen dolor sordo, profundo continuo de la variedad del dolor facial atípico (Lynch, 1996).

Los pacientes que sufren SBU se dividen clásicamente en quienes tienen síntomas acompañados de alteraciones clínicamente observables y aquellos sin estas últimas (Lynch, 1996). La movilidad constante de la lengua y su importancia en el habla, la alimentación, y actividades y encuentros sexuales también asegura que incluso las afecciones menores de este órgano se experimentaran como una incapacidad importante y continua. La suma de estos factores, convierte a este trastorno en algo subjetivo, haciendo difícil su diagnóstico. Debe existir cautela al valorar los estudios etiológicos del SBU y debe dudarse de la validez de algunas relaciones o asociaciones clásicas de enfermedad sistémica y este trastorno (Lynch, 1996; Regezi, 1995).

EL SBU se presenta como un cuadro multifactorial, cuando se trata de alteraciones clínicamente observables; dientes, restauraciones prótesis, cálculos, alimentos irritantes, hábitos musculares, tabaquismo intenso, alergias a medicamentos (Lynch, 1996; Regezi, 1995; Reiss y Reiss, 1999), e inclusive candidiasis (Osaki y cols., 2000). El SBU puede ser considerado como parte de manifestaciones de otros cuadros, tales como enfermedades sistémicas (diabetes mellitus, anemia perniciosa, síndrome de Plumier-Vinson, cáncer) o en estados carenciales al recibir ciertas dietas (Lynch, 1996; Pinto y cols., 2003).

En relación a las personas que no poseen alteraciones clínicamente observables, los factores psicológicos se vuelven de gran importancia, y es difícil distinguir con claridad la categoría del dolor de lo que otros autores denominan dolor psicógeno (Pinto y cols., 2003). Las características principales de este cuadro son: distribución por edad, predominancia en mujeres, inicio por lo general consecutivo a un tratamiento dental con persistencia del dolor a pesar de múltiples tratamientos para mitigarlo, problemas emocionales y mentales concurrentes (depresión, ansiedad o irritabilidad) (Eli y cols., 1994; Bergdahl y Bergdahl, 1999), y respuesta a la terapia de antidepressivos tricíclicos (Mott y cols., 1993). La sensación de ardor comienza alrededor del mediodía y continúa incrementando su intensidad durante las horas de la tarde, remitiendo en las horas de sueño en la noche. Se ha publicado la relación de migraña y SBU, postulando como una explicación alternativa un espasmo de los vasos sanguíneos de la lengua (Lynch, 1996). La asociación con la depresión es mucho más firme en la mayor parte de la serie de casos, y al parecer se justifica mejor clasificar el trastorno como una forma de dolor facial atípico, psicógeno o somatiforme (Niemeier y cols., 2002).

Existe evidencia de ciertos niveles anormales de inmunoglobulinas, tal como factor reumatoideo y antinuclear de anticuerpos. También se ha podido observar que este síndrome afecta más a mujeres posmenopáusicas, llevando a la hipótesis de un desorden en los niveles de estrógenos o progesterona en la sangre. A pesar de los medios actuales de investigación, no se ha podido determinar si los niveles de inmunoglobulinas y de estrógenos en la sangre, juegan un papel relevante en la etiología (Lynch, 1996).

Pinto y cols. (2003), en una guía de manejo al paciente, se refiere a el síndrome de lengua urente como una patología que se presenta sin la observación de cambios en la mucosa oral, que esta presente principalmente en mujeres entre los 40 y 50 años de edad. Se encuentra fuertemente asociada a la ansiedad y a la depresión, deficiencias hemáticas (hierro, folato y vitamina B), al bruxismo y a mordeduras de lengua.

Van der Ploeg y cols.(1987), utilizaron el Spielberg State-Trait Anxiety Inventory, para la medición del estado y tipo de ansiedad, y el Depression Adjective Check List, para la medición del estado y tipo de depresión, un cuestionario para medir las reacciones al estrés somáticas, y un inventario alemán de personalidad. Se encontró que los pacientes que sufren del síndrome de boca urente tenían puntajes mucho mayores en ansiedad, depresión y problemas somáticos que la mayoría de la población Holandesa. Los resultados fueron comparados sobre datos del departamento de estadística holandés, dando como resultado que gran parte de los pacientes con síndrome de lengua urente, presenta un fuerte componente psicológico asociado a sus síntomas. En la actualidad, la evidencia de factores psicológicos asociados a esta patología se ha ido acumulando, siendo hoy por hoy, hallazgos frecuentes en las diferentes investigaciones alrededor del mundo (Trikkas y cols., 1996; Reiss y Reiss, 1999; Kugu y cols., 2002; Reiss y Reiss, 2004).

Podemos mencionar en este punto que se ha demostrado a través del uso del Hospital Anxiety and Depression Escala en la medición de la ansiedad y depresión de los pacientes que sufren de SBU (Lamey y Lamb, 1989). Lamey también afirma una asociación entre depresión y ansiedad con la SBU.

Finalmente, en la literatura, se hace siempre hincapié, que para el tratamiento exitoso del paciente con SBU, se deben eliminar los irritantes orales, controlar las enfermedades sistémicas de base, y sobre todo, debe existir el manejo y control de la ansiedad que pueda presentar el paciente (Reiss y Reiss, 1999; Bergdahl y Bergdahl , 1999).

2.3 LA SALUD MENTAL DE LOS TRABAJADORES

La salud mental de los trabajadores ha ido ganado mayor interés a traves de los años. Kawakami y Haratani en el año 1999 realizaron un estudio retrospectivo al respecto, y en éste concluye que sólo, a partir de fines de la década de los '70, el tema de la salud mental de los trabajadores entró a discusión en los diferentes ministerios de salud a través del mundo.

En la búsqueda de trabajos y datos estadísticos, con relación a profesiones con alto grado de “trastornos mentales asociados al trabajo” o “enfermedades profesionales”, es de importancia destacar los hallazgos realizados por el Departamento del Trabajo de Estados Unidos, división de estadística laboral, sumario 99 del 10 de Septiembre de 1999, en el cual se realizó un seguimiento de todos los casos de estrés ocupacional reportados en el período entre el año 1992 y 1997. Los resultados muestran que tanto en el área de finanzas, seguros y corredores de propiedades, tanto como en servicios, los días de permiso por estrés ocupacional fueron más de los días que fueron otorgados por enfermedades y accidentes laborales. Esto se vio únicamente en estas áreas. También se logró establecer que los profesionales de actividad intelectual recurrieron a un mayor número de días de permiso por estrés ocupacional que los días que fueron otorgados por enfermedades y accidentes laborales. También se observó que la prevalencia del estrés era mayor en mujeres, mientras

que en lesiones y enfermedades relacionadas con el trabajo, la prevalencia era mayor en los varones. (U.S. Department of Labor, 1999)

Estudios realizados por el Departamento de Salud de Inglaterra en conjunto con la Universidad de Bristol (Health & Safety Executive, 2003), han determinado que gran parte de su población trabajadora sufre de estrés, depresión y ansiedad relacionada con actividades laborales. En las investigaciones efectuadas se observó que en profesionales de la educación, de servicios de protección, de instituciones financieras, de profesiones de la salud, de personeros públicos y de puestos administrativos, se han encontrado mayores niveles de estrés, ansiedad y depresión.

A nivel mundial existe una extensa y creciente base de datos provista por instituciones, como también de universidades, en relación, tanto, al estrés ocupacional, como a la ansiedad y a la depresión que afectan al profesorado. Entre uno de los más importantes antecedentes se encuentra el de la asociación entre la población de profesores y uno de los mayores niveles de estrés ocupacional (Ritvanen y cols. 2003). Al estudiar esta asociación propusieron dar más énfasis a la prevención del estrés ocupacional, al mismo tiempo de tomar actitudes para disminuir el estrés ya existente, sobretudo, en profesores con más años de ejercicio docente.

Esto mismo fue observado por Wang y cols (2001), enfocando más la prevención a profesores del género masculino, en colegios de enseñanza media. Weber y cols (2002), observaron, por otro lado, la tendencia de profesores alemanes por jubilar antes de la edad establecida por ley, volviendo a realzar la importancia de factores desestresantes. En relación con la ansiedad, Wakabayashi (2002), utilizando las escalas de Manifest Anxiety y la Marlowe-Crowe Social Desirability, pudo determinar que los profesores presentan un nivel de ansiedad que tiende a disminuir levemente en el tiempo, pero que siempre se mantiene en algún grado, predisponiéndolos al estrés.

En relación directa con trastornos mentales del profesorado, Beer y Beer (1992) utilizando la escala de depresión de Beck's, la Coopersmith Self-esteem Inventory formato adulto y la Stress Profile para profesores, en educadores de enseñanza básica y media, observaron una mayor cantidad de depresión en profesores de enseñanza media sobre profesores de enseñanza básica, sin distinción de sexo. En relación al estrés, los profesores de enseñanza media volvieron a superar a los de educación básica, donde dentro de los profesores de enseñanza media, el género masculino, presento mayores niveles de estrés sobre el femenino.

Pedrabissi y cols. (1993), realizaron estudios de medición de estrés en poblaciones de profesores de enseñanza media en Francia e Italia, esto utilizando la Maslach Burnout Inventory. Se estableció que la formación sociocultural y la cantidad de logros personales son variables importantes a la hora de calcular los niveles de estrés de acuerdo en relación a la edad.

Para concluir con esta revisión, Mwamwenda y cols. (1997), en un estudio en profesores de enseñanza media, utilizando una escala no estandarizada, obtuvieron altos niveles de estrés en todos los profesores encuestados, pero sin distinción de sexo.

La salud mental de los profesores chilenos

En Chile ha habido un aumento en los esfuerzos para ahondar en el tema desde principios de esta década (Castro, 2000). Existen en la educación chilena deficiencias importantes, lo cual conlleva, a la baja motivación de los profesores, poca participación de los cambios curriculares, metodologías de enseñanza poco adaptadas a los cambios sociales, por solo ilustrar algunos puntos (Molina, 2000; Claro y Bedregal, 2003)

Cifuentes (1995), estudió a profesores chilenos de instituciones municipalizadas, obteniendo que un 32.5% de los encuestados estarían presentando un trastorno psiquiátrico, incluyendo algunos que presentaban tendencias suicidas. Al 61% de los profesores se les había indicado al menos una licencia médica durante el año, mientras que un 8.4% de los profesores refirió estar consumiendo estimulantes o tranquilizantes. De acuerdo a su investigación, Cifuentes, expresa que algunas variables independientes son: el número de cursos que toma cada profesor, número de alumnos por curso, si trabaja en más colegios, si tiene trabajo directivo y horas semanales.

Claro y Bedregal (2003), investigaron el estado de la salud mental de los profesores que trabajaban en los colegios de Puente Alto en Santiago, esto estudiando al mismo tiempo los factores que pudieran estar asociados a ese estado mental. Se observó que el 28,6% de los profesores investigados, tenían algún tipo de trastorno emocional. Al mismo tiempo, otro porcentaje de profesores, relataba cefaleas, problemas de visión, una menor satisfacción general, idas al psiquiatra en los últimos dos años, uso de antidepresivos y sobre todo una peor relación con los niños.

Existen en la literatura otros estudios asociados a la percepción de estrés laboral del profesorado. Barria y cols. (2002), trabajaron con poblaciones de profesores de colegios municipalizados en Punta Arenas. Los autores se encontraron con que se relataban en un alto porcentaje problemas de cefaleas y dolores musculares, que en la literatura se encuentran muy asociadas al estrés (Korszun y cols., 1998).

De acuerdo a los diferentes autores, existen diversos factores que llevarían a variar los niveles de estrés, depresión y ansiedad de los profesores chilenos. Debemos, al mismo tiempo, recordar que el sistema educacional nacional se organiza en tres sistemas; en establecimientos municipalizados, particulares subvencionados, y colegios particulares pagados (MINEDUC V Región, 2003). Esta división conlleva diferencias en las realidades de los profesores, dependiendo del sistema al cual el o ella trabaje y a la institución donde el profesor ejerza, encontrándose en cada uno de los sistemas ya antes mencionados, diferentes problemas y, al mismo tiempo, diferentes formas de lidiar con estos, pudiendo haber diferencias en la cantidad de trastornos mentales en los profesores de los diferentes sistemas.

Las variables independientes según los diferentes autores (sintetizando estudios de Claro y Bedregal, 2003; Cifuentes, 1995; Barria y cols., 2002) son:

- Demografía de los alumnos (Sexo, edad, nivel socioeconómico)
- Densidad de alumnos que alberga cada establecimiento
- Jornadas laborales (Completa, parcial.)
- Cobertura en salud (Isapre, Fonasa)
- Riesgos Psicosociales

Esto sin mencionar el bagaje personal que acarrea cada profesor:

- Sociales (Situación de pareja, redes de apoyo social, actividades de esparcimiento)
- Laborales (Años de experiencia laboral, relaciones laborales, número de colegios a los cuales hace clase, cursos de capacitación, remuneración)
- Familiares (Número de hijos dependientes, número de miembros familiares, ayuda doméstica)

Para terminar con este punto es necesario hablar de lo que se sabe hoy en día de la asociación entre niveles de estrés, ansiedad y depresión, y las patologías que aquejan a los profesores. Deianov y cols. (1995), determinaron una asociación positiva entre una mayor cantidad de años de ejercicio docente y una mayor riesgo cardiovascular, tanto a lo que se refiere a hipertensión, como a infartos al miocardio (esto siempre de la base de un estrés crónico en estos profesores). Más cercano a nuestro estudio, están los hallazgos de Delcor y cols. (2004), quienes estudiaron a un grupo de 250 profesores, finalmente determinando una asociación, por un lado, entre la prevalencia de trastornos mentales y, por otro, patologías y malos hábitos.

3. HIPÓTESIS

Los trastornos mentales, no son un factor de riesgo para el desarrollo de patologías de la mucosa oral y labios.

4. OBJETIVOS

General

Determinar si los trastornos mentales de estrés, ansiedad, y depresión, son factores de riesgo para patologías de las mucosas en profesores.

Específicos

- 1.- Determinar la frecuencia de Estrés, Ansiedad, y Depresión en profesores de enseñanza media.
- 2.- Determinar la frecuencia de URO, HRO, LPO, y SBU en profesores de enseñanza media.
- 3.- Describir la distribución por sexo de los trastornos mentales y trastornos de mucosas y labios en profesores de enseñanza media.
- 4.- Describir la distribución de los trastornos mentales en función del número de alumnos que posea cada docente.
- 5.- Describir la distribución de los trastornos mentales en función del número de años de ejercicio docente.

5. MATERIALES Y MÉTODOS

5.1 TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo.

5.2 MATERIAL

Universo

El Universo de estudio correspondió a los profesores de enseñanza media de colegios particulares de las comunas de Viña del Mar y Valparaíso.

Como se expresó, la totalidad de los estudios realizados en los sistemas educacionales de Chile, fueron realizados en colegios pertenecientes al sistema público del ministerio de educación, por tanto, este estudio comprenderá el análisis de la población de profesores perteneciente al sistema privado, y sobre el cual no existen estudios previos en Chile.

En la Vta región de Valparaíso, específicamente en las comunas de Valparaíso y Viña del Mar, la distribución de los colegios es la siguiente:

Comuna / Sistema	Municipales	Particular Subvencionado	Particular Pagado	TOTAL
Valparaíso	59	67	27	153
Viña del Mar	55	82	65	202

Según la tabla anterior, el Universo de establecimientos Particulares en las comunas objetivo para este estudio, son 92.

Muestra

Se realizó una muestra intencionada de 82 pacientes, de entre los 29 establecimientos que cumplen con los criterios de inclusión

Criterios de inclusión

- Los establecimientos seleccionados deben ser colegios particulares de las comunas de Viña del Mar y Valparaíso, con una matrícula igual o superior a 300 alumnos. (De esto resulta un universo de 29 establecimientos)
- Profesor actualmente en ejercicio docente.
- Profesores de enseñanza media.

Criterios de exclusión

- Profesor previamente evaluado en este estudio, en otro establecimiento.
- También serán excluidos aquellos profesores que tengan cargos directivos en la institución, y que no realizan labores de docencia.

Debido a que este estudio está fuertemente limitado, por la voluntad y consentimiento de los establecimientos educativos, y más aún, por el consentimiento de cada profesor en particular, resulta imposible disponer del universo exacto. Así mismo, el número de profesores que presta servicios en cada institución, es un dato confidencial de cada establecimiento, lo que dificulta la estimación del universo exacto. Estos antecedentes, imposibilitaron el empleo de una técnica aleatoria para la selección de la muestra.

Al cuadro anterior, se suma la baja prevalencia mundial de las patologías orales en estudio, razón que nos obliga a realizar un estudio piloto para determinar un tamaño de muestra adecuado. Este estudio piloto a su vez fue de utilidad para evaluar los instrumentos necesarios para el estudio.

Los resultados del estudio piloto, con una muestra piloto recolectada de 37 individuos, determinan un tamaño de muestra de 82 profesores, con un nivel de confianza de un 5%.

El proceso de toma de muestra comienza con el contacto mediante carta presentación por parte de la Dirección de pregrado de la Facultad de Odontología Universidad de Valparaíso, a los colegios que cumplen con los criterios de inclusión según la información actualizada al año 2001, provista por la Secretaria Regional Ministerial de la Vta región.

Posterior a la respuesta de cada colegio, se solicita entrevista personal con el Rector, Director, o Encargado de relaciones exteriores de cada colegio. En dicha entrevista, se hace entrega del protocolo de la investigación, los instrumentos a utilizar, y se explica personalmente, los Objetivos a alcanzar por el estudio, y los métodos para llegar a ellos.

Posterior a este proceso, se obtiene el listado de establecimientos dispuestos a participar en este estudio, el cual detallamos a continuación:

Colegio	Comuna
Liceo Comercial Alberto Blest Gana	Viña del Mar
Colegio Saint Paul	Viña del Mar
Colegio San Ignacio	Viña del Mar
Colegio Saint Dominic	Viña del Mar
Colegio María Auxiliadora	Viña del Mar
Colegio Saint Margaret	Viña del Mar
Colegio San Pedro de Nolasco	Valparaíso

Con la aprobación ya dada por la dirección de cada institución, se realizará una presentación del seminario de tesis, objetivos, patologías orales de interés y metodología a aplicar. Esta presentación se dará a la totalidad de profesores de enseñanza media del establecimiento, con el fin de motivar y a resolver inquietudes dentro del profesorado. Para finalizar, se hace entrega de una lista de inscripción y se fija una fecha para ejecutar la toma de muestra, a todo el grupo participante.

5.3 MÉTODO

Variables a examinar

- Estrés, Ansiedad, depresión
- Liquefación Oral, Herpes Recidivante Oral
- Sexo del paciente
- Número de alumnos a los cuales hace clase cada profesor
- Años de ejercicio docente de cada profesor

Recolección de datos

La recolección de datos se llevó a cabo entre los meses de Junio, Julio y Agosto del año 2004.

El procedimiento para realizar la toma de muestra, se llevó a cabo en dos salas para poder ejecutar el doble ciego. En la sala 1, un encuestador solicita la cédula nacional de identidad, y coteja que el individuo no haya sido encuestado anteriormente, según la información contenida en una hoja con la estadística de los profesores ya encuestados. Una vez realizado este procedimiento, se hace entrega del consentimiento informado. Una vez aceptado y firmado el documento este se archiva en una carpeta destinada especialmente para esto; y a su vez, se ingresa el nombre del profesor en una lista que es actualizada después de cada visita a los establecimientos, con el fin de evitar la evaluación de un profesor en más de alguna ocasión. Posterior a esto, se solicita al profesor que retire un código al azar desde una caja que contiene códigos de inscripción (el cual es el único nexo entre el individuo y el investigador durante el estudio). Posterior a esto, se hace entrega de los test psicológicos (TER y HAD, y un sobre rotulado con el código de identificación, para guardar estos documentos.

Para finalizar, el profesor pasa a la sala número 2, portando el código de identificación, el cual será solicitado por un segundo encuestador, diferente del primero, e ingresado en la ficha clínica del paciente. En esta sala, se realiza la anamnesis remota, y el examen clínico simplificado.

Instrumentos

i) Medición de trastornos mentales de interés (Escala y Test)

Resulta trascendental definir un método objetivo y válido para obtener una aproximación diagnóstica a los trastornos mentales de importancia para este estudio.

Al correr de los años, un sin número de investigadores han realizado intentos para crear un instrumento de medición de trastornos mentales. De acuerdo al avance de la psicología, los métodos de medición se planifican en búsqueda de trastornos específicos, y al mismo tiempo, para el propósito con que se realizaron, si fue para el de diagnóstico de pacientes en particular, si se realizaron para investigación y comunicación entre investigadores, por mencionar algunos ejemplos. Se ha podido observar con el paso del tiempo que los instrumentos de medición son reemplazados luego de algunos años y que al mismo tiempo se vuelven más específicos.

De acuerdo a los estudios realizados en búsqueda de patologías orales y su relación con la medición del estrés, la ansiedad y la depresión, podemos mencionar los siguientes instrumentos de medición:

- Escala SCL-90 (Depresión y Ansiedad)
- Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) (Depresión y Ansiedad)
- Hamilton Scale (Ansiedad)
- Spielberg State Trait Anxiety Inventory (Ansiedad)
- Manifest Anxiety (Ansiedad)
- Cuestionario Catell 16PF (Ansiedad)
- Test de experiencia reciente (TER) (Estrés)
- Stress Profile para profesores (Estrés)
- Test de Experiencia Reciente (Estrés)
- Escala OSI-R (Estrés)
- Depression Adjective Check List (Depresión)
- Escala de depresión de Beck's (Depresión)
- Montgomery Asberg Depresión Rating scale (Depresión)
- Coopersmith Self-esteem Inventory formato adulto
- Marlowe-Crowe Social Desirability

Para el siguiente estudio se han seleccionado dos escalas de medición: el Test de Experiencia Reciente (TER) para la medición del estrés y el Hospital Anxiety and Depression scale, para la medición de la ansiedad y la depresión. Estas escalas fueron seleccionadas por diagnóstico a realizar, el número de preguntas a responder antes de realizar un diagnóstico (el cual no supera los 20 minutos entre ambos test, que en el caso de la población de profesores es de gran relevancia) y su fácil interpretación.

Tanto el TER como el HAD sólo diagnostican la presencia de estrés por un lado, y ansiedad y depresión, por el otro. Estos test no diagnostican la variedad específica del trastorno mental que el paciente denota en el momento del test. (Esguep, 1997)

Test de Experiencia Reciente (TER)

Para conocer el grado de estrés al que está sometido cada paciente, se realiza el Test de Experiencia Reciente, que consta de 42 ítems, orientado a pesquisar los cambios o experiencias recientes sufridas en los últimos 6 meses por los pacientes con el fin de correlacionar la cantidad y el tipo de acontecimientos con la aparición de EAR, LPO, SBU, o HRO, como manifestaciones orales del estado psicológico del individuo.

Desarrollado por el Dr. Florenzano en la Universidad de Chile (1984), cada uno de los ítems está ponderado con determinado puntaje, de acuerdo con la importancia del acontecimiento vital. Por ejemplo “muerte del cónyuge” y “despido de trabajo” tienen un valor de 100 y 47 puntos respectivamente, mientras que ítems tales como “cambio de condiciones de vida” o “violaciones menores de la ley” corresponden solo a 25 y 11 puntos respectivamente.

La sumatoria de cada ítem contestado positivamente daba el puntaje final de cada persona. De 0 a 300 puntos se considera como baja cantidad de acontecimientos vitales y de 301 a 600 puntos, como alta cantidad de cambios y con esto, estrés.

Hospital and Depression Scale (HAD)

Realizado por Zigmond y Snaith en 1986, y validada en Chile por Caro e Ibáñez (1992), la escala HAD es un cuestionario de auto evaluación, diseñado para identificar desordenes de ansiedad y depresión en poblaciones no psiquiátricas, y que ha sido empleado previamente en un gran número de trabajos y en forma exitosa en la evaluación de pacientes que acuden a la atención odontológica (McCartan y cols., 1996)

La escala HAD consta de un total de 14 ítems: se encuentra dividida en dos subescalas, una de ansiedad y otra de depresión, de 7 preguntas cada una, las que van alternadas durante todo el cuestionario.

El contenido de los ítems en cada una de las subescalas excluye síntomas de referencia somática (como dolor de cabeza o mareos, por ejemplos), síntomas que pueden provenir de alguna enfermedad somática o mental (insomnio, anergia, fatiga, pesimismo, etc.) y finalmente síntomas relacionados con severos desordenes mentales.

Cada ítem consta de una pregunta y cuatro respuestas para elegir. Estas últimas tienen un puntaje que va de 0 a 3, donde (0) significa ausencia del rasgo en estudio, (1) probable ausencia, (2) posible presencia y (3) probable presencia del rasgo con significancia clínica.

La sumatoria de los puntajes en cada subescala da un valor máximo de 21 puntos, los que son clasificados en: normal (0-7), bordeantemente mórbido (8-10) y clínicamente mórbido (11-21).

A los profesores seleccionados para realizar el estudio, se les aplica los dos test para el rastreo de trastornos mentales para pacientes no psiquiátricos, para luego tomar un examen intraoral simplificado.

Ambas encuestas son realizadas con un encuestador presente en la sala del recinto asignada para este fin, esto para poder responder cualquier inquietud que los miembros del profesorado pudiesen tener. Los instrumentos de medición de estrés, ansiedad y depresión deben ser contestados en un lapso no mayor de 20 minutos. Las encuestas son devueltas al encuestador en un sobre cerrado, el cual debe tener inscrito el número de identificación del profesor en su exterior.

Posterior a esto, y en el mismo día, y en una sala diferente, se realiza la confección de la historia clínica remota del paciente en relación a las patologías de estudio para la tesis, para luego efectuar un examen oral simplificado de las mucosas orales, en búsqueda exclusiva de las patologías orales de interés de este estudio, con el paciente de pie, y una fuente luminosa de 60.000 lux, a 50 cm. del paciente. Este examen será apoyado por fotografía digital intraoral en caso de pesquisar algún trastorno de las mucosas o labios, utilizando la ayuda de un abre-bocas para mejorar la calidad fotográfica. Para el examen intraoral respectivamente, se utilizarán bandejas de examen simplificadas, las cuales constaran de un baja lenguas, pinzas, y tómulas de algodón.

ii) Biopsias

Será necesaria la ejecución de una biopsia, en el caso de encontrar las siguientes lesiones, debido a que son diagnóstico diferencial para las variedades erosivas, en placas, atrófico, y ampolloso de LPO (Regezi, 1995):

- **Candidiasis Atrofica (Eritematosa):** Forma clínica de infección por *Candida albicans* en la cuál la mucosa está adelgazada, lisa y de color rojo brillante con síntomas de ardor y aumento de sensibilidad; normalmente se encuentra en el paladar debajo de una dentadura protésica, pero también se ve en la lengua y en otras superficies mucosas.
- **Leucoplasia:** Placa blanca situada sobre la mucosa bucal que no puede ser eliminada mediante rascado ni clasificada como ninguna otra enfermedad diagnosticable. (OMS, 1978)
- **Carcinoma de Células Escamosas:** Presenta una variedad de formas clínicas. Las presentaciones intraorales más tempranas son eritroplasia y leucoplasias. Las lesiones más avanzadas aparecen en primer lugar como una úlcera indolora, una masa tumoral o una excrescencia verrucosa (papilar). Cuando se ha infiltrado profundamente en el tejido conjuntivo puede tener

pocos cambios superficiales. En el suelo de boca, habitualmente genera fijación de la lengua e imposibilidad de abrir la boca normalmente. También puede invadir tejido óseo, generando movilidad dentaria, y en la mandíbula, parestesia dentaria y labial.

- **Lupus Eritematoso Discoide:** Forma más leve de lupus eritematoso, crónica, y afecta piel cuero cabelludo (alopecia), pabellón auricular y mucosa oral en el 24% de los casos. Las lesiones intraorales, pueden presentarse como áreas leucoplásicas anulares y/o erosiones eritematosas o ulceraciones crónicas. La aparición de las lesiones es simultánea a las mucosas.
- **Penfigoide mucoso o cicatrízal:** Afecta encías libre y adherida, en forma de áreas irregulares de eritema. Un trauma pequeño como el cepillado, puede separar al epitelio del conjuntivo subyacente, formando ampollas llenas de sangre o quedando expuesto el conjuntivo (descamación). Signo de Nikolsky positivo.
- **Liquen Plano erosivo, ampollosa, atrófico y placas.**

(Sapp, 1998)

Este examen complementario se realizará en la Escuela de Odontología de la Universidad de Valparaíso, mediante una interconsulta enviada el mismo día que se realiza el examen primario del paciente. En cuanto al diagnóstico histopatológico, este será realizado por el patólogo del equipo en el laboratorio de histopatología de la escuela de Odontología de la Universidad de Valparaíso.

El proceso total, sumando la ejecución de los test psicológicos y los exámenes intraorales simplificados no deberá superar un tiempo máximo de 25 minutos.

Por último, y en la ficha clínica se pedirá a los encuestados que escriban una lista de los fármacos que están consumiendo desde hace 6 meses hasta la fecha, esto para poder eliminar la posibilidad de reacciones liquenoides causadas por fármacos, sobre pacientes con cierta predisposición. Dentro de los fármacos que en la actualidad se describen como productoras de estas reacciones están:

- Sales de oro
- Antimaláricos (cloroquina, quinacrina)
- Antihipertensivos (metildopa, captopril/enalapril, propanolol)
- Antiinflamatorios no esteroideos (fenilbutazona, ibuprofeno)
- Diuréticos (furosemida, espironolactona)
- Psicofármacos
- Hipoglicemiantes Orales

(Regezi, 1995)

iii) Ficha Clínica

La ficha clínica fue construida con dos objetivos; establecer antecedentes generales de los pacientes, y por otro lado, determinar si el paciente presenta un diagnóstico positivo para alguna de las 4 patologías de las mucosas y labios en estudio (LPO, EAR, HRO, SBU).

Físicamente es una ficha clínica de 2 hojas. La primera posee imágenes a color numeradas de las patologías en estudio acompañadas por un cuadro resumen de las características clínicas de cada una, en cuanto a su descripción y sintomatología. La segunda contiene un cuestionario de antecedentes generales, y médico – odontológicos.

Antecedentes generales

- Número Identificación paciente
- Fecha
- Sexo
- Edad en años
- Años de ejercicio docente
- Número de alumnos a los que realiza clases

Antecedentes médico – odontológicos.

- Antecedentes médicos generales: Expresado a través de la pregunta, “¿Padece alguna enfermedad y/o está bajo tratamiento médico?”
- Después de leer las primera página. “¿Ha notado la presencia de alguna de estas lesiones en alguna ocasión?”
- Si la respuesta anterior es afirmativa. “¿Qué lesión fue?” (Identifique según número de fotografía)
- “¿Recuerda cuándo fue la última vez que aparecieron?” Esta pregunta tiene por objetivo detectar si el trastorno ocurrió en los últimos 6 meses o más, debido a que la correlación posterior con trastornos mentales, está en función de un período de screening de 6 meses otorgado por los test TER y escala HAD.
- Sintomatología de las lesiones: Las alternativas fueron: Ardor, Dolor, Molestias, comezón, y otras. Esta pregunta tiene por objetivo complementar la inspección visual, y lo respondido por el paciente respecto a la pregunta “¿Qué lesión fue?”.
- “Actualmente, ¿está utilizando algún medicamento. Especifique nombre y tiempo de uso”. Esta pregunta tiene por objetivo, pesquisar el uso de algún fármaco asociado a la aparición de reacciones liquenoides.

Al final de la ficha clínica, en el cuadrante inferior derecho, se incluye la siguiente pregunta: ¿Requiere Biopsia? Con las alternativas SÍ – NO.

Bajo esta pregunta, se incluye un cuadro resumen del diagnóstico del paciente, unificando la historia clínica con el examen clínico.

En resumen, el paciente es diagnosticado bajo el siguiente criterio:

Historia clínica positiva + Examen clínico positivo:	Paciente presenta la patología
Historia clínica positiva + Examen clínico Negativo:	Paciente presenta la patología
Historia clínica negativa + Examen clínico positivo:	Paciente presenta la patología
Historia clínica negativa + Examen clínico negativo:	Paciente sano respecto a las patologías en estudio

Definiciones Operacionales

Para el correcto diagnóstico clínico de las lesiones en estudio, es necesario especificar las características de cada uno de los cuadros.

Liquen plano reticular

- Líneas Blanquecinas, elevadas y finas
- Patrón reticular o encaje, sobre fondo eritematoso
- Generalmente lesiones son bilaterales
- Asintomático
- Histopatología: El liquen plano reticular consiste en áreas focales de hiperplasia epitelial en cuya superficie existe una gruesa capa de ortoqueratina o paraqueratina. El estrato de las células espinosas esta engrosado (acantosis), con crestas epiteliales cortas y puntiagudas (“dientes de sierra”). Las áreas engrosadas se observan clínicamente como estrías de Wickham. Entre estas áreas el epitelio se observa atrófico, con perdidas de crestas. El tejido conjuntivo adyacente contiene un cúmulo denso y estrecho de linfocitos T, que atraviesa la membrana basal y se observa en las capas celulares basal y parabasal del epitelio. Algunas veces en el epitelio se observan cuerpos eosinófilos amorfos, redondos u ovalados, conocidos como cuerpos de Civatte. El estudio fajo inmunofluorescencia muestra deposito de fibrinógeno a lo largo de la membrana basal, con extensiones apicales hacia el tejido conjuntivo subyacente. El estudio inmunohistoquimico con anticuerpos frente a la proteína S-100 indica un aumento de células de Langerhans en las capas medias del epitelio.

Liquen plano erosivo

- Lesiones erosivas de superficie granular y rojo brillante.
- Las zonas de erosión más graves se cubren con una pseudo membrana de células necróticas y fibrina.
- Si el componente erosivo es severo, puede ocurrir separación epitelial.
- Sintomático. Paciente relata irritación oral y molestias (quemazón y/o dolor) Dolor y hemorragia a la palpación

- Pueden ser necesarios exámenes complementarios (estudios microscópicos o de inmunofluorescencia) en algunos casos ya que el penfigoide cicatrizal y el pénfigo vulgar pueden presentar aspecto similar.
- Histopatología: El liquen plano erosivo muestra un epitelio considerablemente adelgazado con áreas de pérdida completa de crestas epiteliales y un denso infiltrado de linfocitos T que oculta la membrana basal y se extiende hasta las capas medias y superiores del epitelio. En la mayoría de las áreas se observa una licuefacción de la membrana basal y vacuolización y destrucción de las células basales. En ocasiones se produce una separación subepitelial. A menudo se pierde el epitelio quedando expuesto el tejido conjuntivo subyacente. Los linfocitos se sitúan solo en una banda estrecha en las capas superficiales del tejido conjuntivo.

Liquen plano en placas

- Fondo eritematoso de la forma reticular
- Estadio transicional entre el liquen plano reticular y el erosivo
- Apoyo con exámenes complementarios
- Histopatología: El liquen plano en placas presenta una histología similar al liquen plano reticular, pero sin áreas atróficas intermitentes en el epitelio. Consiste en una hiperqueratosis o hiperparaqueratosis generalizada, combinada con acantosis. Puede existir una pérdida de crestas en el límite entre el epitelio y el tejido conjuntivo o una alteración de su forma, adquiriendo un “patrón de dientes de sierra”. La membrana basal está llamativamente engrosada. La banda de linfocitos T presente en el tejido conjuntivo superficial es menos densa que en el liquen plano reticular, con muy pocas células en las capas profundas del epitelio.

Liquen plano atrófico

- Idéntico al patrón reticular.
- Puede ser un estado transicional entre reticular y en placas.
- Afecta sobre todo a las encías y mucosa bucal.

Liquen plano ampolloso

- Ampollas de 2 mm. a 4 cm. de diámetro, de corta duración, y se rompen casi inmediatamente; al perderse el epitelio, el tejido conectivo subyacente queda expuesto y la lesión se convierte en LP erosivo.
- Estas lesiones afectan fundamentalmente la mucosa bucal posterior.

Estomatitis aftosa recidivante menor

- Aparición en episodios
- Presencia de menos de cinco úlceras a la vez
- Duración de cada lesión entre 10 a 14 días

- Diámetro de 0,5 a 1 cm.
- Lesiones superficiales, con bordes marcados y crateriformes
- Lesiones presentan una base blanco-amarillenta con un halo eritematoso

Estomatitis aftosa recidivante mayor

- Aparición en episodios
- Presencia de solo una o dos lesiones a la vez
- Duración de cada lesión de hasta 6 semanas
- Diámetro de 5 a 20 milímetros
- Lesiones superficiales, con bordes marcados y crateriformes
- Lesiones presentan una base blanco-amarillenta con un halo eritematoso
- El dolor de las lesiones es importante y dificulta la alimentación

Ulceras Herpetiformes

- Episodios prolongados de lesiones intraorales
- Ulceras crateriformes superficiales y pequeñas
- Lesiones de 3 a 6 milímetros de diámetro
- Episodios pueden durar semanas o meses y algunos pacientes pueden presentar lesiones casi continuamente a lo largo de varios años
- Pruebas de laboratorio para descartar etiología vírica

Herpes Labial Recidivante

- Cúmulo de lesiones vesiculosas
- Ubicación en los labios
- Forman una vesículas claramente visibles
- Afectan a la piel, llenas de líquido que se rompen, forman úlceras, y se resuelven en forma de lesiones costrosas de color pardo
- Curan sin dejar cicatrices en 7-10 días.

Herpes Intraoral Recidivante

- Ubicación en mucosa adherida: íntimamente unida al periostio (queratinizada), paladar duro, encías y cresta alveolar.
- Cúmulo de pequeñas vesículas blancas o grises sin presencia de halo eritematoso rojo; las vesículas se rompen pronto, formando pequeñas úlceras puntiforme de diámetro igual o inferior a 1 mm.
- Las úlceras poco profundas no superan los 0,5 cm. de diámetro con halo rojo. Pueden aparecer grupos de vesículas muy próximas. Cuando estas se rompen, se forma una úlcera mucho mayor, de hasta 1,5 cm. de diámetro. El borde es festoneado y existe halo rojo.
- Habitualmente, aparecen úlceras puntiformes muy pequeñas y agrupadas en una región reducida; presentan borde regular y suelen ser redondas; el halo eritematoso es variable.
- Lesión suele reaparecer en la misma localización.
- Lesiones desaparecen lentamente.
- Histopatología:

Lesión Precoz. El líquido vesicular contiene células epiteliales, con balonización, células gigantes multinucleadas y partículas víricas.
Lesión Madura. Tras rotura de vesícula, la ulcera es inespecífica.

Síndrome Boca Urente

- Paciente presenta una sensación desagradable en su lengua, no relacionado a otra patología local o de índole sistémico.
- Descartar:
 - Restauraciones metálicas
 - Cálculo o Sarro dental
 - Alimentos irritantes
 - Tabaquismo intenso
 - Alergias a medicamentos
 - Candidiasis
 - Enfermedades sistémicas como: Diabetes Mellitas, Anemia perniciosa, Síndrome de Plumier – Vinson, Cáncer

Ansiedad y Depresión

- Definidas por “The Hospital Anxiety and Depression Scale” Zigmond y Snaith 1983

Estrés:

- Definidas por el “Test de Experiencia Reciente” Florenzano 1984

Calibración

No fue necesario realizar calibración, debido a que la evaluación psicológica de la totalidad de la muestra, fue ejecutada por un solo encuestador, alumno de sexto año de la carrera de odontología.

A su vez, el examen clínico fue realizado por un solo encuestador, también alumno de sexto año de la carrera de odontología. El encuestador ocupó como pautas diagnósticas para determinar la presencia de una patología en estudio, las definiciones operacionales expresadas anteriormente.

La recolección de la información, que constituye la historia clínica, no requiere de calibración, debido a que está definida por una ficha clínica de preguntas cerradas.

Estandarización

Las condiciones en las que se realizaron los exámenes, debieron ser estandarizadas, debido a que este proceso, se realizó en 7 establecimientos diferentes, por tanto, 7 espacios físicos diferentes.

La iluminación, condición más variable entre los diferentes lugares de examen, fue estandarizada mediante la utilización de dos focos luminosos de altura regulable, de 30.000 lux cada uno, a 50 cm. del paciente, orientados cada uno en 45° en relación al paciente, otorgando una luminosidad directa total de 60.000 lux.

El Paciente es ubicado de pie, frente al examinador.

En cuanto al instrumental utilizado, se utilizaron juegos de examen idénticos en todas las ocasiones.

Análisis Estadístico

Se utilizó la prueba chi cuadrado χ^2 , para determinar significancia entre las variables.

La prueba chi cuadrado, χ^2 , es apropiada para datos que se agrupan en categorías y tienen celdas con observaciones de tal forma que:

$$\chi^2 = \sum_i \frac{(n_{ij} - \hat{E}_{ij})^2}{\hat{E}_{ij}}$$

Los valores observados corresponde a la información que hay dentro de cada celda y los valores esperados son aquellos referidos cuando la hipótesis nula es verdadera.

Las tablas se realizaron con el programa Stata versión 8

Los gráficos se realizaron con el programa Microsoft Excel

6. RESULTADOS

De un total de 82 profesores de enseñanza media de colegios particulares de las comunas de Viña del Mar y Valparaíso de Chile, evaluados durante los meses de Junio, Julio y Agosto del año 2004, se obtuvieron los siguientes resultados:

6.1 ANTECEDENTES GENERALES

Tabla I. Medias para edad, años de ejercicio docente, y cantidad de alumnos.

Variable	Cantidad de observaciones	Media	Desviación Estándar	Mínimo	Máximo
Edad	82	40,56	9,169	23	59
Años ejerciendo la docencia	82	14,93	8,719	1	32
Cantidad de alumnos	82	310,06	225,882	13	1000

Tabla II. Distribución de la edad de los individuos bajo estudio, según género.

Edad	Género		Total
	Femenino	Masculino	
[21 ; 30 [	9 11%	5 6%	14 17%
[30 ; 40 [	21 26%	8 10%	29 35%
[40 ; 50 [	17 21%	8 10%	25 30%
[50 ; 60 [	8 10%	6 7%	14 17%
Total	55 67%	27 33%	82 100%

En cuanto a antecedentes generales, en la Tabla II se refleja el sexo y edad de los profesores evaluados, determinándose que la mayoría corresponde a mujeres, donde el 35% tiene entre 31 y 40 años, de los cuales el 26% son mujeres y el 10% restante son varones.

6.2 DISTRIBUCIÓN DE LOS TRASTORNOS MENTALES EN ESTUDIO

Tabla III. Distribución general de los individuos bajo estudio, según trastornos mentales diagnosticados por test TER y HAD.

Variable	No		Si		Total
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	
Estrés	33 40%	15 18%	22 27%	12 15%	82 100%
Ansiedad	29 35%	18 22%	26 32%	9 11%	82 100%
Depresión	43 52%	24 29%	12 15%	3 4%	82 100%

Se puede observar una mayor prevalencia de los trastornos mentales en estudio sobre la población femenina. Se debe tener en cuenta la densidad de mujeres en la muestra.

6.3 DISTRIBUCIÓN DE LAS PATOLOGÍAS ORALES EN ESTUDIO

Tabla IV Distribución general de los individuos bajo estudio, según patologías orales diagnosticadas.

Variable	No	Si	Total
EAR	50 61%	32 39%	82 100%
HRO	69 84%	13 16%	82 100%
LPO	81 99%	1 1%	82 100%
SBU	79 96%	3 4%	82 100%
HRO y EAR	78 95%	4 5%	82 100%

Se puede observar una clara supremacía de la prevalencia de la EAR en la muestra (39%).

Tabla V. Distribución de las patologías presentadas por los individuos, según sexo.

Patologías	Sexo		Total
	Femenino	Masculino	
EAR	19 59%	13 41%	32 100%
HRO	9 69%	4 31%	13 100%
HRO y EAR	4 100%	—	4 100%
Otras	4 100%	—	4 100%
Total	36 67%	17 33%	53 100%

Se puede observar la mayor prevalencia de patologías en el género femenino. Al mismo tiempo se debe tener en consideración el mayor número de mujeres que existe en la muestra.

6.4 RELACION TRASTORNOS MENTALES Y PATOLOGÍAS ORALES

Tabla VI. Distribución de los individuos según patologías y problemas psicológicos.

Variables		Trastornos Mentales		Total	Test de Significancia
		No	Si		
Patologías Orales	No	1 9%	10 91%	11 100%	P= 0,035
	Si	28 39%	43 61%	71 100%	
EAR	No	5 10%	45 90%	50 100%	P= 0,184
	Si	6 19%	26 81%	32 100%	
HRO	No	10 15%	59 85%	69 100%	P= 0,509
	Si	1 8%	12 92%	13 100%	
EAR y HRO	No	10 13%	68 87%	78 100%	P= 0,486
	Si	1 25%	3 75%	4 100%	
Otras Patologías	No	9 12%	69 88%	78 100%	P= 0,028
	Si	2 50%	2 50%	4 100%	

Se puede observar una relación significativa entre Trastornos Mentales y Patologías Orales, y Trastornos Mentales y Otras Patologías.

Tabla VII. Distribución de los individuos en los test TER Y HAD, según presencia de alguna patología.

Variables		Patologías Orales		Test de Significancia
		No	Si	
Test de Experiencia Reciente	No	18 62%	30 56%	P= 0,693
	Si	11 38%	21 44%	
	Total	29 100%	53 100%	
Depresion HAD	No	27 93%	40 75%	P= 0,116
	Si	2 7%	13 25%	
	Total	29 100%	53 100%	
Ansiedad HAD	No	20 69%	27 51%	P= 0,137
	Si	9 31%	26 49%	
	Total	29 100%	53 100%	

Se puede observar la nula significancia que existe entre los trastornos en forma individual, con las Patologías Orales.

6.5 DISTRIBUCION DE TRASTORNOS MENTALES EN RELACION CON AÑOS DE EJERCICIO DOCENTE

Tabla VIII. Distribución de los individuos bajo estudio, según años ejerciendo la profesión, y los test TER y HAD.

Variables		Años Ejerciendo la Profesión		Test de Significancia
		Menor o Igual a 12	Mayor a 12	
Test de Experiencia Reciente	No	25 58%	23 59%	P= 0,939
	Si	18 42%	16 41%	
	Total	43 100%	39 100%	
Depresión HAD	No	37 86%	30 77%	P= 0,286
	Si	6 14%	9 23%	
	Total	43 100%	39 100%	
Ansiedad HAD	No	25 58%	22 56%	P= 0,874
	Si	18 42%	17 44%	
	Total	43 100%	39 100%	

Se puede observar la nula significancia entre Años de Ejercicio Docente, y los Trastornos Mentales de forma individual.

6.6 DISTRIBUCION DE TRASTORNOS MENTALES EN RELACION CON NÚMERO DE ALUMNOS A CARGO DE LOS DOCENTES

Tabla IX. Distribución del número de alumnos que tiene a su cargo los individuos bajo estudio, según los test TER Y HAD.

Variables		Numero de Alumnos		Test de Significancia
		Menor o Igual a 270	Mayor a 270	
Test de Experiencia Reciente	No	26 63%	22 54%	P= 0,370
	Si	15 37%	19 46%	
	Total	41 100%	41 100%	
Depresion HAD	No	35 85%	32 78%	P= 0,391
	Si	6 15%	9 22%	
	Total	41 100%	41 100%	
Ansiedad HAD	No	24 59%	23 56%	P= 0,823
	Si	17 41%	18 44%	
	Total	41 100%	41 100%	

Se puede observar la nula significancia entre el Número de Alumnos que los docentes tienen a su cargo, y los Trastornos Mentales de forma individual.

7. DISCUSIÓN

En el campo de la Odontología, existen un sin número de patologías en que se ha descrito la importante presencia de trastornos mentales de los individuos que las padecen (Esguep y cols, 2004). Son las llamadas enfermedades de connotación psicosomática. Ejemplos de estas, son la Estomatitis Aftosa Recidivante, el Herpes Recurrente Oral, el Liquen Plano Oral y la SBU, las que afectan a la mucosa oral y labios de los pacientes.

En relación a estas patologías, las cuales son el objeto de esta investigación, a pesar de las diferencias clínicas que estas presentan, estas patologías comparten una patogenia neuroinmunológica común (Esguep y cols, 2004). El carácter multifactorial de estas patologías orales, ofrece una gran gama de agentes etiológicos, pero sin lugar a dudas, existe un importante componente psíquico que ejerce influencia en la severidad de estas lesiones, lo que será particular según el individuo (Esguep y cols, 2004).

Del análisis de los resultados obtenidos, se concluye que existe una correlación entre los trastornos mentales en investigación, estrés, ansiedad y depresión, y el desarrollo de las lesiones analizadas en este estudio, EAR, HRO, LPO y SBU. Cabe mencionar que si bien este estudio no logra establecer una relación concluyente en cada una de las patologías orales en estudio, pero si logra establecer una asociación cuando son miradas en conjunto.

El porcentaje de participación por parte de los centros educacionales que reuniera las condiciones de ser centros educativos particulares, con un mínimo de 300 matriculas anuales, donde los individuos en estudio fuesen docentes de enseñanza media y de ejercicio docente (no administrativo), fue de un 27.8%, lo cual es considerado como un bajo porcentaje en relación con otros estudios de prevalencia y sus poblaciones blanco (García-Pola Vallejo y cols, 2002; Kovac-Kavcic M y cols, 2000; Espinosa I et al, 2003), sobre todo, en comparación con estudios que han tenido tasas de participación de 89.7% en 1976 y 95.1% en 1990 (Salonen L et al., 1990).

Nuestro estudio presenta una alta prevalencia de las patologías orales de interés (64.6%), siendo cercana a la más alta prevalencia observada por Fleishman y cols. (61.4%) y Kovac-kavcic (61.6%), sin embargo estas cifras son considerablemente más elevadas que aquellas observadas por Taiyeb Ali T y cols. y MacEntee M y cols. (22.8% y 23.1% respectivamente). Esta marcada diferencia puede ser en parte explicada por la metodología de Kovac-Kavcic de utilizar la anamnesis remota de los pacientes, y la metodología de Fleishman que poseía en su muestra una gran cantidad de pacientes que ocupaban prótesis removible en Jerusalén, la cual posteriormente fue asociada como factor de riesgo a la presencia de lesiones orales.

En relación a las observaciones obtenidas por este estudio, la prevalencia de la Estomatitis Aftosa Recidivante fue de un 43%. Esta prevalencia es levemente menor a la obtenida por Pongissawaranun W y Laohapand P en 1991, la cual fue de un 46.7%.

Por otro lado, existen estudios que reportan prevalencias muchísimo más bajas, como es el caso de García-Pola Vallejo et al. (2002), los cuales reportan una prevalencia del 1.9%, porcentaje muy parecido a el encontrado por Salonen L et al y al de Espinoza I et

al., el cual fue de un 2% y de un 1.8% respectivamente. Esta diferencia tan significativa puede ser en parte explicada por el hecho de que tanto los estudio de Garcia-Pola Vallejo y de Salonen, que comparten una metodología muy similar, no toman en cuenta la anamnesis remota del paciente.

Respecto a la prevalencia del EAR en varones y mujeres, este estudio determino una prevalencia mayor de EAR en las mujeres (28%) por sobre el genero masculino (15,8%). Pongissawaranun y Laohapand (1991), también determinaron una mayor prevalencia de EAR en mujeres, esto en una población de Bangkok, Tailandia. A diferencia de este estudio, Pongissawaranun y Laohapand, describieron que el EAR presentaba una prevalencia de 48,2% en las mujeres, y de 44,1% en los varones.

En relación a la edad, este estudio observo un mayor numero de pacientes con EAR entre el rango de edad que va entre [40 ; 50[años, y en un segundo lugar entre los pacientes que se encontraban en el rango que va entre los [30 ; 40[años. Esto no es concordante con lo reportado por Ship y cols. (2000), quienes afirman que una mayor cantidad de pacientes que poseen EAR se encuentran en el rango etario de [10 ; 19 [años. Esta diferencia puede ser en parte explicada por la imposibilidad de poseer dentro de la muestra individuos, dentro de los rangos de edad descritos por Ship y cols., dando la imposibilidad de investigar este rango de edad.

Una gran cantidad de factores han sido potencialmente implicados en el desarrollo de Ulceras recurrentes orales. Se ha implicado como factores la presencia de Herpes Recurrente Oral (Katz y cols, 2001), factores socioeconómicos (Crivelli y cols, 1988) y estado ocupacional (Miller MF y Ship II, 1977). Estudios han reportado la relación directa entre la Estomatitis Aftosa Recidivante y trastornos mentales, esto utilizando escalas de medición de trastornos mentales en pacientes no psiquiátricos como lo son el HAD y el TER, así como mediciones de cortisol, el cual ha sido altamente asociado a los niveles de estrés en los individuos (Esguep y cols., 2004; McCartan y cols., 1996). A pesar de lo anteriormente expuesto, este estudio no pudo determinar una asociación estadística significativa que asocie las EAR y los trastornos mentales de interés. De forma similar han sido las experiencias de Pedersen y cols. (1989), quienes utilizando la escala VAS, no pudieron establecer una asociación estadística entre la aparición de la EAR y trastornos mentales. Es importante destacar en este momento que tanto las investigaciones de MacCartan y Esguep, poseen una diferencia metodológica muy importante con las investigaciones de Pedersen y cols. Esta diferencia es básicamente que tanto MacCartan como Esguep, poseían un grupo ya diagnosticado con EAR a los cuales se les aplicaba los instrumentos de medición, mientras que este estudio y el de Pedersen, se aplicaban en individuos los cuales, en el momento, no poseían diagnostico clínico.

Con respecto al Herpes Recurrente Oral, se ha establecido que su prevalencia es variable de acuerdo a la ubicación geográfica donde esta sea medida (Embil y cols, 1975), donde el porcentaje mas alto se encontraría en Norteamérica (40%), y el mas bajo en Asia y en Sudamérica (bajo un 20%). En este estudio se encontró una prevalencia de un 21%, lo cual se encuentra dentro de los rangos establecidos por Embil. Kovac-Kavcic (2000), los cuales encontraron un porcentaje de un 21.9%, mientras que en otras investigaciones en europa hablan de prevalencias que oscilan entre un 0.6% (Salonen L et al., 1990) a un 1.3%

(Garcia-Pola Vallejo et al., 2002), esto atribuible en parte al uso, por parte de Embil y Kovac-Kavcic, de una anamnesis remota, la cual es obviada en el caso de Garcia-Pola y Salonen. .

En relación a la prevalencia del HRO según sexo, el presente estudio determino una mayor prevalencia por parte del género femenino (15,8%), sobre el masculino (4,8%), lo cual es concordante con lo afirmado por Lowhagen y cols. (2002), en un estudio realizado en poblaciones suecas.

Al referirnos al rango de edad que presento una mayor aparición de HRO, este estudio determino que el rango etario mas afectado se encuentra en el rango de [30 ; 40[años. Esto es concordante con lo encontrado por Veltri y cols. (2002), quienes examinaron a pacientes con HRO en Salt Lake City, EE.UU.

En relación al HRO y los trastornos mentales, este estudio encontró que no existía una asociación entre estas dos variables ($P= 0,509$). Esto es contrario a lo encontrado por Buske-Kirschbaum et al. (2001), que utilizando métodos de inducción de estrés, logro establecer una asociación entre estrés y la recurrencia herpética, y lo reportado por Logan y Lutgendorf (1998), quienes utilizaron marcadores moleculares para establecer una asociación entre los trastornos mentales de interés y el HRO. Esto puede ser en parte explicado por tanto las experiencias de Buske-Kirschbaum y Logan establecen relación con trastornos mentales por marcadores moleculares, y no por escalas de medición de trastornos. Cabe recordar que en las experiencias de Buske-Kirschbaum, los niveles de cortisol obtenidos fueron siempre bajos, siendo el cortisol es un buen medidor de trastornos mentales como puede ser el estrés (Jones, Rollman y Brooke, 1997).

Al hablar del liquen plano oral, esta investigación encontró una prevalencia de un 1,21% en la población estudiada, cifra la cual en comparación con estudios de similar índole, fue parecida a las descritas por Mallo y cols. (1,1%) y por Reichart P (1%), ambas mediciones obtenidas el año 2000. Más cercana a nuestra realidad, se encuentran los hallazgos de Espinosa I y cols. (2003), los cuales fueron efectuados en Santiago. Estos investigadores encontraron una prevalencia de liquen plano oral de un 2,1%. Cabe destacar que las investigaciones de Espinosa y cols. fueron realizadas con una población blanco caracterizada por poseer individuos de la tercera edad.

El Liquen Plano Oral se ha observado ha sido frecuentemente observado mas en poblaciones femeninas, que en poblaciones masculinas (Espinosa I. et al, 2003; Axell y Rundquist, 1987). A pesar del numero de casos presentados por este estudio, los resultados afirman lo establecido por Espinosa y Axell.

Al hablar del rango de edad en donde se presenta con mayor prevalencia el LPO, múltiples estudios indican rangos de edad diversos. Bagan y Ceballos (1995) estipulan que el rango de edad va entre los 30 a los 70 años. Borghelli y cols. (1990) reportan una mayor prevalencia durante la Vta década de vida. Sin importar los diversos rangos de edad que se hayan descrito, existe la certeza de que el LPO se presenta en un muy bajo porcentaje en

niños y ancianos (Bagan y Ceballos, 1995). En relación a este punto, este estudio concuerda con el rango de edad propuesto por Bagan y Ceballos.

En relación al LPO y su asociación con los trastornos mentales estudiados, este estudio concluye que existe asociación entre estas variables ($P= 0,028$). El LPO fue incluido dentro de la categoría "Otras patologías" junto al SBU. Los hallazgos de esta investigación son concordantes a lo afirmado por Koray y cols. (2003) y Bergdahl (1995), quienes destacaron la asociación de los trastornos mentales en estudio con el LPO, esto utilizando mediciones de cortisol salival y tensión muscular. Más importantes aun, son los resultados de Esguep y cols. (2004) quienes utilizando el test HAD y el test TER, encontraron una asociación de esta patología con los trastornos mentales en investigación. En la literatura existe cierta discordancia de la relación del estrés, la ansiedad y la depresión con el LPO, ya que existen un sinnúmero de investigaciones que no han logrado establecer una asociación. Entre estos equipos de trabajo esta el de Allen y cols. (1986) quien utilizando la A-Trait Scale y el test TER, reportaron la no existencia de relación entre los pacientes que presentaban la patología y trastornos tales como estrés y ansiedad. De forma similar McCartan (1995) utilizando el test HAD y el cuestionario Cattell 16 PF, no encontró asociación entre ansiedad, depresión y LPO. Esto puede ser explicado en parte por la discordancia de criterios utilizados en la medición de las diferentes variables, sobre todo en los diferentes instrumentos para medir los trastornos mentales.

En cuanto al SBU, nuestros hallazgos hablan de una prevalencia de un 3.6%, cifra casi idéntica a la obtenida por Bergdahl y Bergdahl en 1999 (3,7%). Este porcentaje esta dentro de los rangos descritos en diferentes estudios, rangos que algunos autores describen entre un 0,7-7,9% (Witt y Palla, 2002) y otros describen que va entre un 0,8-19% (Elad y cols, 2002). Hay que mencionar que tanto los estudios de Witt y Elad, son en gran parte de revisiones de artículos de otros investigadores, por lo que el rango obtenido es de una gran cantidad de estudios alrededor del mundo.

Generalmente se habla de una mayor prevalencia de SBU en pacientes del genero femenino (Bergdahl y Bergdahl), que en el masculino. Según Bergdahl y Bergdahl, la prevalencia en mujeres es de un 5,5%, mientras que en los hombres, es de un 1,6%. De acuerdo a lo anteriormente expuesto, el presente estudio solo pudo establecer una mayor prevalencia en mujeres, pero no cercano a lo establecido en el estudio de Bergdahl y Bergdahl (3,6%). Esto es básicamente dado por el tamaño de la muestra y casos de este estudio.

En relación a las prevalencias por género, Witt y Palla van mas haya de estimar un porcentaje mayor en mujeres, sino que determinan que existe una mayor prevalencia de esta patología en mujeres posmenopáusicas (15%). Pinto y cols. (2003) describen una mayor prevalencia en mujeres entre los 40 y 50 años de edad. Acerca de este último aspecto, esta investigación no estableció prevalencia alguna, mayormente explicado por el bajo número de profesoras en edad posmenopáusicas en la muestra.

Al referirnos acerca del SBU y su relación con el estrés, la ansiedad y la depresión, esta investigación concluyo que existe una asociación entre la BMS y estos trastornos ($P= 0,028$). El SBU fue incluido dentro de la categoría "Otras patologías" junto al LPO. Esto es

concordante con lo encontrado por Esguep y cols. (2004), quienes, utilizando el test TER y el test HAD, establecieron la asociación entre esta patología y los trastornos mentales investigados, sobre todo la ansiedad y la depresión, lo cual ya había sido descrito por Trombelli y cols. en el año 1994, determinando finalmente que debe existir ayuda en el aspecto psiquiátrico para una remisión del cuadro. Trombelli recalca la asociación de los trastornos mentales con el SBU, pero le es imposible establecer si estos trastornos son los causantes de la patología.

Antes de referirnos a los trastornos mentales en estudio hay que mencionar el uso por parte de investigadores alrededor del mundo de diferentes escalas para la medición del estrés, la ansiedad y la depresión. Al comenzar con nuestra investigación se determinó el uso del TER y el HAD (dentro del universo de instrumentos para la medición de los trastornos mentales en pacientes no psiquiátricos), dada la necesidad de usar encuestas de respuesta rápida, esto por el limitado tiempo del cual poseen los profesores en los colegios.

Para comenzar con las prevalencias de los trastornos mentales en estudio, se determinó que existió una prevalencia de trastornos mentales de un 86%. Comenzaremos, con las tasas de estrés arrojadas por el test TER.

El test TER determinó una prevalencia de estrés de un 41%. Esta cifra en comparación con estudios similares es relativa ya que se describen investigaciones, como por ejemplo, algunas efectuadas en África, donde se reporta una prevalencia que se eleva hasta un 93.5% (Mwamwenda y cols, 1997), pero alta en sectores donde se describe un 26% de prevalencia (Knoop, 1994). Esto se podría explicar en parte por las diferentes realidades sociales alrededor del mundo, como por el instrumento de medición utilizado en las diferentes investigaciones.

Hay que destacar en este momento la mayor prevalencia que existió en el género femenino en este estudio (64,7%). Esto es contrario a lo afirmado por Beer y Beer en 1992, quienes estudiaron poblaciones de profesores en Kansas, EEUU. Ellos determinaron una mayor prevalencia de estrés en profesores varones de educación media, esto ocupando la escala Stress Profile para profesores. Esto último fue confirmado por Wang y cols. (2001), que lo asimilaba con la motivación de los profesores, todo esto utilizando la escala OSI-R, donde a mayor motivación existía una menor cantidad de estrés. Cabe hacer notar en este momento, que como muestran nuestros resultados, existió una mayor tendencia de mujeres en la población de nuestra muestra, lo que podría explicar en parte nuestros hallazgos.

Siguiendo el estudio de las prevalencias de los trastornos mentales, continuaremos con la prevalencia de la depresión. De acuerdo con la escala de medición HAD obtuvimos una prevalencia de depresión de un 18,2%. Este porcentaje en comparación a estudios similares, es levemente alto. De acuerdo a Wittchen y cols. (1998), quienes estudiaron prevalencias psiquiátricas en poblaciones similares en Alemania, y utilizando la Munich-Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI), determinaron una prevalencia de depresión de un 16,8%. Tanto nuestros hallazgos, como los de Wittchen HU et al., son considerablemente superiores a los obtenidos por Lindeman y cols. (2000), quienes utilizando la versión de la Universidad de Michigan de la Composite International Diagnostic Interview (UM-CIDI), determinaron una prevalencia de episodios depresivos de

un 9,3%, esto en una población Finlandesa. Por último, en Estados Unidos, Blazer y cols. (1994) determinaron una prevalencia de depresión de un 17,1%, utilizando la escala Composite International Diagnostic Interview, agregando que este tipo de desordenes son de mayor prevalencia en mujeres jóvenes. Nuestra investigación concuerda con el trabajo de Blazer y cols, al determinar una mayor prevalencia en mujeres.

Continuando con el último trastorno mental de interés, la ansiedad, el cuestionario HAD arrojó una prevalencia de un 42,6%. Este porcentaje es bastante alto en relación a las prevalencias encontradas en la población general. La Organización Mundial de la Salud (OMS), en un boletín en relación a la salud mental (2001), cita algunas ciudades, indicando las prevalencias de ansiedad que ellas presentan. Algunas de las prevalencias mencionadas son las siguientes: Seattle, USA, 2,1%; Shanghai, China, 1,9%; Rio de Janeiro, Brazil, 22,6%; **Santiago, Chile, 18,7%**. Cabe destacar que la prevalencia en Santiago es la segunda más alta en Sudamérica, y una de las más altas del mundo. Awas y cols. (1999), en estudios de desordenes psiquiátricos en Etiopía y utilizando las normas de diagnóstico del CIE-10, describe la prevalencia de la ansiedad en un 5,7%. Ya más cercano a las poblaciones de nuestro estudio, Baruffol y Thilmann (1993), utilizando las normas de diagnóstico del DSM-III y la escala Diagnostic Interview Schedule (DISSI), establecieron una prevalencia en poblaciones francesas de un 16,6%. El porcentaje arrojado en esta investigación puede obedecer a un aumento de los niveles de ansiedad en el profesorado de enseñanza media particular.

De acuerdo al boletín en relación a la salud mental de la OMS (2001), se establece que la ansiedad es un trastorno que se presenta en una proporción mayor en las mujeres, proporción que se acerca al 2:1. Nuestro estudio concuerda en una mayor prevalencia de este trastorno en el género femenino, pero teniendo una proporción de 2,8:1.

Dentro de los objetivos específicos de esta investigación, existía el objetivo de determinar si la influencia de los años de ejercicio docente afectaba la presencia o no de los trastornos mentales bajo estudio. Se pudo concluir finalmente que no existe una relación significativa entre estas dos variables. Estos resultados son similares a los hallazgos obtenidos por Griffith y cols. (1999), quienes determinaron que no existía relación entre los años de ejercicio profesional y la presencia de trastornos psicológicos. Es más, Griffith, estima que tiene una mayor relación con estos trastornos, la falta o la presencia de redes de apoyo, falta de motivación y recursos, quienes resultaban buenos predictores de la presencia de trastornos mentales a futuro. Este punto discrepa con lo afirmado por Cifuentes (1995), pero es fácilmente explicable por las diferencias metodológicas que existen entre sus estudios y los de Griffith.

Luego de haber revisado lo que se ha dicho en la literatura respecto a las diferentes patologías, tanto orales como psicológicas, es necesario hablar del aporte de esta investigación en relación a la metodología que se ocupa y al conocimiento actual del tema. Lo más novedoso que aporta esta investigación, es el hecho de haber realizado un estudio piloto, con los objetivos principales de probar los instrumentos de medición a utilizar posteriormente, determinar el número de individuos necesarios para constituir la muestra de esta tesis, esto último de gran relevancia debido a la baja prevalencia en la literatura de las patologías orales de interés, y el de observar la aceptación de las instituciones, como la de

los docentes, hacia la investigación. También debemos mencionar como aporte de esta investigación, la de profundizar en la relación entre la densidad de alumnos a la cual debe hacer docencia cada profesor y los niveles de estrés, ansiedad y depresión, presentes en ellos. Esta relación no es revisada con frecuencia en la literatura, donde Cifuentes (1995) hace una revisión somera de este punto. Este estudio concluye que no existe relación estadística significativa entre estas dos variables. Se invita a futuro a ahondar en otras variables, tales como las propuestas por Griffith, para proporcionar una mayor base de datos en ayuda de una población tan extensa como lo es la población de los profesores.

Para terminar con nuestra discusión debemos mencionar las grandes limitantes que tuvo nuestra investigación. La limitación mas grande que existió fue la utilización de una muestra pequeña, la cual no fue una muestra aleatoria, sino más bien una muestra intencionada. La baja respuesta de los colegios que cumplían nuestros criterios de inclusión, los cuales se sentían amenazados en perder el escaso y valioso tiempo que las instituciones poseen para cumplir sus objetivos, o simplemente miedo al gremio de profesores, los cuales podían responder de forma impredecible frente a una nueva actividad extracurricular impuesta por la dirección de cada establecimiento, tal como lo es un seminario de tesis.

Otra de nuestras grandes limitantes fue la decisión de algunos docentes que una vez ya aprobados por la dirección de cada colegio, de no participar en este estudio, en una gran mayoría de las veces por temor o por pudor a dejar examinar algo tan personal, como es la cavidad oral.

Una tercera limitante, la cual mencionamos de forma fugaz anteriormente, fue el reducido tiempo del cual los profesores contaban para contestar los instrumentos de diagnóstico psicológico, la anamnesis remota y de someterse al examen clínico. Esto determino desalentó a un numero significativo de profesores a participar de este estudio.

La baja participación de los profesores en los meses de toma de muestra, afecto en diferentes aspectos a la investigación, como por el hecho de que profesores que estaban al tanto de poseer patologías orales, evitaban participar en el estudio. La baja participación, determino el uso de una muestra intencionada, lo cual limito el trabajo estadístico a la hora de observar significancia estadística entre cada una de las variables.

Existió otra disminución del numero de la muestra, esto causa del screening del los test TER y HAD. El screening de estos test van hasta 6 meses atrás, por lo que se redujo el número de profesores que podían ser evaluados para trastornos mentales como factor de riesgo para patologías orales.

Existió una mayor participación del género femenino en esta investigación, lo cual afecto la distribución por sexo de las patologías orales y los trastornos mentales a la hora de la discusión con estudios similares. Los resultados obtenidos estaban influenciados fuertemente por esta diferencia marcada de género en la muestra. La proporción que participo es cercana a la que obtuvieron Claro y Bedregal (2003) en Santiago.

La mayor participación de docentes entre 31 y 40 años, seguido por el rango entre los 41 a 50 años. Tanto los docentes con menor edad, como los de mayor edad se hicieron presentes en este estudio en porcentajes muy reducidos. Esto afectó los rangos de mayor prevalencia de edad tanto en las patologías orales, como en los trastornos mentales, dando rangos donde la presencia de un mayor número de individuos, y por ende la posibilidad de obtener un mayor número de patologías o trastornos, otorgaba la mayor prevalencia por rango etario.

8. CONCLUSIONES

- Los Trastornos Mentales se encuentran asociados a la presencia de patologías a las mucosas, como lo son la Estomatitis Aftosa Recidivante, el Liquen Plano Oral, el Herpes Recurrente Oral y el Síndrome de Boca Urente.
- La frecuencia del Estrés (41%) y la Depresión (18,2%), se encontraron dentro de los rangos descritos por estudios similares. A diferencia del Estrés y la Depresión, la frecuencia de la Ansiedad (42,6%), resultó estar por niveles muy superiores a los encontrados en otras investigaciones.
- La frecuencia de las patologías orales bajo estudio (EAR, 43%; HRO, 21%; LPO, 1,21%; SBU, 3,6%) estuvieron dentro de los rangos descritos por estudios similares.
- Se concluyó que existe una mayor prevalencia de las patologías orales y de trastornos mentales, en el género femenino.
- La presencia de los trastornos mentales en estudio no se encuentran asociados al aumento en el número de alumnos que un docente tenga a su cargo.
- La presencia de trastornos mentales en estudio no se encuentran asociados a un mayor tiempo de ejercicio docente por parte de los profesores.

9. LIMITACIONES & SUGERENCIAS

Limitaciones

- La falta de participación tanto de los centros educacionales, como la de los docentes. Esto se debió a un sin número de posibles problemas que pudieran ser ocasionados por esta investigación: problemas con el gremio de profesores, un recorte del tiempo efectivo, miedo por parte de los docentes, entre otras.
- Por lo expuesto en el punto anterior, la muestra obtenida para este estudio fue pequeña, debiendo utilizar finalmente una muestra intencionada, en vez de una muestra aleatoria.
- La falta de motivación de los profesores varones, lo cual ya se había reflejado en estudios de similar índole en Santiago. Esta tendencia afecta en gran medida al estudio estadístico posterior a la obtención de la información, ya que se torna difícil la comparación entre los géneros masculinos y femeninos.
- La falta de tiempo evidente en cada período de toma de muestra. Esto producía deserción de algunos profesores, como el de dejar algunas muestras incompletas.
- El tiempo de screening, tanto del test TER como el del HAD, es de seis meses, esto reduce aun más la posible muestra a la cual realizar mediciones.
- La lenta, pero creciente base de datos en relación a esta área de investigación. Es de esperar que en algunos años, estudios como este puedan ser de fácil alcance y usados como referente en investigaciones futuras.

Sugerencias

- Se sugiere realizar los contactos necesarios con las direcciones de los diferentes centros educativos con gran antelación. Esto por que se tendrá contemplada en la agenda del colegio un periodo de toma de muestra. Durante este periodo será posible acercarse de mejor manera a los profesores, y de responder todas sus inquietudes.
- A pesar del escaso tiempo del cual disponen los docentes, es posible realizar un buen periodo de toma de muestras. Se sugiere el uso de al menos dos sesiones para lograr este objetivo.
- Utilizar instrumentos de medición con un mayor periodo de screening, esto para maximizar el número de docentes dispuestos a participar en el estudio.

- Este es un área de investigación de gran extensión. Se sugiere ahondar en las variables de número de alumnos, estado físico, redes de apoyo y recursos disponibles.

10. RESUMEN

Existen numerosas patologías de la economía humana en las cuales podemos encontrar un componente sicosomático involucrado. La cavidad oral no es una excepción a esta problemática, existiendo en la literatura numerosos estudios en los cuales se intenta dilucidar si existe alguna relación entre trastornos mentales, y trastornos bucales, siendo hasta ahora, no menos contradictorios los resultados a los cuáles han llegado los estudios realizados.

Por tanto, el objetivo de este estudio fue determinar si los trastornos mentales de estrés, ansiedad, y depresión, son factores de riesgo para patologías de las mucosas en profesores.

Para ello se estudió a 82 profesores de enseñanza media de colegios particulares de las comunas de Viña del Mar y Valparaíso, Chile, entre los meses de Junio, Julio, y Agosto de 2004.

Las variables a medir fueron presencia o ausencia de trastornos mentales (estrés, ansiedad, y depresión) mediante el uso de test psicológicos validados para la población chilena (TER y HAD). A su vez se midió la presencia de Liquefación oral (LPO), Herpes recidivante oral (HRO), Estomatitis aftosa recidivante (EAR), y Síndrome de boca urente (SBU), en la muestra, mediante la confección de la historia clínica para cada paciente, sumado a un examen clínico. Otras variables consideradas en el estudio fueron, el sexo de los profesores, el número de alumnos a los cuales cada profesor realiza clases, y los años de ejercicio docente.

El 65% de los individuos presentó algún trastorno de las mucosas, siendo el más frecuente la EAR (43%) seguido por el HRO (21%). El SBU presentó una frecuencia de 3.6% en la muestra mientras que el LPO sólo de un 1,21%. En cuanto a los trastornos mentales, el más frecuentemente encontrado fue la ansiedad (35/82), seguido por el estrés (34/82) y en último lugar la depresión con 15 casos de 82 individuos evaluados.

A partir de los resultados se concluye que existe una relación entre los trastornos mentales, y las patologías orales en estudio. ($p < 0.05$)

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ader R, Cohen N. (1975): Behaviorally conditioned immunosuppression. *Psychosom Med.* 1975 Vol. 37(4):333-40.
- Ader R, Cohen N, Bovbjerg D. (1982): Conditioned suppression of humoral immunity in the rat. *J Comp Physiol Psychol.* 96(3):517-21.
- Allen CM, Beck FM, Rossie KM, Kaul TJ (1986): Relation of stress and anxiety to oral lichen planus. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1986 Jan;61(1):44-6.
- American Psychiatric Association (1996): Introducción, Trastornos de la Ansiedad, Trastornos Depresivos [DSM-IV](#) : manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona : [Masson](#), pp. XXI, 345-358, 401-456.
- Awas M, Kebede D, Alem A (1999): Major mental disorders in Butajira, southern Ethiopia. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* Vol. 397:56-64.
- Axell T, Rundquist L (1987): Oral lichen planus--a demographic study. *Community Dent Oral Epidemiol.* Feb;15(1):52-6.
- Bagán JV, Ceballos A (1995):Cap. 19 Liquen Plano Oral, En: *Medicina Oral.* Bermejo A, Aguirre JM, Peñarrocha M, Barcelona, España, Editorial Masson, S.A, pp. 202-219
- Bartrop RW, Luckhurst E, Lazarus L, Kiloh LG, Penny R (1977): Depressed lymphocyte function after bereavement. *Lancet.* Apr 16;1(8016):834-6.
- Barría Y, Calabrano A, Flores C, Muñoz P, Osorio K (2002): Estudio sobre percepción de profesoras del Primer año Básico de Escuelas Municipales urbanas de Punta Arenas. http://www.colegiodeenfermeras.cl/pdf/stress_2002.pdf
- Baruffol E, Thilmany MC (1993): Anxiety, depression, somatization and alcohol abuse. Prevalence rates in a general Belgian community sample. *Acta Psychiatr Belg.* May-Jun;93(3):136-53.
- Bazrafshani MR, Hajeer AH, Ollier WE, Thornhill MH (2002): IL-1B and IL-6 gene polymorphisms encode significant risk for the development of recurrent aphthous stomatitis (RAS). *Genes Immun.* Aug;3(5):302-5.
- Bazrafshani MR, Hajeer AH, Ollier WE, Thornhill MH (2003): Polymorphisms in the IL-10 and IL-12 gene cluster and risk of developing recurrent aphthous stomatitis. *Oral Dis.* Nov;9(6):287-91.

- Bergdahl M, Bergdahl J (1999): Burning mouth syndrome: prevalence and associated factors. *J Oral Pathol Med.* Sep;28(8):350-4.
- Bergdahl J, Ostman PO, Anneroth G, Perris H, Skoglund A (1995): Psychologic aspects of patients with oral lichenoid reactions. *Acta Odontol Scand.* Aug;53(4):236-41.
- Beer J, Beer J (1992): Burnout and stress, depression and self-esteem of teachers. *Psychol Rep.* Dec;71(3 Pt 2):1331-6.
- Benschop RJ, Schedlowski M, Wienecke H, Jacobs R, Schmidt RE (1997): Adrenergic control of natural killer cell circulation and adhesion. *Brain Behav Immun.* Dec;11(4):321-32.
- Blazer DG, Kessler RC, McGonagle KA, Swartz MS (1994): The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: the National Comorbidity Survey. *Am J Psychiatry.* Jul;151(7):979-86.
- Borghelli RF, Policicchio JE, Stirparo MA, Ceccotti E, Chuchurru JA (1990): Oral lichen planus: epidemiological observations in Argentina. *Rev Asoc Odontol Argent.* Jan-Mar;78(1):23-6.
- Buajeab W, Laohapand P, Vongsavan N, Kraivaphan P (1990): Anxiety in recurrent aphthous stomatitis patients. *J Dent Assoc Thai.* Nov-Dec;40(6):253-8.
- Buske-Kirschbaum A, Geiben A, Wermke C, Pirke KM, Hellhammer D (2001): Preliminary evidence for Herpes labialis recurrence following experimentally induced disgust. *Psychother Psychosom.* Mar-Apr;70(2):86-91.
- Cahard D, Canat X, Carayon P, Roque C, Casellas P, Le Fur G. (1994): Subcellular localization of peripheral benzodiazepine receptors on human leukocytes. *Lab Invest.* Jan;70(1):23-8.
- Carrozzo M, Carbone M, Gandolfo S (1995): Recurrent aphthous stomatitis: current etiopathogenetic and therapeutic concepts. *Minerva Stomatol.* Oct;44(10):467-75.
- Castro E (2000): La salud Mental del profesor en Chile: antecedentes para un Estado del Arte. *Ministerio de Educación Boletín* Feb. 2000.
- Chiappelli F, Cajulis OS (2004): Psychobiologic views on stress-related oral ulcers. *Quintessence Int.* 35(3):223-7.
- Cifuentes, M (1995): Trabajo y salud del profesor municipalizado. Departamento de Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad de Concepción.

- Claro S, Bedregal P (2003): Aproximación al estado de salud mental del profesorado en 12 escuelas de Puente Alto, Santiago, Chile. *Rev Méd Chile* Vol. 131: 159-167.
- Crivelli MR, Aguas S, Adler I, Quarracino C, Bazerque P (1988): Influence of socioeconomic status on oral mucosa lesion prevalence in schoolchildren. *Community Dent Oral Epidemiol.* Feb;16(1):58-60.
- Davidoff L (1990), Trastornos de la personalidad. En: *Introducción a la Psicología*. México: Mcgraw – Hill, pp. 124-155.
- Deianov Kh, Khadzhiolova I, Mincheva L (1995): Chronic occupational stress and the cardiovascular risk in teachers. *Probl Khig.* Vol. 20:81-90.
- del Olmo JA, Pascual I, Bagan JV, Serra MA, Escudero A, Rodriguez F, Rodrigo JM (2000): Prevalence of hepatitis C virus in patients with lichen planus of the oral cavity and chronic liver disease. *Eur J Oral Sci.* Oct;108(5):378-82.
- Delcor NS, Araujo TM, Reis EJ, Porto LA, Carvalho FM, Oliveira e Silva M, Barbalho L, de Andrade JM (2004): Labor and health conditions of private school teachers in Victoria da Conquista, Bahia, Brazil. *Cad Saude Publica.* 2004 Jan-Feb;20(1):187-96. Epub Mar 08.
- Eisen D (1998): The clinical characteristics of intraoral herpes simplex virus infection in 52 immunocompetent patients. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 1998 Oct;86(4):432-7.
- Eli I, Baht R, Littner MM, Kleinhauz M (1994): Detection of psychopathologic trends in glossodynia patients. *Psychosom Med.* Sep-Oct;56(5):389-94.
- Elad S, Czerninski R, Eliay E (2002): Burning mouth syndrome. *Harefuah.* Apr;141(4):384-7, 407.
- Embil JA, Stephens RG, Manuel FR (1975): Prevalence of recurrent herpes labialis and aphthous ulcers among young adults on six continents. *Can Med Assoc J.* Oct 4;113(7):627-30.
- Esguep A, Soto Araya M, Rojas Alcayaga G. (1997): Alteraciones Psicológicas en la etiopatogenénesis de patología de la mucosa oral. *Rev Facultad Odontología Universidad de Chile/ Vol 15 N°2: 15 – 23.*
- Esguep A, Soto Araya M, Rojas Alcayaga G (2004): Association between psychological disorders and the presence of Oral lichen planus, Burning mouth syndrome and Recurrent aphthous stomatitis. *Med Oral.* 9(1):1-7.
- Espinosa E, Bermudez-Rattoni F (2001): Behavior-immunity relationship: the role of cytokines. *Rev Invest Clin.* May-Jun;53(3):240-53.

- Espinoza I, Rojas R, Aranda W, Gamonal J (2003): Prevalence of oral mucosal lesions in elderly people in Santiago, Chile. *J Oral Pathol Med*. Nov;32(10):571-5.
- Gaillard RC (1995): Immuno-endocrine interactions at the hypothalamo-hypophyseal level. *Ann Endocrinol (Paris)*. Vol. 56(6):561-6.
- Garcia-Pola Vallejo MJ, Martinez Diaz-Canel AI, Garcia Martin JM, Gonzalez Garcia M (2002): Risk factors for oral soft tissue lesions in an adult Spanish population. *Community Dent Oral Epidemiol*. Aug;30(4):277-85.
- Ginat W (2004): Oral Manifestations of Systemic Diseases. <http://www.emedicine.com/derm/topic887.htm>
- Glick M (2002): Clinical aspects of recurrent oral herpes simplex virus infection. *Compend Contin Educ Dent*. Jul;23(7 Suppl 2):4-8.
- Grinspan, David (1970): Enfermedades de la boca : semiología, patología, clínica y terapéutica de la mucosa bucal. Argentina ; Buenos Aires : [Editorial Mundi](#).
- Fleishman R, Peles DB, Pisanti S (1985): Oral mucosal lesions among elderly in Israel. *J Dent Res*. May;64(5):831-6.
- Florenzano R (1984): Estrés, cambios vitales y enfermedad. Dpto. de Salud Pública división Ciencias Médicas Oriente, U. de Chile. Documento de Trabajo N°18. CEAP. 1984 p 1-13.
- Folkman S, Lazarus RS, Dunkel-Schetter C, DeLongis A, Gruen RJ. (1986): Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *J Pers Soc Psychol*. 50(5):992-1003.
- Fullerton C, Florenzano R, Acuna J (2000): Comorbidity of chronic diseases and psychiatric disorders among patients attending public primary care. *Rev Med Chil*. Jul;128(7):729-34.
- Gaillard RC (1995): Immuno-endocrine interactions at the hypothalamo-hypophyseal level. *Ann Endocrinol (Paris)* Vol. 56(6):561-6.
- Gorsky M, Raviv M, Moskona D, Laufer M, Bodner L (1996): Clinical characteristics and treatment of patients with oral lichen planus in Israel. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. Dec;82(6):644-9.
- Haisraeli-Shalish M, Livneh A, Katz J, Doolman R, Sela BA (1996): Recurrent aphthous stomatitis and thiamine deficiency. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. Dec;82(6):634-6.
- Health & Safety Executive (2003): Occupational Stress Statistics Information Sheet. <http://www.hse.gov.uk/./statistics/causdis/strfact.pdf>

- Hitchcock IS, Genever PG, Cahusac PM (2004): Essential components for a glutamatergic synapse between Merkel cell and nerve terminal in rats. *Neurosci Lett.* May 27;362(3):196-9.
- Honma T, Saito T, Fujioka Y (1985): Possible role of apoptotic cells of the oral epithelium in the pathogenesis of aphthous ulceration. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* Apr;59(4):379-87.
- Ikeda N, Handa Y, Khim SP, Durward C, Axell T, Mizuno T, Fukano H, Kawai T (1995): Prevalence study of oral mucosal lesions in a selected Cambodian population. *Community Dent Oral Epidemiol.* Feb;23(1):49-54.
- Jones DA, Rollman GB, Brooke RI (1997): The cortisol response to psychological stress in temporomandibular dysfunction. *Pain.* Aug;72(1-2):171-82.
- Jungell P (1991): Oral lichen planus. A review. *Int J Oral Maxillofac Surg.* Jun;20(3):129-35.
- Katz J, Chaushu G, Peretz B (2001): Recurrent oral ulcerations associated with recurrent herpes labialis--two distinct entities? *Community Dent Oral Epidemiol.* Aug;29(4):260-3.
- Kawakami N, Haratani T (1999): Epidemiology of job stress and health in Japan: review of current evidence and future direction. *Ind Health.* Apr;37(2):174-86.
- Kerr AR, Ship JA (2003): Management strategies for HIV-associated aphthous stomatitis. *Am J Clin Dermatol.* Vol. 4(10):669-80.
- Knoop R (1994): Relieving stress through value-rich work. *J Soc Psychol.* Dec;134(6):829-36.
- Koray M, Dulger O, Ak G, Horasanli S, Ucok A, Tanyeri H, Badur S (2003): The evaluation of anxiety and salivary cortisol levels in patients with oral lichen planus. *Oral Dis.* Nov;9(6):298-301.
- Korszun A, Papadopoulos E, Demitrack M, Engleberg C, Crofford L (1998): The relationship between temporomandibular disorders and stress-associated syndromes. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* Oct;86(4):416-20.
- Kovac-Kovacic M, Skaleric U (2000): The prevalence of oral mucosal lesions in a population in Ljubljana, Slovenia. *J Oral Pathol Med.* Aug;29(7):331-5.
- Kugu N, Akyuz G, Dogan O (2002): Burning mouth syndrome and depression: a case report. *Turk Psikiyatri Derg.* Autumn;13(3):232-7.

- Lamey PJ, Gibson J, Barclay SC, Miller S (1990): Grinspan's syndrome: a drug-induced phenomenon? *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* Aug;70(2):184-5.
- Lamey PJ, Lamb AB (1989): The usefulness of the HAD scale in assessing anxiety and depression in patients with burning mouth syndrome. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* Apr;67(4):390-2.
- Lindeman S, Hamalainen J, Isometsa E, Kaprio J, Poikolainen K, Heikkinen M, Aro H (2000): The 12-month prevalence and risk factors for major depressive episode in Finland: representative sample of 5993 adults. *Acta Psychiatr Scand.* Sep;102(3):178-84.
- Logan HL, Lutgendorf S, Hartwig A, Lilly J, Berberich SL (1998): Immune, stress, and mood markers related to recurrent oral herpes outbreaks. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* Jul;86(1):48-54.
- Lowhagen GB, Bonde E, Eriksson B, Nordin P, Tunback P, Krantz I (2002): Self-reported herpes labialis in a Swedish population. *Scand J Infect Dis.* Vol. 34(9):664-7.
- Lynch, Malcom A (1996): Parte III: Dolor Bucofacial y Enfermedades de la Articulación Temporomandibular. En: *Medicina bucal de Burket : diagnóstico y tratamiento.* VJ Brightman, MS Greenberg, México : [McGraw-Hill Interamericana](#), pp. 398-410 .
- Madden KS, Rajan S, Bellinger DL, Felten SY, Felten DL (1997): Age-associated alterations in sympathetic neural interactions with the immune system. *Dev Comp Immunol.* Vol 21(6):479-86.
- Mallo L, Gerardo-Rodriguez G, Goiriena FJ, Lafuente R (2000): Pathology of the oral mucosa in the Spanish institutionalized elderly. *Med Oral.* 2000 May;5(3):177-186.
- McCartan BE. (1995): Psychological factors associated with oral lichen planus. *J Oral Pathol Med.* Vol. 24(6):273-5.
- McCartan BE, Lamey PJ, Wallace AM (1996): Salivary cortisol and anxiety in recurrent aphthous stomatitis. *J Oral Pathol Med.* Aug;25(7):357-9.
- MacEntee MI, Glick N, Stolar E (1998): Age, gender, dentures and oral mucosal disorders. *Oral Dis.* Mar;4(1):32-6.
- Mignini F, Streccioni V, Amenta F (2003): Autonomic innervation of immune organs and neuroimmune modulation. *Auton Autacoid Pharmacol.* Feb;23(1):1-25.

- Miller MF, Ship II (1977): A retrospective study of the prevalence and incidence of recurrent aphthous ulcers in a professional population, 1958-1971. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* Apr;43(4):532-7.
- Ministerio de Educación Chile, Vta Region (2004): Directorio de establecimientos educacionales. http://biblioteca.mineduc.cl/documento/DIR2003_RRPP.xls
- Ministerio de Salud, Chile (1999): Las Enfermedades Mentales en Chile. <http://www.minsal.cl/>
- Molina S (2000): Logros de la década de los noventa y sus desafíos futuros. *Revista Perspectivas* Vol. 4:5-21
- Morato EF, Gerbase-DeLima M, Gorczynski RM (1996): Conditioned immunosuppression in orally immunized mice. *Brain Behavior Immun.* Vol. 10(1):44-54.
- Mott AE, Grushka M, Sessle BJ (1993): Diagnosis and management of taste disorders and burning mouth syndrome. *Dent Clin North Am.* Jan;37(1):33-71.
- Mumcu G, Ergun T, Inanc N, Fresko I, Atalay T, Hayran O, Direskeneli H (2004): Oral health is impaired in Behcet's disease and is associated with disease severity. *Rheumatology (Oxford).* Aug;43(8):1028-33. Epub 2004 May 25.
- Mwamwenda TS, Monyooe LA, Glencross MJ (1997): Stress of secondary school teachers in Transkei, South Africa. *Psychol Rep.* Apr;80(2):379-82.
- Nance DM, Rayson D, Carr RI. (1987): The effects of lesions in the lateral septal and hippocampal areas on the humoral immune response of adult female rats. *Brain Behav Immun.* Dec;1(4):292-305.
- Niemeier V, Kupfer J, Hardt W, Brosig B, Schill WB, Gieler U (2002): Are patients with glossodynia unremarkable? A hard-to-grasp psychodiagnostic disease. *Psychother Psychosom Med Psychol.* Sep-Oct;52(9-10):425-32.
- Nowak M, Dziechciarz P, Dwilewicz-Trojaczek J (2002): The frequency of coeliac disease occurrence in patients with recurrent aphthous stomatitis (RAS)-preliminary report. *Wiad Lek.* Vol. 55(9-10):542-6.
- Organización Mundial de la Salud (2000): Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Madrid ; España : [Panamericana](#).
- Organización Mundial de la Salud (2001): World Health Report. <http://www.who.int/whr2001/2001/main/en/pdf/index.htm>

- Osaki T, Yoneda K, Yamamoto T, Ueta E, Kimura T (2000): Candidiasis may induce glossodynia without objective manifestation. *Am J Med Sci.* Feb;319(2):100-5.
- Pan Q, Long J. (1993): Lesions of the hippocampus enhance or depress humoral immunity in rats. *Neuroreport.* Vol. 4(7):864-6
- Pedersen A. (1989): Psychologic stress and recurrent aphthous ulceration. *J Oral Pathol Med.* 18(2):119-22.
- Pedrabissi L, Rolland JP, Santinello M (1993): Stress and burnout among teachers in Italy and France. *J Psychol.* Sep;127(5):529-35.
- Pierce CM, Molloy GN (1990): Psychological and biographical differences between secondary school teachers experiencing high and low levels of burnout. *Br J Educ Psychol.* Feb;60 (Pt 1):37-51.
- Pinto A, Stoopler ET, DeRossi SS, Sollecito TP, Popovic R (2003): Burning mouth syndrome: a guide for the general practitioner. *Gen Dent.* Sep-Oct;51(5):458-61; quiz 462.
- Pongissawaranun W, Laohapand P (1991): Epidemiologic study on recurrent aphthous stomatitis in a Thai dental patient population. *Community Dent Oral Epidemiol.* Feb;19(1):52-3.
- Ramirez-Amaya V, Alvarez-Borda B, Ormsby CE, Martinez RD, Perez-Montfort R, Bermudez-Rattoni F. (1996): Insular cortex lesions impair the acquisition of conditioned immunosuppression. *Brain Behav Immun.* Vol. 10(2):103-14.
- Ramirez-Amaya V, Alvarez-Borda B, Bermudez-Rattoni F (1998): Differential effects of NMDA-induced lesions into the insular cortex and amygdala on the acquisition and evocation of conditioned immunosuppression. *Brain Behav Immun.* Vol 12(2):149-60.
- Ramirez-Amaya V, Bermudez-Rattoni F (1999): Conditioned enhancement of antibody production is disrupted by insular cortex and amygdala but not hippocampal lesions. *Brain Behav Immun.* Vol. 13(1):46-60.
- Reborá A, Rongioletti F, Drago F, Parodi (1999): Lichen planus as a side effect of HBV vaccination. *Dermatology.* Vol. 198(1):1-2.
- [Regezi, Joseph A.](#) (1995) Lesiones Blancas; Enfermedades Vesiculobulbosas En: [Patología Bucal.](#) [Sciubba, J](#), México D.F. : [Interamericana: McGraw-Hill](#), pp. 1-19, 120-125.

- Reichart PA (2000): Oral mucosal lesions in a representative cross-sectional study of aging Germans. *Community Dent Oral Epidemiol.* Oct;28(5):390-8.
- Reiss M, Reiss G (1999): Some aspects of glossodynia. *Schweiz Med Wochenschr.* Oct 9;129(40):1461-6.
- Reiss M, Reiss G (2004): Burning mouth syndrome--etiology, differentialdiagnostical aspects and therapy. *Ther Umsch.* May;61(5):308-12.
- Ritvanen T, Louhevaara V, Helin P, Halonen T, Hanninen O (2003): Psychophysiological stress in high school teachers. *Int J Occup Med Environ Health.* Vol. 16(3):255-64.
- Rodstrom PO, Jontell M, Hakeberg M, Berggren U, Lindstedt G (2001): Erosive oral lichen planus and salivary cortisol. *J Oral Pathol Med.* May;30(5):257-63.
- Rojo-Moreno JL, Bagan JV, Rojo-Moreno J, Donat JS, Milian MA, Jimenez Y. (1998): Psychologic factors and oral lichen planus. A psychometric evaluation of 100 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 86(6):687-91.
- Romero MA, Seoane J, Varela-Centelles P, Diz-Dios P, Garcia-Pola MJ (2002): Prevalence of diabetes mellitus amongst oral lichen planus patients. *Clinical and pathological characteristics.* *Med Oral.* Mar-Apr;7(2):121-9.
- Ruiz A, Silva H (1990): Prevalence of psychiatric disorders in an outpatient service of general medicine. *Rev Med Chil.* Mar;118(3):339-45.
- Salonen L (1990): Oral health status in an adult Swedish population. A cross-sectional epidemiological study of the northern Alvsborg county. *Swed Dent J Suppl.* Vol. 70:1-49.
- Sapp, Philip J (1998): Transtornos Mediados por Procesos Inmunitarios, En: *Patología oral y maxilofacial contemporánea.* Eversole LR, Wysocki GP. Madrid : Harcourt Brace, pp. 245-249.
- Scieux C (1997): Herpes simplex virus and macrophages. *Pathol Biol (Paris).* Feb;45(2):159-64.
- Sedghizadeh PP, Shuler CF, Allen CM, Beck FM, Kalmar JR (2002): Celiac disease and recurrent aphthous stomatitis: a report and review of the literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* Oct;94(4):474-8.
- Ship JA, Chavez EM, Doerr PA, Henson BS, Sarmadi M (2000): Recurrent aphthous stomatitis. *Quintessence Int.* Feb;31(2):95-112.
- Silverman S Jr (1991): Lichen planus. *Curr Opin Dent.* Dec;1(6):769-72.

- Snaith RP, Zigmond AS (1986): The hospital anxiety and depression scale. *Br Med J (Clin Res Ed)*. Feb 1;292(6516):344.
- Taiyeb Ali TB, Razak IA, Raja Latifah RJ, Zain RB (1995): An epidemiological survey of oral mucosal lesions among elderly Malaysians. *Gerodontology*. Jul;12(1):37-40.
- Tang L, Ma L, Liu N (2001): Effects of psychosocial factors on recurrent aphthous ulcer. *Hua Xi Kou Qiang Yi Xue Za Zhi*. Apr;19(2):102-3.
- Thyagarajan S, Madden KS, Stevens SY, Felten DL (1999): Inhibition of tumor growth by L-deprenyl involves neural-immune interactions in rats with spontaneously developing mammary tumors. *Anticancer Res*. Vol. ;19(6B):5023-8.
- Trikkas G, Nikolatou O, Samara C, Bazopoulou-Kyrkanidou E, Rabavilas AD, Christodoulou GN (1996): Glossodynia: personality characteristics and psychopathology. *Psychother Psychosom*. Vol. 65(3):163-8.
- Trombelli L, Zangari F, Calura G (1994): The psychological aspects of patients with the burning mouth syndrome. *Minerva Stomatol*. May;43(5):215-21.
- U.S. Department of Labor, Bureau of Labor Statistics (1999): Issues in Labor Statistics: Occupational Stress. <http://stats.bls.gov/opub/ils/pdf/opbils35.pdf>
- Vallejo MJ, Huerta G, Cerero R, Seoane JM (2001): Anxiety and depression as risk factors for oral lichen planus. *Dermatology*. Vol. 203(4):303-7.
- van der Ploeg HM, van der Wal N, Eijkman MA, van der Waal I (1987): Psychological aspects of patients with burning mouth syndrome. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. Jun;63(6):664-8.
- Veltri JC, Geiringer KA, Richardson C, Boon RJ (2002): Using community pharmacies to conduct an HSV-1 prevalence study. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. Jul-Aug;11(5):373-8.
- Wakabayashi A (2002): Coping styles and anxiety and physiological responses of teachers in stressful situations. *Shinrigaku Kenkyu*. Feb;72(6):465-74.
- Wang Z, Lan Y, Li J, Wang M (2001): Appraisal of occupational stress and strain in primary and secondary school teachers. *Hua Xi Yi Ke Da Xue Xue Bao*. Sep;32(3):392-5.
- Weber A, Weltle D, Lederer P (2002): Illness related early pensioning of high school teachers. *Versicherungsmedizin*. Jun 1;54(2):75-83.

- Wetmore L, Green-Johnson J, Gartner JG, Sanders V, Nance DM (1994): The effects of kainic acid-induced lesions in the lateral septal area on cell-mediated immune function. *Brain Behav Immun.* Dec;8(4):341-54.
- Weusten BL, van de Wiel A (1998): Aphthous ulcers and vitamin B12 deficiency. *Neth J Med.* Oct;53(4):172-5.
- Wilgram GF (1972): A possible role of the Merkel cell in aphthous stomatitis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* Aug;34(2):231-8.
- Witt E, Palla S (2002): Burning mouth. *Schmerz.* Sep;16(5):389-94.
- Wittchen HU, Muller N, Storz S. (1998): Psychiatric disorders: incidence, psychosocial effects and correlation with physical illnesses. *Gesundheitswesen.* 60 Suppl 2:S95-100.
- Wittchen HU, Nelson CB, Lachner G (1998): Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psychol Med.* Jan;28(1):109-26.
- Wood, Norman K (1998): Diagnóstico diferencial de las lesiones orales y maxilofaciales. España : Madrid : Harcourt Brace.
- Zunt SL (2003): Recurrent aphthous stomatitis. *Dermatol Clin.* Jan;21(1):33-9.