

# TU BIENESTAR, NUESTRO COMPROMISO

GUÍA DE  
LA SALUD  
BUCODENTAL  
Y MENTAL

[www.saludoralymental.es](http://www.saludoralymental.es)



**CONSEJO  
DENTISTAS**  
ORGANIZACIÓN COLEGIAL  
DE DENTISTAS DE ESPAÑA



**Reservado todos los derechos.** Ninguna parte de esta publicación podrá ser reproducida, almacenada o transmitida en cualquier forma ni por cualquier procedimiento electrónico, mecánico, de fotocopia, de registro o de otro tipo sin la autorización por escrito del titular del Copyright.

© Consejo General de Colegios de Dentistas de España.

I.S.B.N.: 979-13-990617-3-4

Depósito legal: M-xxxx-2025

Impreso en España / Printed in Spain.

El papel utilizado en este producto procede de reciclado y fuentes controladas.



**Editorial:**

GRUPO ICM DE COMUNICACIÓN

Avenida de San Luis, 47. 28033 Madrid.

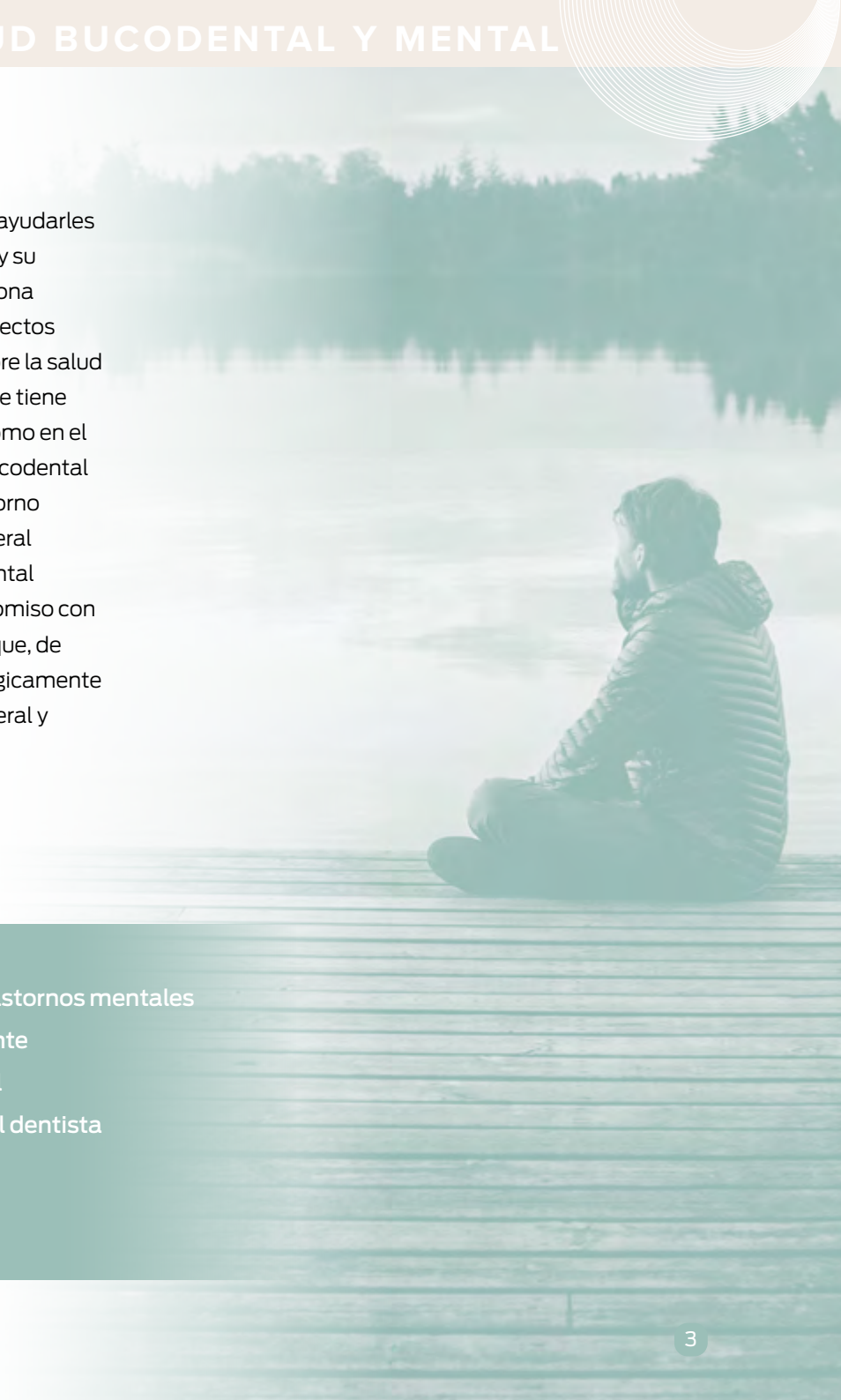
Tel.: 91 766 99 34

[www.grupoicm.es](http://www.grupoicm.es)



## PRESENTACIÓN

Esta guía dirigida a los dentistas pretende ayudarles en los conceptos básicos de salud mental y su relación con la salud bucodental. Proporciona una información actualizada sobre los aspectos mentales y sus posibles repercusiones sobre la salud bucodental. Asimismo, analiza el papel que tiene el dentista en la educación sanitaria, así como en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento bucodental de las personas que presentan algún trastorno en su salud mental. Desde el Consejo General de Dentistas de España y la Fundación Dental Española, esta guía reitera nuestro compromiso con la promoción de hábitos saludables para que, de esta forma, podamos compatibilizar sinérgicamente la salud mental con una óptima salud general y bucodental.



## CONTENIDOS

- 5 — Introducción
- 9 — Tendencia y demografía de los trastornos mentales
- 13 — Relación bidireccional boca y mente
- 23 — La inflamación en la salud mental
- 27 — Desde el sillón dental: el papel del dentista
- 39 — Los protocolos
- 50 — Bibliografía





# INTRODUCCIÓN

## SALUD BUCODENTAL Y SALUD MENTAL: EXPLORANDO LA CONEXIÓN

En esta guía se explora la conexión crítica entre la salud bucodental y la salud mental, empezando por los puntos compartidos y los principales aspectos de ambas. La caries dental, las enfermedades periodontales y la pérdida severa de dientes son las afecciones bucodentales que más afectan a la calidad de vida de una persona, desde su capacidad para trabajar y socializar hasta su salud y bienestar general (WHO, 2022). De forma similar al impacto de las enfermedades dentales en el estado de salud mental, puede afectar al estado de bienestar de una persona (Wells KB, 1989). Otra asociación fuerte y consistente entre las personas con una mayor prevalencia de enfermedades dentales (WHO, 2025) y mentales (Ridley M, 2020) es que comparten un gradiente social desfavorecido en lo relativo a su estatus socioeconómico, incluidos los niveles de ingresos y educativos.

La accesibilidad a los servicios de salud bucodental y mental también es un obstáculo mayor para las poblaciones desatendidas, dado el limitado número de profesionales, instalaciones y servicios dentales (WHO, 2025) y de salud mental (Coombs NC, 2021) disponibles para satisfacer sus necesidades asistenciales. También es responsabilidad de la profesión odontológica reivindicar que la atención bucodental sea accesible para todos, incluidas las personas que luchan contra la depresión u otro trastorno mental.

Y lo que es más importante, antes de adentrarse en esta guía, es tener en cuenta que la mayoría de las depresiones y otros trastornos mentales (WHO, 2025), así como las afecciones dentales (Mayo Clinic, 2025) son en gran medida tratables. Muchos problemas de salud bucodental pueden evitarse a través de una higiene bucodental rutinaria y cuidados preventivos.

### DATOS

- 1 **Los adultos deprimidos tienden a tener una peor salud bucodental (Aldosari M, 2021).**
- 2 **La caries dental, las enfermedades periodontales y la pérdida severa de dientes afectan significativamente a la calidad de vida, la salud y el bienestar de una persona (WHO, 2022).**
- 3 **La depresión y las afecciones bucodentales son en gran medida tratables (WHO, 2025; Mayo Clinic, 2025).**

La mala salud física a la que se enfrentan las personas con trastornos mentales ha sido objeto de atención, sobre todo en relación con la diabetes, las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades pulmonares crónicas y el cáncer desde hace ya más de un cuarto de siglo (Lawrence D, 2000). Sin embargo, se ha prestado menor atención a la salud bucodental, a pesar de que es una parte importante de la salud física (Mirza RD, 2001) y está relacionada con muchas de las enfermedades crónicas mencionadas (Consejo General de Dentistas de España, 2025). La mala salud bucodental también puede afectar a la alimentación, al habla y otras áreas sociales y psicológicas de la vida.

Existe una fuerte interacción entre la salud bucodental y la salud mental. Muchos pacientes odontológicos experimentan cierto grado de ansiedad ante sus visitas al dentista, y en algunos casos esto conduce a la fobia dental, una forma de fobia específica (Silveira ER, 2021). La percepción del dolor dental también puede verse exacerbada por la depresión o la ansiedad, independientemente del grado de patología oral. Por



ejemplo, el síndrome de boca ardiente es un trastorno sintomático somático en personas con una mucosa oral clínicamente sana que suele asociarse a depresión o ansiedad (Adamo D, 2022).

Por otro lado, los trastornos mentales pueden conducir a una mala salud bucodental (Johnson AM, 2024). Las personas con afectación de su salud mental, corren un mayor riesgo de padecer problemas de salud bucodental debido a una nutrición e higiene bucodental deficientes, al consumo excesivo de bebidas azucaradas, al consumo de sustancias como el tabaco, el alcohol o los psicoestimulantes y a las barreras económicas, o de otro tipo, para acceder a la atención odontológica (Bardow A, 2001). La xerostomía es un factor de riesgo importante para los problemas de salud bucodental y a menudo se ve agravada por la gingivitis oportunista como resultado de deficiencias nutricionales secundarias a la psicosis o la anorexia nerviosa (Russo L, 2008). Se han descrito cambios en la secreción salival debidos a la patología de la glándula parótida en pacientes con bulimia (Milosevic A, 1999). Por último, la xerostomía puede ser un efecto secundario de los medicamentos psicotrópicos de uso común, en particular los que tienen efectos anticolinérgicos (Bretz W, 2002; Page M, 2007).

Las enfermedades bucodentales más comunes en pacientes con trastornos mentales son la erosión dental, la caries y las enfermedades periodontales. La fase final de estas últimas es la pérdida de dientes, que puede afectar a toda la dentición (Said-Sadier N, 2023). Otra posible consecuencia del descuido a largo plazo de la salud dental es el cáncer oral. Esto se debe a que el cáncer oral y las enfermedades dentales comparten factores de riesgo comunes como el alcohol, el tabaco y, posiblemente, una higiene oral deficiente (Warnakulasuriya S, 2009). La falta de atención dental implica que no se identifican las lesiones potencialmente cancerosas de manera precoz.

## ¿CUÁL ES LA CONEXIÓN ENTRE SALUD BUCODENTAL Y SALUD MENTAL?

La boca refleja el estado general de salud y bienestar. Es una parte del cuerpo visible y de fácil acceso que ofrece a los profesionales sanitarios y a las personas una ventana a su estado de salud general. Como puerta de entrada al cuerpo, la boca percibe y responde al mundo exterior y, al mismo tiempo, refleja lo que ocurre en el interior del organismo. Puede mostrar signos de deficiencias nutricionales y servir como sistema de alerta temprana de enfermedades como la infección por el VIH y otros problemas del sistema inmunitario. La boca también puede mostrar signos de infección general y estrés.

### Factores que afectan a la salud bucodental de personas que padecen trastornos en su salud mental:

- **Diagnóstico, gravedad y estadio de la enfermedad mental.**
- **Factores socioeconómicos.**
- **Dieta inadecuada (por ejemplo, alimentos y bebidas con alto contenido en azúcar y/o grasa, bajo contenido en fibra).**
- **Falta de percepción de los problemas de salud bucodental.**
- **Tabaquismo, alcohol y uso de drogas.**
- **Capacidad de autocuidado.**
- **Acceso al dentista.**
- **Efectos secundarios de los medicamentos (xerostomía).**
- **Conocimiento de los problemas de salud bucodental.**



Hansen, C., Curl, C. & Geddis-Regan, A. Barriers to the provision of oral health care for people with disabilities. *BDJ In Pract* 34, 30–34 (2021). <https://doi.org/10.1038/s41404-021-0675-x>



# TENDENCIA Y DEMOGRAFÍA DE LOS TRASTORNOS MENTALES

La población en España supera los 48 millones de habitantes y todas las personas que residen en este país tienen reconocido el derecho a la protección de la salud. El 50,5 % de la población es mayor de 45 años y una de cada cinco personas tiene 65 o más años.

Los datos de 2022 registran una prevalencia de trastornos mentales y del comportamiento del 34 %, más en mujeres que en hombres (37,2 % vs. 31 %). La prevalencia aumenta con la edad, hasta alcanzar el 56,2 % en el grupo de 90-94 años. Hay un patrón por sexo definido afectando más a los hombres en la infancia y adolescencia, mientras que en la juventud y etapa adulta, es más frecuente en las mujeres (Minterio de Sanidad, 2024).

La prevalencia global es del 34 %, habiendo aumentado un 4,7 % con respecto a las cifras de 2019.

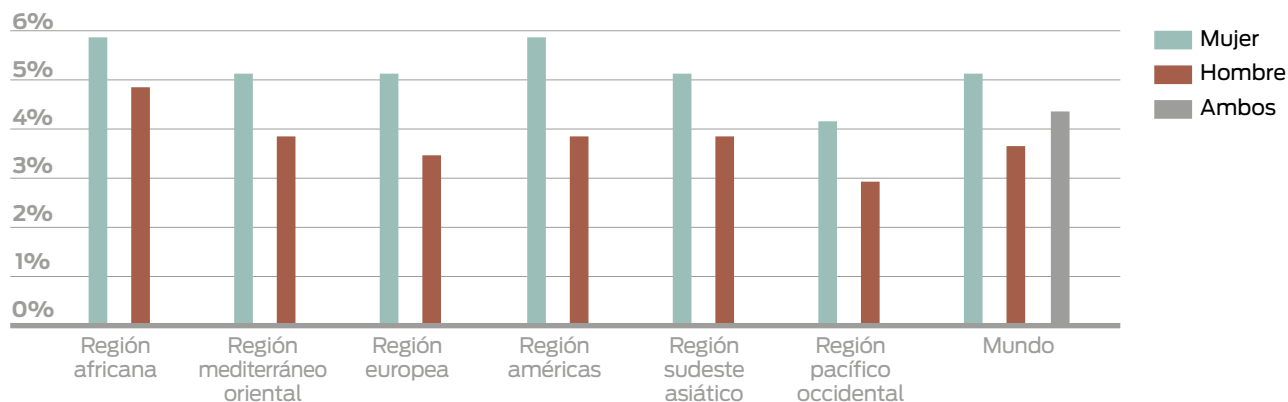
Los problemas de salud mental más frecuentemente registrados son los trastornos de ansiedad (10,6 %), seguidos de los trastornos del sueño y de los trastornos depresivos (8,2 % y 4,8 %, respectivamente), con una tendencia creciente en la serie 2016-2022.

En la infancia y adolescencia (menores de 25 años), los problemas de salud mental más frecuentemente registrados también son los trastornos de ansiedad (3,3 %), seguidos de los trastornos específicos del aprendizaje (2,9 %) y los problemas hipercinéticos (2,5 %). Siguen una tendencia creciente, aumentando entre 2019 y 2022 un 29,5 %, un 26,6 % y un 5,2 %, respectivamente.

**El 34 % de la población padece algún problema de salud mental, afección que supera el 40 % en la población de más de 50 años, alcanzando el 50 % en los de más de 85.**

**Los trastornos de ansiedad son el doble en mujeres (14 %) que en hombres (7 %) y afectan a 3 de cada 100 menores de 25 años.**

Prevalencia de trastornos depresivos (% de población) por áreas geográficas de la OMS.



Fuente: World Health Organization. Depression and other common mental disorders: Global health estimates. Accessed Oct 11, 2025.



## TENDENCIA Y DEMOGRAFÍA DE LOS TRASTORNOS MENTALES EN ESPAÑA

TIPO DE TRASTORNO	DATOS ESTADÍSTICOS EN ESPAÑA
<p><b>PROBLEMAS GENERALES DE SALUD MENTAL</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El problema de salud mental más frecuente es el trastorno de ansiedad, que afecta al 10,6 % de la población (13,8% en mujeres, 7,4 % en hombres). Si se incluyen “signos/síntomas de ansiedad”, la cifra alcanza el 15,4 %.</li> <li>• El trastorno depresivo aparece en el 4,8 % de la población (5,9 % en mujeres y 2,3 % en hombres), creciendo la frecuencia progresivamente con la edad hasta alcanzar el 12 % de las mujeres y el 5 % de los hombres de 75 a 84 años.</li> <li>• El síntoma de trastornos del sueño afecta al 8,2 % de la población (15,8 % en mujeres, 5,1 % en hombres).</li> <li>• Los trastornos de personalidad (que incluyen trastornos límite de la personalidad, trastornos relacionados con los impulsos y trastornos de la conducta) presentan una prevalencia global en torno al 0,7 %.</li> <li>• La anorexia nerviosa/bulimia aparece en el 0,1 % de la población general, pero se concentra en las mujeres de 15 a 45 años, con una prevalencia entre el 0,3 y 0,6 %.</li> <li>• La fobia también tiene una prevalencia global del 0,2 %, presentándose más en mujeres.</li> <li>• El trastorno obsesivo compulsivo tiene una prevalencia del 0,1 % en ambos sexos, aunque presenta predominio masculino entre los 15 y 25 años.</li> </ul>
<p><b>ALTERACIONES COGNITIVAS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La prevalencia de demencia en la población de 60 y más años es del 3,2 % (3,9 % en mujeres, 2,2 % en hombres).</li> <li>• En mayores de 75 años las cifras son 7,2 % de prevalencia global (8,4 % en mujeres y 5,2 % en hombres).</li> <li>• A partir de los 85 años afecta al 12-14 % de las mujeres y al 7,6-9,3 % de los hombres.</li> <li>• El síntoma trastornos de la memoria se registra en el 3,6 % de las mujeres y en el 2,3 % de los hombres mayores de 60 años.</li> </ul>
<p><b>PROBLEMAS ESPECÍFICOS EN MENORES DE 25 AÑOS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los trastornos hiperkinéticos se diagnostican en el 1,8 % de los menores de 25 años, 2,6 % en niños y 0,9 % en niñas. La mayor frecuencia se da entre los 10 y los 19 años.</li> <li>• Los problemas específicos del aprendizaje se registran en el 1,6 % de los menores (2,1 % en niños y 1,1 % en niñas). Se van reduciendo con la edad.</li> <li>• Los signos/síntomas de comportamiento del niño/adolescente son objeto de atención en el 1,2 % de los menores de 25 años, 1,5 % en niños y 1 % en niñas. Se incrementan con la edad.</li> <li>• La enuresis se presenta en el 1% de los menores de 25 años (1,25% en niños y 0,7% en niñas).</li> <li>• Los problemas de la conducta alimentaria (en niños, excluyendo la anorexia nerviosa) se detectan en el 0,3 % de los menores de 15 años, son similares en ambos sexos y se reducen con la edad.</li> </ul>

## SALUD MENTAL EN ESPAÑA: LOS DATOS

Entre el **2,5-3 %** de la población adulta tiene un trastorno mental grave. Esto supone más de un millón de personas.

Más de la mitad de las personas con trastorno mental que necesitan tratamiento no lo reciben.

**8 de cada 10** personas con problemas de salud mental no tiene empleo.

El **34 %** de la población tiene algún tipo de trastorno mental o del comportamiento.

Se observa una tendencia creciente de los trastornos mentales desde 2016.

**7,3 M**, casi la mitad de los jóvenes españoles de entre 15 y 29 años **48,9 %**, considera que ha tenido algún problema de salud mental.

El **10,6 %** tiene ansiedad, el **8 %** presenta trastornos de depresión y el **5%** depresión.

Entre el **11-27 %** de los problemas de salud mental en España se pueden atribuir a las condiciones de trabajo.

### RECONOCIENDO EL IMPACTO

Muchas personas consumen alcohol o drogas para hacer frente al estrés o se automedican.

El **9 %** es gran consumidor de alcohol (a diario), llegando al **17%** en los mayores de 55 años.

El **7,5 %** consume fármacos hipnosedantes a diario, elevándose al **9,5%** en los mayores de 35 años.

Datos de la Encuesta Nacional de Salud en España e Informe del Plan Nacional sobre Drogas.



# RELACIÓN BIDIRECCIONAL BOCA Y MENTE

## UNA RELACION BIDIRECCIONAL

Existe una relación bidireccional entre la salud bucodental y la salud mental: una mala salud bucodental puede afectar negativamente la salud mental, y una mala salud mental puede causar estragos en la salud bucal (Skallevold HE, 2023). El hecho de que las personas con problemas de salud mental tengan peor salud bucodental y sean más propensas a perder los dientes que quienes no los padecen resalta la disparidad que existe para muchas personas (Aldosari M, 2020). A pesar de estas conexiones conocidas, la salud bucodental, a menudo, se pasa por alto en el tratamiento y la atención de la salud mental. Comprender el estigma de la mala salud bucodental y cómo puede contribuir a la ansiedad, la depresión y los problemas de autoestima (WHO, 2022) respalda la necesidad de mejorarla para un mayor bienestar mental general.

Las infecciones bucodentales crónicas que causan inflamación sistémica también se han asociado con afecciones de salud mental como la depresión y la enfermedad de Alzheimer (Beydoun MA, 2020).

Esta relación bidireccional enfatiza la relevancia de una atención integral que considere tanto la salud bucodental como la salud mental al tratar a personas con afecciones crónicas (Matsuda S, 2023).

Una mala salud mental puede llevar a descuidar la salud bucodental y los hábitos generales de autocuidado, alimentando el ciclo en el que, un mal comportamiento sanitario afecta al otro y viceversa (Heaton LJ, 2024).

**Perder los dientes puede ser psicológicamente traumático, socialmente perjudicial y funcionalmente limitante. (Organización Mundial de la Salud, 2022).**

**Estas son algunas razones en que un área puede perjudicar a la otra:**

### INFLAMACIÓN:

Las infecciones bucodentales crónicas pueden provocar una inflamación continua que afecta a la salud sistémica del organismo y contribuye a la aparición de trastornos mentales, como la depresión y el deterioro cognitivo (RDH, 2024). Además, se ha observado un aumento del cortisol en la saliva en la depresión, que contribuye a debilitar el sistema inmunitario, alterando la microbiota oral (BinShabaib, M.S, 2025).

### HIGIENE:

A las personas que luchan contra la depresión o la ansiedad puede resultarles más difícil cuidar su higiene bucodental diaria. Cuando los niveles de energía son bajos y persisten los pensamientos negativos, la depresión suele suprimir la motivación de la persona para cuidar su salud bucodental. Este descuido puede elevar el riesgo de enfermedades de las encías y caries, provocando más inflamación. Así, el ciclo insalubre continúa (BetterMouth, 2025).

### DOLOR:

Un diente infectado, la enfermedad periodontal, los trastornos temporomandibulares y otros problemas dentales pueden provocar dolor crónico, elevar los niveles de estrés y ansiedad, y alterar aún más el bienestar mental de la persona.

### INSOMNIO:

Las personas con bruxismo o que padecen afecciones que provocan dolor dental suelen tener dificultades para dormir. Aunque la ansiedad puede provocar



bruxismo, la falta de sueño de calidad puede provocar ansiedad, depresión e incapacidad para controlar el estrés.

## **AISLAMIENTO SOCIAL:**

Las personas pueden aislarse socialmente porque les avergüenzan las malas condiciones de salud bucodental, como la falta de dientes, la recesión de las encías o el mal aliento, lo que puede provocar sentimientos de baja autoestima, ansiedad y depresión.

## **SONREÍR:**

Aunque sonreír puede mejorar el estado de ánimo y la salud mental, muchas personas que padecen una mala salud bucodental optan por ocultar la suya. Ocultar una sonrisa puede afectar al bienestar emocional de una persona y a cómo la ven los demás (FDI, 2025).

## **EFFECTOS SECUNDARIOS DE LOS FÁRMACOS:**

Los medicamentos antidepresivos y antipsicóticos que tratan las enfermedades mentales pueden reseca la boca y aumentar el riesgo de caries y enfermedades periodontales (Fratto G, 2014). Aunque sean necesarios, estos medicamentos pueden terminar perjudicando a la salud bucodental y empeorando los problemas de salud mental. La enfermedad periodontal y la caries también están relacionadas con el consumo de alcohol, anfetaminas, marihuana, opiáceos y otras drogas (NIDCR, 2021).

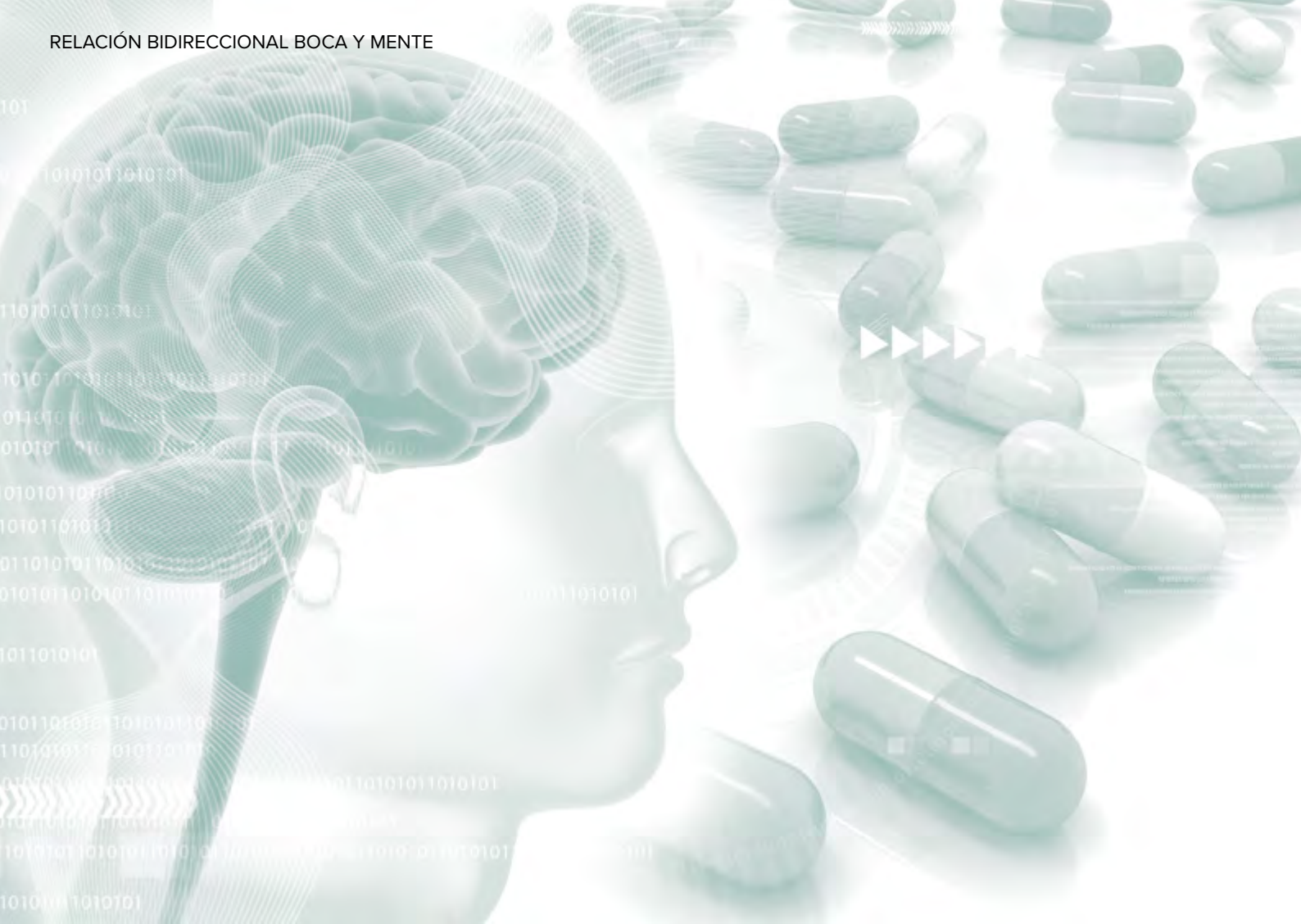
Especial mención merece el uso de la apomorfina sublingual prescrita en algunos pacientes con enfermedad de Parkinson, al haberse asociado a alteraciones en el paladar, boca seca, ardor en lengua, malestar al tragar y úlceras bucales (Kassubek J, 2024).

Recientemente, se ha puesto de relieve la importancia de la salud mental a la luz de las consecuencias de la pandemia de la Covid-19 (Søvold LE, 2021). El

repentino cambio de vida, que implicó cuarentena y distanciamiento social durante la pandemia, puede haber contribuido al creciente número de informes sobre problemas de salud mental (Santomauro DF, 2021). La salud mental es necesaria para el buen funcionamiento del individuo y la comunidad, a través de la interacción y el desarrollo. Cuando el estado mental de un individuo presenta determinados patrones conductuales o psicológicos, puede diagnosticarse un trastorno mental.

El término trastorno mental influye en varios aspectos de la vida y a veces se utiliza indistintamente para trastornos psicológicos o psiquiátricos. Antes de la pandemia, se calculaba que el número de personas con un trastorno mental rondaba los 792 millones en todo el mundo, pero esta prevalencia ha aumentado alrededor del 25 % (Nochaiwong S, 2021).

Varios aspectos socioeconómicos, como el desempleo, el aislamiento social y la pobreza, repercuten en los trastornos mentales (Petersen PE, 2011; Marmot M, 2011). Como consecuencia de la pandemia de la Covid-19 se han producido una serie de modificaciones en los hábitos de salud de las personas, como el aumento del consumo de aperitivos, tabaco y alcohol, y la disminución de la actividad física (Arora T, 2020). Cuando los comportamientos negativos en materia de salud se combinan con factores de estrés, como el miedo a las infecciones, la falta de suministros e información o las pérdidas económicas (que son relevantes en el caso de la pandemia de la Covid-19), la salud bucodental puede deteriorarse (Kisely S, 2016). Dado que los trastornos mentales van en aumento, cabe esperar un incremento del consumo de antipsicóticos y depresores. Estos medicamentos conllevan el riesgo de efectos adversos, como el bruxismo y la xerostomía, que afectan negativamente a la salud bucodental (Wey MC, 2016; Kisely S, 2015).



Se ha informado de que el miedo a la infección y a la interacción social, asociados a la pandemia, pueden dificultar el acceso a la atención odontológica (Torales J, 2020). El empeoramiento de la ansiedad o la fobia al tratamiento odontológico puede ser consecuencia de la falta de asistencia (Gustafsson A, 2020; Stein LS, 2022), lo que hace que los pacientes busquen atención

odontológica exclusivamente durante las urgencias (Nazir M, 2021). Los trastornos mentales y la influencia recíproca de la salud bucodental es un tema generalmente descuidado y poco conocido (Kenny A, 2020). Sin embargo, este tema es muy relevante tras la pandemia y debe ser concienciado por los dentistas para orientar la elaboración de protocolos clínicos.



## SALUD BUCODENTAL Y MENTAL

La caries dental, la periodontitis grave y la pérdida de dientes (Peres MA, 2019) son las principales enfermedades bucodentales que permanecen sin tratar, afectando a unos 3.500 millones de individuos, lo que refleja que la salud bucodental es un reto sanitario subestimado e infravalorado a nivel mundial (Kassebaum NJ, 2017). En 2017, la repercusión de todas las enfermedades bucodentales sobre la calidad de vida (años de vida ajustados por discapacidad) aumentó un 20 % con respecto a su impacto en 1990 (Bernabe E, 2020). La carga económica mundial es de 544.000 millones de dólares, 187.000 millones de los cuales se deben a pérdidas de productividad (Righolt AJ, 2018). Los costes indirectos, como las pérdidas de productividad, pueden atribuirse a la influencia de la salud bucodental en el retraimiento social y el aislamiento, el dolor y la afectación en la masticación, la autoestima, la falta de concienciación sobre la salud bucodental y la desconfianza en los proveedores de atención odontológica (Matevosyan NR, 2010). Las personas con trastornos mentales pueden considerarse un grupo vulnerable debido a esas influencias.

Además, la salud bucodental repercute en la salud general. Existe evidencia científica de que está íntimamente relacionada con las enfermedades coronarias (Arbildo-Vega H.I, 2024 a), respiratorias (Molina A, 2023), los accidentes cerebrovasculares (Said-Sadier N, 2023) y la diabetes (Arbildo-Vega H.I, 2024 b). Estas afecciones son comorbilidades frecuentes en las personas que padecen trastornos mentales (Kisely S, 2015; Leng WD, 2015). Los estudios informan de numerosas asociaciones entre problemas bucodentales y de salud mental: erosión dental en los trastornos alimentarios anorexia y bulimia, síndrome de boca ardiente en la ansiedad y la depresión (Tiwari T, 2022), caries

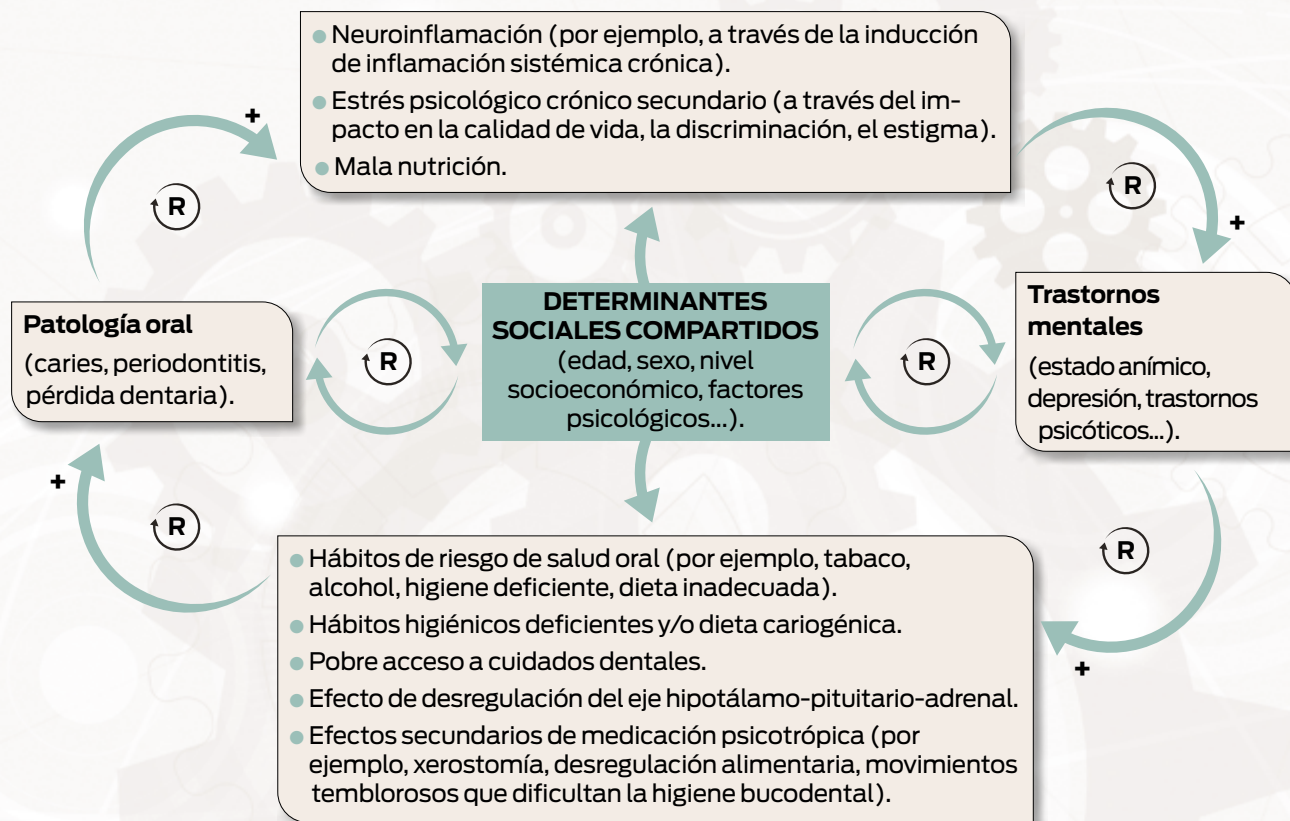
dental debida al alto consumo de azúcar (DeBate RD, 2006), mayor incidencia de enfermedad periodontal debido a una higiene deficiente y al tabaquismo (Matevosyan NR, 2010; Khokhar MA, 2016) y mayor riesgo de disfunción de la articulación temporomandibular (Tiwari T, 2022). Según se informa, los trastornos mentales graves implican un riesgo 2,8 veces mayor de llegar a ser desdentado en contraste con la población general (Kenny A, 2020).

Los predictores y determinantes de una mala salud bucodental incluyen trastornos mentales y factores relacionados con el estilo de vida, lo que ilustra la complicada interacción de los factores que influyen en la salud mental y bucodental.

La sospecha de trastornos mentales debe plantearse en la consulta dental cuando se observen presentaciones atípicas de enfermedades bucodentales comunes o de enfermedades bucodentales poco comunes. Las erosiones dentales están presentes en el 38 % de los pacientes con un trastorno alimentario (Ahmed KE, 2013). Las superficies dentales palatinas suelen verse afectadas a causa de vómitos autoinducidos, en contraste con las erosiones vestibulares comunes debidas al consumo extrínseco de bebidas ácidas (Milosevic A, 1999). El bruxismo, muchas veces, va asociado a la ansiedad o la depresión (Sutin AR, 2010). La abrasión de la superficie vestibular debida al cepillado frenético de los dientes suele estar relacionada con el trastorno obsesivo-compulsivo (Ghanizadeh A, 2008). La xerostomía y la hiposalivación están asociadas a los antidepresivos y los antipsicóticos (Chen RJ, 2024). Por ejemplo, los antidepresivos tricíclicos pueden reducir a la mitad la tasa de salvación de una persona (Daly C, 2016). Mención aparte merecen las alteraciones orales en consumidores de drogas (Alqarni H, 2024).

## MECANISMOS DE INTERACCIÓN BIDIRECCIONAL ENTRE LOS TRASTORNOS MENTALES Y LAS ENFERMEDADES BUCODENTALES

Los ejemplos que figuran en el modelo no son exhaustivos. (R): bucles de refuerzo.



Fuente: Joury E, Kisely S, Watt RG, Ahmed N, Morris AJ, Fortune F, Bhui K. Mental Disorders and Oral Diseases: Future Research Directions. J Dent Res. 2023 Jan;102(1):5-12.



## LOS TRASTORNOS MENTALES Y SUS EFECTOS EN LA SALUD BUCODENTAL

La periodontitis es una enfermedad crónica que afecta al tejido que rodea la estructura dental, con desorden inflamatorio, degradación y, en última instancia, pérdida del diente. El tratamiento consiste en la eliminación del biofilm bacteriano de la superficie dental de forma regular y exige un alto nivel de adherencia a unas rutinas de higiene oral excelentes. Más allá de la pérdida de dientes y la disfunción masticatoria subsiguiente, la periodontitis también afecta a la salud general (Borrego-Ruiz A, 2025). A nivel mundial, la periodontitis se encuentra entre las enfermedades más prevalentes, con un 20-50 % de la población afectada (Nazir M, 2020). Se prevé que la prevalencia de la periodontitis aumente con el envejecimiento de la población y a medida que una mayor parte de los adultos mayores conserven sus dientes naturales (Listl S, 2015). Los trastornos mentales y su relación con las enfermedades orales, en particular la periodontitis, están recibiendo cada vez más atención en la comunidad científica (Siluvai S, 2024). Se sugiere que varias de las relaciones son bidireccionales, lo que abre la puerta a futuras medidas diagnósticas, preventivas y terapéuticas (Hashioka S, 2019).

### ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Los metaanálisis recientes sugieren una asociación significativa entre la periodontitis y la enfermedad de Alzheimer (Kaliamoorthy S, 2022; Leira Y, 2017). De hecho, varios estudios apoyan esta asociación y proponen varias explicaciones (Chen CK, 2017; Choi S, 2019). Sin embargo, el mecanismo de la translocación bacteriana que contribuye a la inflamación sistémica parece plausible. Esto se ve respaldado por el hecho de que el ADN de *Porphyromonas gingivalis*, uno de los principales patógenos de la periodontitis, se ha aisla-

do en personas diagnosticadas de Alzheimer (Dominy SS, 2019), así como anticuerpos contra varias bacterias asociadas a la periodontitis (Cestari JA, 2018). Además, se ha descrito una asociación entre la gravedad de la periodontitis y la enfermedad de Alzheimer (Holmer J, 2018). Esta evidencia se ve respaldada por estudios en animales en los que se administró a sujetos murinos *Porphyromonas gingivalis* vivos o su endotoxina, el lipopolisacárido. Las administraciones dieron lugar a reducciones observables de las funciones de aprendizaje y memoria, y a placas de amiloide, un hallazgo histológico típico asociado a la enfermedad de Alzheimer en el hipocampo de los animales (Ding Y, 2018; Zhang J, 2018). En consecuencia, estos hallazgos han inspirado el desarrollo de inhibidores de la gingipaina, que inhiben las proteasas de *P. gingivalis*. Los inhibidores redujeron la formación de placa de amiloide, los volúmenes bacterianos y los efectos protectores sobre las células del hipocampo (Dominy SS, 2019). En conjunto, la bibliografía sugiere que la periodontitis es un factor de riesgo modificable de demencia, en particular de la enfermedad de Alzheimer, por lo que puede ser un objetivo de las medidas terapéuticas y profilácticas (Lee YT, 2017).

### DEPRESIÓN

El papel de las bacterias también puede influir en la relación entre periodontitis y depresión (Liu F, 2018). De hecho, se han descrito diferencias significativas en el microbioma oral de los individuos deprimidos. Los taxones diferían en abundancia entre los sujetos sanos y deprimidos, y se observaron niveles elevados de *Neisseria spp.* y *Prevotella nigrescens*. Las variaciones en el microbioma oral están asociadas con la depresión en adultos jóvenes (Wingfield B, 2021).



Los estudios en animales apoyan la noción de que la administración oral de lipopolisacárido o de patógenos vivos asociados a la periodontitis provoca una elevación de los marcadores inflamatorios a nivel sistémico, incluido el cerebro, y un comportamiento de tipo depresivo (Norden DM, 2016; Martínez M, 2021). Se ha sugerido una relación genética. Un estudio ha investigado el papel de los genes y neuropéptidos cruzados en estas dos enfermedades. Se observó que los neuropéptidos adrenomedulina, factor de crecimiento similar a la insulina 2, prodinorfina y resistina se expresan mutuamente tanto en la periodontitis como en la depresión, pudiendo también desempeñar un papel en la identificación de la depresión (Sun C, 2021).

Los datos epidemiológicos informan de una tasa de comorbilidad de la depresión del 62,5 % entre los pacientes con periodontitis, en comparación con el 39 % en individuos sanos (Laforgia A, 2015). Otro estudio realiza un seguimiento de 10 años en más de 60.000 sujetos e informa de una elevada incidencia de la depresión entre los que padecían periodontitis (Hsu CC, 2015). En la depresión influyen factores psicológicos y sociales. Los síntomas de la periodontitis, como la halitosis, la higiene bucal deficiente y el edentulismo,

pueden influir negativamente en los factores psicosociales favoreciendo el aislamiento social, la vergüenza y la reducción de la autoestima, contribuyendo así a la depresión (Dumitrescu AL, 2016). Cuando se pierde un diente, puede sustituirse por un implante dental; sin embargo, un implante también puede desarrollar periimplantitis, similar a la periodontitis. En última instancia, el implante puede perderse. Varios de los efectos y relaciones de la enfermedad pueden extrapolarse de la periodontitis a la periimplantitis (D'Ambrosio F, 2022). La periodontitis y la periimplantitis pueden ser factores de riesgo modificables sugestivos de depresión y, de ser así, una simple intervención periodontal e instrucción en higiene oral pueden prevenir o ayudar en el tratamiento de la depresión (Hashioka S, 2018).

### TRASTORNO BIPOLAR

Se ha comprobado que la inflamación crónica es un factor en el trastorno bipolar. Entre 2001 y 2012 se estudió la relación entre el trastorno bipolar y la periodontitis. En el caso del trastorno bipolar, se notificó un riesgo elevado entre los sujetos con periodontitis, en comparación con los sujetos sin periodontitis (Huang YK, 2020). Se notificaron cargas bacterianas más elevadas



de patógenos asociados a la periodontitis en sujetos con periodontitis y trastorno bipolar, en comparación con pacientes con periodontitis pero mentalmente sanos (Cunha FA, 2019). Estos estudios apoyan una posible relación entre el trastorno bipolar y la periodontitis, que justifica nuevas investigaciones futuras.

## ESQUIZOFRENIA

La literatura sobre la relación entre periodontitis y esquizofrenia es escasa. Unos pocos estudios han informado de que los pacientes con esquizofrenia presentan un riesgo elevado de periodontitis y un riesgo aún mayor para los que consumen antipsicóticos (Hu KF, 2020). Se ha descartado el cortisol, comúnmente implicado en la periodontitis, ya que los niveles eran más bajos entre los pacientes con esquizofrenia en comparación con los sanos (Albahli BF, 2021). Curiosamente, se ha informado de que el alelo D del gen de la enzima convertidora de angiotensina es un factor protector contra la esquizofrenia (Crescenti A, 2009) y la periodontitis (Gürkan A, 2009) pudiendo ser una conexión biológica. Además, se ha sugerido que el papel del microbioma orofaríngeo, el microbioma salival y la periodontitis están potencialmente asociados con la esquizofrenia, y que la periodontitis refuerza el papel de la inflamación en la fisiopatología de la esquizofrenia.

## ENFERMEDAD DE PARKINSON

La relación biológica entre la enfermedad de Parkinson y la periodontitis es menos conocida. Sin embargo, algunos estudios informan de una prevalencia elevada de periodontitis entre los pacientes de Parkinson (Schwarz J, 2006). La enfermedad de Parkinson causa trastornos motores y deterioro cognitivo como consecuencia de la muerte de células neuronales cerebrales productoras de dopamina de la sustancia negra (Zafar S, 2021). Los temblores de las manos y la rigidez son

síntomas frecuentes que dificultan el mantenimiento de una higiene bucodental diaria adecuada. Las pruebas epidemiológicas apoyan que la periodontitis aumenta el riesgo de padecer la enfermedad de Parkinson. Se ha observado un efecto protector contra la enfermedad de Parkinson en pacientes que recibieron tratamiento periodontal durante 5 años consecutivos, en comparación con pacientes que no recibieron tratamiento en absoluto o tratamiento no consecutivo (Chen CK, 2017; Chen CK, 2018). Los autores especulan con la posibilidad de que la inflamación iniciada y mantenida por los patógenos asociados a la periodontitis que penetran en el cerebro contribuya en última instancia a la enfermedad de Parkinson o la provoque (Bian M, 2021). En el futuro puede ser interesante investigar más a fondo las relaciones mecanicistas y la influencia del tratamiento periodontal en la enfermedad de Parkinson establecida.

## TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA)

Los trastornos alimentarios son trastornos mentales graves con una morbilidad y mortalidad considerables que causan alteraciones significativas en la salud somática y el funcionamiento psicosocial (Halmi KA, 2018; Mehler PS, 2018). Las investigaciones sobre los efectos somáticos de los trastornos alimentarios indican que afectan a todos los sistemas corporales e incluyen afecciones cuya gravedad varía desde deficiencias vitamínicas hasta desequilibrios electrolíticos e hipoglucemias potencialmente mortales (Voderholzer U, 2020). Las orientaciones relacionadas con la salud bucodental son notablemente escasas o están ausentes en muchas de las directrices. A menudo, la única mención a la salud bucodental es el reconocimiento de que los vómitos autoinducidos pueden causar erosión dental y la recomendación para los profesionales de los trastornos

alimentarios (nutricionistas, psicólogos y médicos) que tratan a personas con trastornos alimentarios, de remitir a un dentista a alguien que esté vomitando.

La escasez de orientaciones sobre la relación entre la salud bucodental y los trastornos alimentarios implica que las enfermedades no se tratan hasta que el impacto es grave. Una ventaja significativa de la intervención temprana es que reduce el tiempo de enfermedad no tratada (Flynn M, 2021), lo que se asocia a resultados positivos como un menor tiempo de remisión (Austin A, 2021). A pesar de esta oportunidad, la formación médica relativa a la repercusión oral de los trastornos alimentarios es limitada.

### TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) es un trastorno mental relacionado con la ansiedad y la depresión con distintas manifestaciones perceptivas y conductuales. En la última edición del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-5), el TOC se eliminó de la lista de trastornos de ansiedad y se añadió a una nueva sección denominada trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados. Este trastorno es una de las diez enfermedades mentales más incapacitantes que afectan a la calidad de vida.

El TOC es un trastorno crónico frecuente caracterizado por pensamientos perturbadores (obsesiones) y comportamientos repetitivos (compulsiones). El diagnóstico del TOC se basa en la presencia de obsesiones o compulsiones, pero normalmente a la alternancia de ambas. Las compulsiones incluyen revisar, limpiar, lavar, ordenar, simetría, acaparar, coleccionar (Fox EB, 1995). Aunque los síntomas del TOC pueden aparecer a cualquier edad, suelen aparecer al final de la adolescencia en los varones y al principio de la veintena en las mujeres (Roth A, 2006). La literatura que relaciona el TOC y la salud bucodental es sumamente escasa. Sin embargo, cabe destacar

que los individuos con TOC tienen obsesiones y compulsiones únicas, como hábitos de higiene y planes dietéticos que pueden mejorar o deteriorar su estado de salud bucodental en comparación con individuos con otros trastornos mentales.

Los escasos informes sobre sujetos diagnosticados de TOC concluyen que estos pacientes son más difíciles de tratar en entornos dentales, ya que son más exigentes, más sensibles al contacto corporal y más selectivos a la hora de realizar determinadas actividades (Ahuja R, 2015; Chandna P, 2014). La patología bucodental más comúnmente reportada en estos pacientes es la abrasión dentaria por cepillado compulsivo (Moharrami M, 2022).

### TRASTORNOS COMUNES DE SALUD MENTAL Y SUS SÍNTOMAS HABITUALES

TRASTORNO	SÍNTOMAS HABITUALES
Depresión	Los principales síntomas suelen ser tristeza y pérdida de interés o placer.
Ansiedad	La ansiedad se desencadena en presencia de una sobreactivación de una amenaza reconocida o de una evaluación errónea del peligro, lo que conduce a una reacción de lucha o huida excesiva e inadecuada.
Trastorno bipolar	Suele comprender episodios maníacos y depresivos, con periodos intermedios de estado de ánimo normal. Los episodios maníacos se caracterizan por una gran velocidad del habla, una elevada autoestima y una menor necesidad de dormir.
Esquizofrenia y otras psicosis	La esquizofrenia es una psicosis típica, caracterizada por una distorsión del pensamiento, la percepción, las emociones y el comportamiento, con alucinaciones de tipo auditivo y visual.
Demencia	Se diagnostica deterioro cognitivo leve a la persona que presenta deterioro cognitivo en comparación con un momento anterior, aunque sigue siendo independiente y se desenvuelve bien en la vida cotidiana.



# LA INFLAMACIÓN EN LA SALUD MENTAL

## PAPEL DE LA INFLAMACIÓN

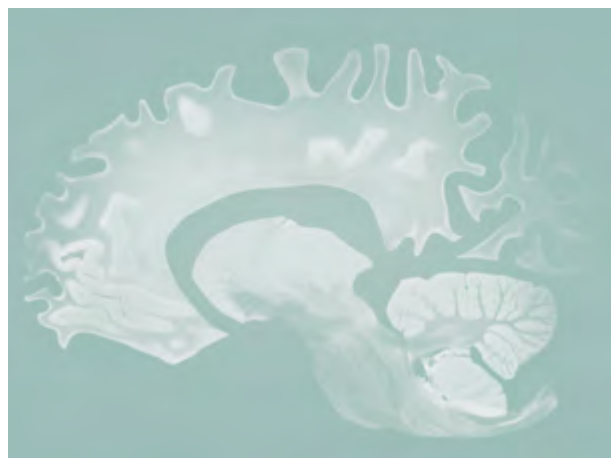
Las infecciones bucodentales crónicas, la inflamación y la salud sistémica están relacionadas, desempeñando la inflamación un papel clave (RDH, 2022). Esta asociación sugiere que abordar la salud bucodental podría tener un impacto más amplio en los resultados de la salud mental.

La inflamación es la defensa natural del organismo contra las infecciones. Cuando las bacterias atacan el tejido de las encías y el hueso que rodea los dientes, como en el caso de la enfermedad periodontal, la infección oral pone en marcha una alerta inmunitaria que conduce a la inflamación. Esta inflamación oral crónica se desencadena en afecciones como la gingivitis (enfermedad de las encías en fase inicial) y la periodontitis (infección de encías y hueso en fase avanzada). Las moléculas inflamatorias que se inician en la boca pueden diseminarse a órganos y tejidos de todo el cuerpo.

### VÍA A LA DEPRESIÓN

El camino a la depresión comienza cuando las citoquinas inflamatorias interfieren con la serotonina y la dopamina, que ayudan a regular el estado de ánimo. A medida que la inflamación crónica persiste, afecta la capacidad del cerebro para funcionar y este deja de enviar señales de placer, recompensa y motivación, o las envía con menor frecuencia (Mitchell B, 2024). Sin la capacidad de sentir placer, los síntomas de la depresión se afianzan.

**El proceso inflamatorio puede afectar a la salud de una persona de muchas maneras, dando lugar a trastornos de salud mental como depresión y deterioro cognitivo.**



### DETERIORO COGNITIVO Y DEMENCIA

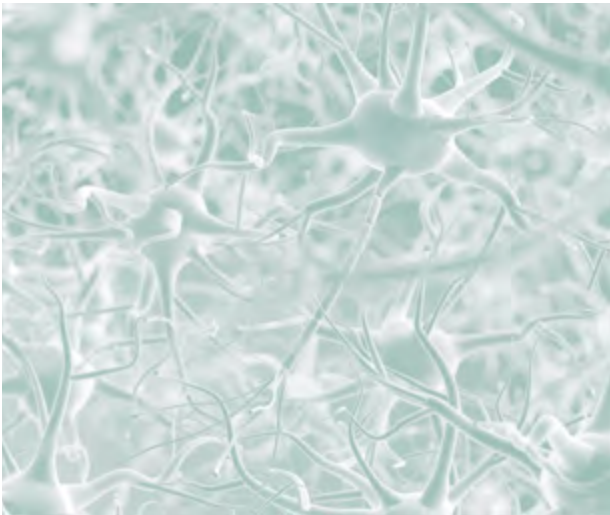
Las enfermedades neurodegenerativas como el Alzheimer y el Parkinson también son resultado de una inflamación crónica en el cerebro que daña las neuronas y otras células cerebrales, acelerando el proceso de envejecimiento. Estudios han demostrado que las personas con enfermedad periodontal tienen un mayor riesgo de desarrollar estas enfermedades y otros tipos de demencia. En el caso de la enfermedad periodontal, las bacterias viajan del torrente sanguíneo al cerebro, causando inflamación que perjudica las funciones cognitivas (Beydoun M, 2020).

**Los tratamientos antiinflamatorios para controlar la inflamación sistémica pueden ayudar a reducir los síntomas, lo que beneficia tanto la salud bucodental como la salud mental y suponen un beneficio para un tratamiento y atención más tempranos.**



## LA FISIOPATOLOGÍA DE LA CONEXIÓN

Las enfermedades neurodegenerativas como el Alzheimer, el Parkinson y la esclerosis lateral amiotrófica (ELA) se caracterizan por la pérdida progresiva de neuronas. Se han establecido tres hipótesis importantes sobre la etiopatogenia del Alzheimer: la «hipótesis colinérgica», la «hipótesis de la cascada amiloide» y la «hipótesis de la inflamación» propuesta por Krstic y Knuesel (2013). Estos autores afirman que en el Alzheimer de inicio tardío (a diferencia de la forma familiar de la enfermedad), las condiciones inflamatorias crónicas pueden representar un importante desencadenante de la patología al inducir anomalías relacionadas con la proteína tau fosforilada (P-tau) y alteraciones concomitantes del transporte axonal. La investigación sugiere que la asociación entre los patógenos periodontales y la neuroinflamación podría tener lugar directamente a través de la sangre y la invasión de la barrera

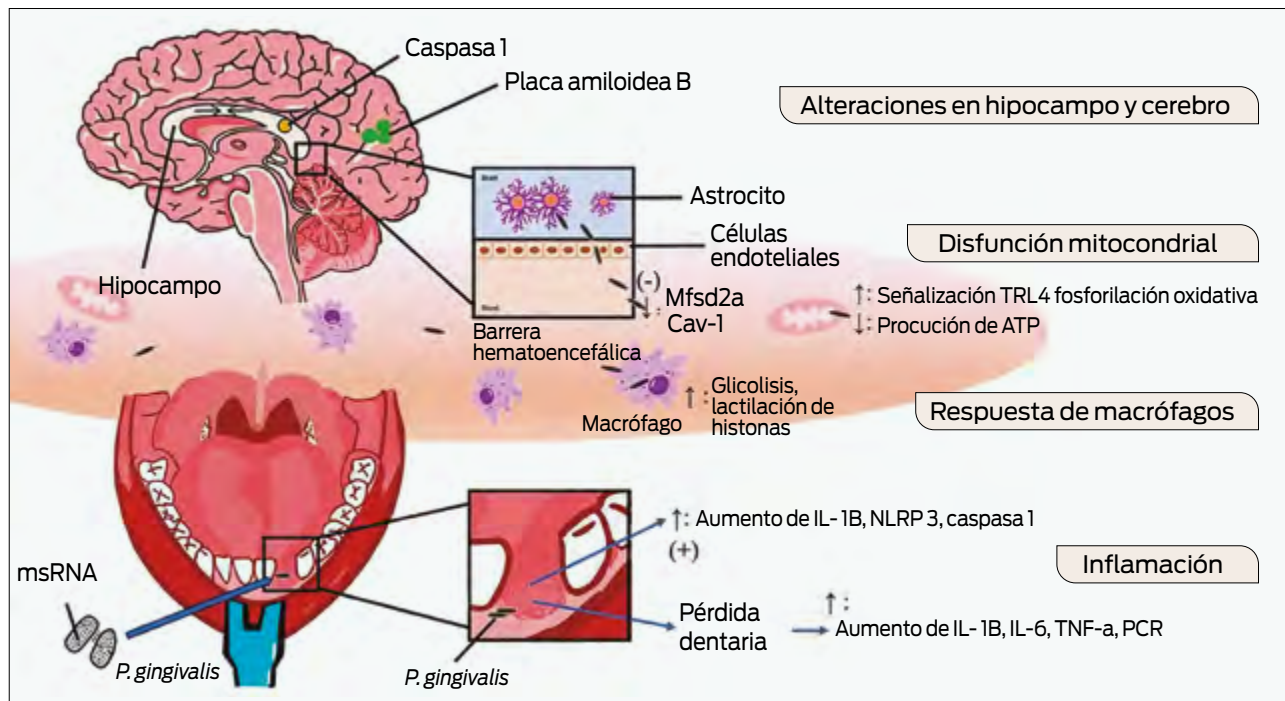


hematoencefálica, o indirectamente mediante la inducción de una respuesta inmunitaria. En apoyo de la primera hipótesis, se realizó un estudio con técnicas moleculares e inmunológicas en cerebros de pacientes con Alzheimer. Seis de las siete especies de *Treponema periodontal* se identificaron en los cerebros de pacientes con Alzheimer (Miklossy J, 2011). Otro estudio confirmó que los lipopolisacáridos bacterianos pueden activar los receptores tipo Toll (TLR) expresados en las células gliales y, por tanto, inducir una respuesta inflamatoria debido a la sobreexpresión de citocinas proinflamatorias como IL-6, IL-1, TNF- e IFN- (González Sanmiguel J, 2020).

### MODELO PROPUESTO DE ASOCIACIÓN ENTRE PERIODONTITIS Y DETERIORO COGNITIVO

Las investigaciones se han centrado principalmente en cuatro dimensiones: inflamación, respuesta de los macrófagos, disfunción mitocondrial y alteraciones en el hipocampo y el cerebro. Concretamente, tras la infección por *Porphyromonas gingivalis*, se produce una disbiosis microbiana oral que inicia la activación de la vía P38 MAPK. Esta activación va acompañada de un aumento de la expresión de interleucina 1 beta (IL-1), interleucina 6 (IL-6), factor de necrosis tumoral alfa (TNF-), proteína C reactiva (PCR), proteína precursora de amiloide (APP) y enzima 1 de deleción de APP beta (BACE1). Cuando *P. gingivalis* atraviesa la barrera hematoencefálica, el dominio de la superfamilia del facilitador mayor que contiene 2a (Mfsd2a) se inhibe, lo que provoca la regulación a la baja de Caveolina-1 (Cav-1), aumentando así la permeabilidad de las células endoteliales microvasculares cerebrales facilitando la entrada de *P. gingivalis*. Las citocinas

COMORBILIDAD ENTRE PERIODONTITIS INDUCIDA POR *P. GINGIVALIS* Y ENFERMEDAD DE ALZHEIMER



Han J et al. International Dental Journal, 2025; 75: 564-574

proinflamatorias activadas y las vías de señalización asociadas desempeñan un papel fundamental en la promoción de la inflamación sistémica y la neuroinflamación, lo que aumenta aún más el riesgo de deterioro cognitivo. Además, la abundante expresión de msRNA *P.G\_45033* en *P. gingivalis* se detecta dentro de los macrófagos, potenciando la glucólisis y la lactilación de histonas, induciendo en consecuencia la producción de A.

El lipopolisacárido (LPS) de *P. gingivalis* contribuye a la disfunción mitocondrial iniciando la vía de señalización del receptor tipo Toll (TLR) 4, suprimiendo la fosforilación oxidativa e inhibiendo la producción de

trifosfato de adenosina (ATP). Esta cascada provoca estrés oxidativo y eventos inflamatorios en los procesos neurodegenerativos. En las fases avanzadas de la infección por *P. gingivalis*, la pérdida de dientes es un resultado inevitable. Los estudios indican que la pérdida de dientes aumenta la expresión de IL-1, activa el inflamasoma 3 asociado al dominio de la proteína térmica del receptor NOD-like (NLRP3) y eleva la expresión de Caspasa-1 en el hipocampo. Además, hay pruebas de que la pérdida de dientes induce la atrofia del hipocampo, disminuye los niveles de claudina-5 e induce la astrogliosis en el cerebro de los ratones, lo que conduce a una disfunción del aprendizaje.



# DESDE EL SILLÓN DENTAL: EL PAPEL DEL DENTISTA

## EL PAPEL DEL DENTISTA

La atención odontológica es esencial para la salud y el bienestar general, especialmente para las personas con problemas de salud mental.

Sin embargo, proporcionar atención odontológica a pacientes con problemas de salud mental, a veces, puede ser desalentador y requiere estrategias y enfoques específicos para garantizar una atención óptima. En este apartado se exploran las técnicas de éxito asociadas con la prestación de atención bucodental a pacientes con problemas de salud mental.

Los pacientes con problemas de salud mental constituyen un grupo diverso de personas que pueden padecer diversas afecciones, como depresión, ansiedad, trastorno bipolar, esquizofrenia y otras. Estas afecciones pueden afectar a su capacidad para acceder y recibir cuidados de higiene bucodental.

Existen varias estrategias que se pueden emplear para garantizar una atención óptima cuando se proporcionan cuidados bucodentales a pacientes con trastornos de salud mental.

**Algunas de las estrategias más eficaces son las siguientes:**

### CREAR UN ENTORNO CÓMODO Y SEGURO

Esto es esencial para que los pacientes se sientan a gusto y para reducir su ansiedad.

### CENTRARSE EN EL PACIENTE

Un enfoque centrado en el paciente es importante para proporcionar una atención de alta calidad a los pacientes con problemas de salud mental. Este enfoque implica escuchar activamente a los pacientes, comprender sus necesidades y preocupaciones y adaptar la atención a ellas.

### EDUCAR A LOS PACIENTES

Informarles de la importancia de una buena higiene bucodental y explicarles la relación entre la salud bucodental y la salud mental.

### DESARROLLAR UN PLAN DE CUIDADOS PERSONALIZADO

Se deben tener en cuenta las necesidades y retos específicos del paciente e incluir estrategias para superar los obstáculos a la atención.

### CONSIDERAR EL USO DE SEDACIÓN

En algunos casos, los pacientes con problemas de salud mental pueden necesitar sedación para recibir atención odontológica o anestesia general en casos extremos.

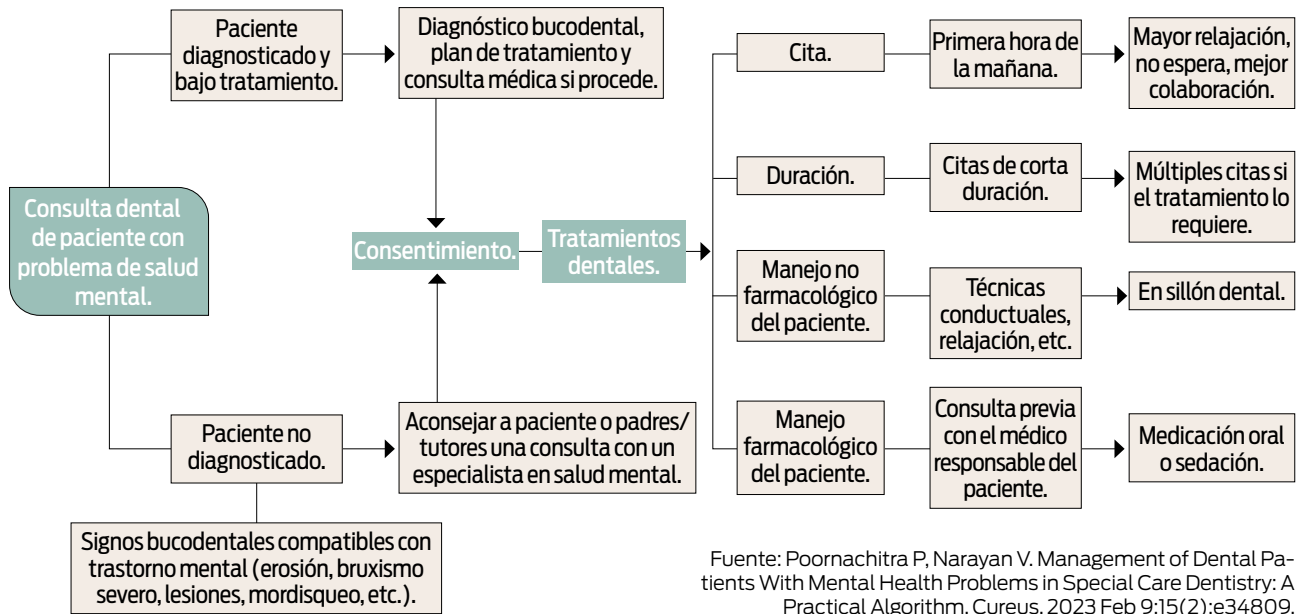
### PROPORCIONAR UNA COMUNICACIÓN CLARA Y CONCISA

Para brindar una atención bucodental de alta calidad a los pacientes con problemas de salud mental, debe utilizarse un lenguaje sencillo y evitar la jerga o los términos técnicos que los pacientes puedan no entender. También deben utilizarse ayudas visuales para facilitar a los pacientes comprender la atención que están recibiendo.

**El estado de ánimo puede afectar a cómo nos sentimos. Nuestro trabajo es asegurarnos de que los pacientes salgan de la clínica no solo con una mejor salud bucodental, sino también con una gran sonrisa.**



## ALGORITMO DEL MANEJO DE PACIENTES CON TRASTORNOS MENTALES



Fuente: Poornachitra P, Narayan V. Management of Dental Patients With Mental Health Problems in Special Care Dentistry: A Practical Algorithm. Cureus. 2023 Feb 9;15(2):e34809.

### COLABORACIÓN CON OTROS PROFESIONALES SANITARIOS

Esto puede ayudar a los pacientes a recibir el apoyo y los recursos que necesitan para mantener una buena salud bucodental.

Prestar atención odontológica a los pacientes con problemas de salud mental puede ser a veces desalentador, pero gratificante. También es esencial para mejorar su salud y bienestar general. Los dentistas pueden ayudar a mejorar los resultados y garantizar que los pacientes reciban la atención que necesitan si comprenden los retos asociados a la atención sanitaria a estos

pacientes y adoptan estrategias eficaces para superarlos. Crear un entorno cómodo y seguro, utilizar un enfoque centrado en el paciente, educar, desarrollar un plan de atención personalizado, considerar el uso de sedación o anestesia general, proporcionar una comunicación clara y concisa, y colaborar con otros profesionales sanitarios son estrategias eficaces para ofrecer una atención de alta calidad a las personas con problemas de salud mental. Adoptando estas estrategias y colaborando estrechamente con los pacientes y su entorno, los dentistas pueden ayudar a mejorar la salud bucodental y la salud general de este grupo específico de pacientes.

## ¿POR QUÉ LOS DENTISTAS DEBEN INTEGRAR CONOCIMIENTOS BÁSICOS DE SALUD MENTAL EN SU PRÁCTICA?

- **En primer lugar**, porque muchos de los hábitos y conductas asociados a trastornos mentales (medicación psicotrópica, descuido de la higiene, dietas deficientes, consumo de sustancias, etc.) tienen efectos directos sobre la salud bucal. Reconocer estos factores permite al dentista adaptar sus estrategias preventivas y terapéuticas a cada paciente.
- **En segundo lugar**, la clínica dental puede ser un escenario de detección temprana: el dentista, al examinar la cavidad oral, puede identificar signos de posibles trastornos mentales o comportamientos poco saludables (como signos de vómitos autoinducidos en pacientes con bulimia, o un marcado bruxismo por ansiedad). Una intervención oportuna, desde una orientación al paciente hasta la derivación a un profesional de salud mental, puede mejorar tanto la salud general como la salud bucodental de la persona tratada.
- **Por último**, adoptar un enfoque integral que tenga en cuenta la salud mental, forma parte de la atención centrada en el paciente y el enfoque multidisciplinario moderno. Organismos internacionales enfatizan que la salud bucodental es parte inseparable de la salud general. Por tanto, colaborar con psicólogos, psiquiatras y médicos resulta fundamental para brindar cuidados integrales. Los dentistas que comprenden las bases de la salud mental estarán mejor preparados para comunicarse con empatía, reducir la ansiedad dental de sus pacientes y fomentar hábitos saludables, mejorando la adherencia al tratamiento y los resultados a largo plazo.

El manejo del paciente con una salud mental alterada incluye una serie de etapas que se resumen en el siguiente esquema:



Basándose en estas etapas anteriores, el dentista deberá valorar cada caso particular y sopesar la conveniencia de incluir una interconsulta o derivación al médico responsable del paciente. Esto es especialmente importante en caso de posibles efectos secundarios de la medicación de base sobre la salud bucodental (por ejemplo, xerostomía) o en caso de problemas conductuales que requieran medicación, sedación o anestesia general para el manejo clínico del paciente.



## UNA COMUNICACIÓN EFECTIVA Y EMPÁTICA

La comunicación es la piedra angular para brindar atención odontológica de calidad a pacientes que padecen trastornos mentales. Estos pacientes pueden presentar retos en la interacción desde ansiedad elevada y miedos específicos, hasta dificultades de comprensión o de colaboración. A continuación, se presentan estrategias prácticas para adaptar la consulta y la forma de comunicarse, de manera que el paciente se sienta seguro, comprendido y dispuesto a cooperar. También se discute la utilidad de la entrevista motivacional en Odontología y la relevancia del trabajo multidisciplinario con profesionales de salud mental.

**Lenguaje claro, sencillo y tranquilo:** con pacientes que tienen trastornos de ansiedad o depresión es importante usar un tono de voz calmado y un lenguaje sin tecnicismos. Por ejemplo, en lugar de “Procederemos a una exodoncia del tercer molar retenido bajo anestesia troncular”, decir “Vamos a sacar la muela del juicio; primero te dormiré la zona con anestesia para que no sientas dolor, y luego la extraeremos suavemente”. Esto reduce la incertidumbre. Hablar pausado, dando tiempo a que el paciente procese la información (especialmente si está deprimido, ya que puede tener lentecimiento cognitivo).

**Escucha activa y validación emocional:** permitir que el paciente exprese sus temores o dudas sin interrumpir. Parafrasear sus preocupaciones, por ejemplo: “Entiendo que tienes miedo a sentir dolor por lo que te pasó antes” porque demuestra que se le escucha. Asimismo, es importante validar sus emociones: “Es completamente normal que te sientas nervioso, mucha gente lo siente; vamos a hacerlo juntos y verás que

saldrá bien”. En depresión, si el paciente manifiesta desánimo con frases como “No me importa mucho, la verdad, para qué venir...”, tratar con empatía: “Veo que has estado desmotivado. Pero atender tu salud es un paso positivo, y estoy aquí para apoyarte”. Evitar frases condescendientes o minimizar (“No es para tanto”), ya que puede interrumpir la comunicación.

**Ofrecer comodidad y adaptaciones físicas:** pequeños detalles como ofrecer una almohada cervical, una manta ligera si el paciente tiembla (en la ansiedad a veces aparecen escalofríos) o permitir descansos breves durante un procedimiento largo son formas de manifestar que nos importa su bienestar. Preguntar: “¿Estás cómodo? ¿Necesitas un minuto?” muestra consideración. Para pacientes deprimidos, muy fatigados, es preferible dividir el tratamiento en varias visitas más cortas. Para pacientes con ataque de pánico, detenerse, incorporarlo lentamente, ayudarlo a respirar profundo y asegurar: “Tranquilo, estás bien, vamos a ir despacio”, es prioritario antes de continuar.

**No juzgar ni regañar:** muchos trastornos mentales conllevan hábitos nocivos (mala higiene, consumo de azúcar, tabaco) que empeoran la salud bucodental. Aunque debemos educar, la forma de hacerlo es clave. Un tono crítico: “Tienes la boca así por no cepillarte”, puede generar actitud defensiva o vergüenza que rompa la comunicación. Es mucho mejor usar un enfoque colaborativo: “Sé que puede ser difícil mantener la higiene cuando uno se siente mal, pero puedo ayudarte con técnicas sencillas”. O si ha habido descuido: “Lo pasado ya no importa, ahora lo importante es centrarnos en mejorar de aquí en adelante”. Esto genera

confianza y evita que el paciente tema “ser regañado o rechazado”, lo cual sería un factor de evitación.

**Ser predecible y mantener rutinas:** los pacientes con ansiedad se tranquilizan con la predictibilidad. Al inicio de la cita, explicar el plan de hoy y aproximadamente cuánto durará. En cada visita, repasar lo logrado y qué sigue después. Cumplir lo prometido (“Hoy solo haremos la limpieza, nada más, como acordamos”) porque romper la expectativa (por ejemplo, improvisar otra intervención no anunciada) puede generar desconfianza y agravar fobias. Con pacientes fóbicos, estructurar una rutina de inicio (por ejemplo: llegan, se sientan, conversamos 5 minutos, luego aplicamos gel anestésico, etc., siempre de la misma manera) crea familiaridad y reduce la ansiedad.

**Reforzar positivamente la cooperación:** elogiar genuinamente al paciente cuando se esfuerza: “Lo estás haciendo muy bien, mantuviste la calma durante la anestesia”. Esto alienta a continuar cooperando. En pacientes deprimidos, destacar su logro de haber asistido, por ejemplo: “Me alegra que vinieras hoy a pesar de lo difícil que es, es un gran paso para cuidar tu salud”. Este reconocimiento puede contribuir a mejorar su autoimagen (“Soy capaz de hacer algo bueno por mí”).

**Materiales visuales y escritos sencillos:** en caso de trastornos cognitivos leves, por ejemplo, depresión con problemas de concentración o simplemente para mejorar la comprensión, apoyarse en dibujos, esquemas o folletos de instrucciones con pictogramas. Puede ser de utilidad mostrar imágenes de cepillado correcto en vez de solo decirlo. Si se indica un nuevo régimen (como cuidado de una herida), entregar por escrito los pasos. Muchos pacientes con ansiedad olvidan lo escuchado en consulta debido al nerviosismo, por eso

disponer de las instrucciones por escrito les servirá en casa. Intentar que estas sean lo más claras y resumidas posibles.

**Contacto visual y corporal adecuado:** mirar al paciente a los ojos al hablar transmite sinceridad y atención (a menos que en paciente con autismo se evite el contacto). Al saludar o despedir, un apretón de manos firme o un gesto amable (chocar los cinco con un niño ansioso tras terminar el tratamiento, por ejemplo) crea conexión. Sin embargo, también hay que respetar el espacio personal: algunos pacientes muy ansiosos no desean ser tocados más de lo necesario. El profesional debe leer el lenguaje corporal: si el paciente se echa para atrás cuando se le acerca, mantener un poco más de distancia al conversar.

## ADECUADO DIAGNÓSTICO Y DETECCIÓN

Como en cualquier otro paciente, un adecuado diagnóstico es clave para establecer el posterior plan de tratamiento. Sin embargo, en el paciente que presenta trastorno mental, ciertas condiciones psicológicas pueden dejar pistas orales o conductuales. Se sugiere implementar un breve protocolo:

**Anamnesis ampliada y observación:** al realizar la historia clínica inicial, incluir preguntas sencillas sobre bienestar emocional y hábitos:

- Preguntar por antecedentes de ansiedad, miedos o experiencias negativas dentales (para identificar fobia o ansiedad).
- Indagar si está bajo alguna medicación psicotrópica (muchos formularios ya incluyen antidepresivos, ansiolíticos, etc.). Si marca “sí”, explorar: “Veo que tomas sertralina. ¿Es por algún trastorno de ansiedad o



estado de ánimo? ¿Estás controlado, te sientes bien con la medicación?” Esto normaliza hablar del tema y nos orienta (sertralina suele indicar depresión/ansiedad; haloperidol indica psicosis; metadona indica una adicción en tratamiento, etc.).

- Observar su comportamiento:

- ¿Está muy inquieto, sudoroso? Posible ansiedad.
- ¿Está decaído, habla poco, descuida su aseo? Posible depresión.
- ¿Manifiesta ideas extrañas, desconfianza extrema? Posible trastorno psicótico o paranoide.

Estas señales sutiles orientan como abordarlo y determinan si conviene referir al paciente a un profesional de la salud mental.

**Señales bucodentales de posibles trastornos específicos:** incluir en el examen dental un “checklist mental” para ciertos hallazgos:

- Erosión ácida severa en las caras palatinas de los incisivos superiores: sospechar vómitos crónicos (bulimia, reflujo).
- Úlceras traumáticas en el paladar o la faringe: verificar si son debidas a la inducción del vómito.
- Bruxismo severo, línea alba, mordeduras en las mejillas: evaluar nivel de estrés/ansiedad.
- Bruxismo + uso de MDMA (éxtasis): preguntar discretamente por el consumo de drogas.
- Caries rampantes en joven aparentemente sano: descartar abuso de metanfetaminas o descuido por depresión.
- Lesiones autoinfligidas (p. e: gingivitis facticia, extrañas laceraciones): valorar posible trastorno obsesivo-compulsivo o autolesión asociada a trastorno límite.
- Múltiples fracturas dentales inconsistentes con accidentes comunes: podría sugerir autolesiones (siempre que se descarte posible violencia doméstica o malos tratos).

**Indagación sutil si algo llama la atención:** si se observa un indicador, abordarlo con preguntas abiertas con mucha sutileza. Por ejemplo, si se diagnostica erosión: “Noto un desgaste en tus dientes que suele verse en personas con reflujo o vómitos frecuentes. ¿Has tenido algo de eso?” Y dejar que explique. Si confiesa bulimia, ofrecer ayuda. Si niega y se sospecha, anotar vigilar en visitas posteriores. O ante halitosis extraña de aliento cetónico dulce (posible alcoholismo no confesado), preguntar por hábitos alimenticios y consumo. Lo importante es crear un ambiente seguro para que el paciente, si lo desea, mencione un problema. A veces, con preguntar una vez no es suficiente, pero tras varias citas y conforme se genera confianza, el paciente puede abrirse. Por eso el protocolo debe ser considerado como dinámico: estar siempre alerta y repasarlo con el tiempo.

**Documentar e informar con consentimiento:** si se sospecha firmemente un trastorno mental no tratado que pone en riesgo al paciente (p. e.: bulimia activa lesionando dientes), se debe aconsejar buscar ayuda. Con el consentimiento del paciente adulto, se puede contactar a su médico de cabecera para compartir hallazgos relevantes (p. e.: “hallazgos orales sugieren vómitos frecuentes; se recomienda evaluación psicológica”). En menores de edad, si se detecta algo como autolesiones orales o signos de anorexia, hablar con sus padres/tutores y sugerir consultar con pediatra o psicólogo infantil. Hacerlo siempre con tacto y confidencialidad. Este protocolo no pretende en absoluto que el dentista diagnostique trastornos mentales (eso escapa a su cometido), pero sí que identifique “señales de sospecha” y facilite que el paciente reciba una atención integral.



## UN PLAN DE TRATAMIENTO PERSONALIZADO

Los pacientes con trastorno mental son sumamente diversos, pudiendo presentar rasgos de personalidad y de comportamiento muy diferentes los unos de los otros, e incluso, variables de una cita a otra. Por ello, el dentista deberá adaptar su plan de tratamiento de manera muy específica y personalizada, no solamente en función de la patología de base del paciente, sino de cada momento del proceso clínico y de la reacción del paciente.

A continuación, se exponen las principales prioridades del plan de tratamiento en función del trastorno mental que padezca el paciente.

**Depresión:** presentan descuido de la higiene bucodental y de los hábitos saludables, debido a la apatía, la

falta de motivación y la sensación de inutilidad típicas de este trastorno. Debido a ello, tienen mayor incidencia de caries dental y enfermedad periodontal. Muchos medicamentos antidepresivos provocan xerostomía. En particular, los antidepresivos tricíclicos y los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS). Algunas recomendaciones para estos pacientes incluyen:

- Motivación y refuerzo positivo.
- Tratamiento de la xerostomía.
- Programa preventivo intensivo.
- Protección frente al bruxismo.

**Ansiedad y trastornos del pánico:** los procesos bucodentales a vigilar son la xerostomía, bruxismo,



El 61 % de los pacientes con depresión manifiesta tener dolor dental y el 50 % considera que tiene mala salud bucodental.

La depresión aumenta los niveles sanguíneos de cortisol e incrementa el riesgo de sufrir enfermedad periodontal.

La depresión puede originar desórdenes en la articulación temporomandibular, con dolor y limitación de movimientos.

Se sabe que, en parte, la depresión tiene un componente inflamatorio que puede agravarse en presencia de otros, como la enfermedad periodontal.

Los efectos secundarios de los antidepresivos incrementan el riesgo de caries y de enfermedad periodontal.

Los pacientes depresivos tienen un alto riesgo de hábitos nocivos (tabaco, alcohol, drogas), todos ellos asociados a la salud bucodental.





laceraciones en mucosas (lesiones de mordisqueo) y odontofobia. Algunas recomendaciones para estos pacientes incluyen:

- Comunicación y ambiente seguro.
- Citas cortas (preferiblemente a primera hora de la mañana).
- Uso juicioso de ansiolíticos o sedación (previa interconsulta médica).
- Técnicas de relajación y respiración profunda.
- Tratamiento preventivo y enfoque conservador recurriendo a técnicas mínimamente invasivas siempre que la condición clínica de las lesiones lo permita.

**Trastornos de la conducta alimentaria (TCA):** los procesos orales a vigilar son la erosión dental (muy especialmente en casos de bulimia en los que observa en el 54 % de los casos), hipersensibilidad dentaria, caries y lesiones en mucosas (sobre todo en el paladar, debido a la inducción del vómito). En la anorexia, a menudo, se observa hiposalivación por deshidratación y baja ingesta calórica. Contrariamente, en la bulimia crónica es frecuente una sialoadenosis bilateral indolora de las glándulas parótidas que aparecen aumentadas de volumen (llamada a veces “signo del rostro de luna”). Algunas recomendaciones para estos pacientes incluyen:

- Detección e intervención sutil si el paciente no ha comentado nada en la historia clínica.
- Protección del esmalte y aconsejar esperar 30 minutos después del vómito para el cepillado.
- Recomendar masticar chicle con xilitol después del vómito (estimula producción de saliva).
- Consejos clínicos para neutralización del ácido (enjuague con bicarbonato).
- Colutorio de flúor diario.
- Restauración estética y funcional cuidadosa: tratar las secuelas orales de los TCA puede requerir rehabilitación extensa (coronas, carillas, etc.), pero es

aconsejable no iniciar restauraciones definitivas mientras la conducta purgativa siga activa.

- Desaconsejar blanqueamiento dental.
- Instaurar medidas preventivas intensas (fundamentalmente, reforzando con flúor de alta concentración).

**Esquizofrenia y trastornos psicóticos:** puede existir negligencia y hábitos (tabaquismo severo), altas tasas de caries, de enfermedad periodontal y xerostomía derivada de los antipsicóticos. Estos también pueden originar la discinesia tardía.

La discinesia tardía se manifiesta en movimientos orofaciales involuntarios (masticatorios, protrusión lingual, muecas) que complican el mantenimiento de prótesis dentales y la higiene bucodental. Estos movimientos repetitivos pueden causar desgaste dentario y lesiones en la mucosa (mordisqueo involuntario). Algunas recomendaciones para estos pacientes incluyen:

- Atención multidisciplinaria coordinada.
- Simplificar las instrucciones en higiene bucodental: concretas y breves.
- Manejo de la xerostomía.
- Sesiones cortas y por etapas: la atención dental puede ser desafiante debido a la dificultad para que el paciente comprenda o tolere procedimientos largos.
- Uso juicioso de anestesia local y medicamentos: algunos antipsicóticos pueden interactuar con epinefrina de los anestésicos locales. Para el dolor, evitar prescribir AINEs en largos períodos si el paciente tiene prescrito litio, ya que pueden elevar sus niveles en sangre (aunque no es común en esquizofrenia, sí en trastorno bipolar, aunque algunos esquizoafectivos toman litio).
- Rehabilitación protésica adaptada: es importante diseñar prótesis sencillas, cómodas y estables. Las citas de ajuste protésico deben ser frecuentes al inicio para evitar úlceras. Siempre que sea posible, se debe

intentar conservar los dientes estratégicos para mantener algo de función masticatoria y facilitar apoyos para futuras prótesis.

- Empatía y paciencia.

**Trastorno bipolar:** es frecuente que los pacientes descuiden su higiene personal, similar a lo que ocurre en la esquizofrenia o la depresión severa, lo que puede conducir a exacerbación de caries incipientes o periodontitis. El litio puede originar xerostomía y el valproato de sodio se ha asociado con hiperplasia gingival en algunos pacientes. Algunas recomendaciones para estos pacientes incluyen:

- Sincronizar atención con fases estables: siempre que sea posible, es preferible tratar al paciente cuando esté en fase eutímica o hipomaniaca leve controlada, evitando las fases maníacas plenas o depresiones profundas.
- Manejo de xerostomía y caries.
- Control de la hiperplasia gingival.
- Actuar con empatía, no trivializar los síntomas.
- Medicación: si usa litio, tener precaución con AINEs postoperatorios (reducir dosis o usar mejor paracetamol/tramadol para dolor, y si se requieren AINEs, por pocos días y con buena hidratación). Con litio también vigilar cicatrización: algunos datos sugieren que retrasa un poco la reparación ósea, pero no es contraindicación para extracciones.

**Trastornos por consumo de sustancias:** esta categoría incluye la adicción o uso perjudicial de diversas sustancias psicoactivas como el cannabis, estimulantes (cocaína, metanfetaminas) y opiáceos, entre otros. Fumar cannabis se asocia a complicaciones periodontales, xerostomía y leucoplasia, así como posiblemente a mayor riesgo de cáncer oral. La metanfetamina causa un cuadro devastador conocido como “meth mouth”.

Los usuarios de metanfetamina experimentan severa sequedad bucal (la droga activa intensamente el simpático), bruxismo y trismo. El MDMA (éxtasis) causa intenso bruxismo y trismo, por lo que muchos usuarios terminan con desgaste masivo y fracturas dentales. Algunas recomendaciones para estos pacientes incluyen:

- Historia clínica honesta generando confianza y confiabilidad puede lograr mayor sinceridad.
  - Educación preventiva personalizada.
  - Protocolo de prevención bucodental intensiva incluyendo pasta fluorada a 5.000 ppm, colutorio de flúor, selladores en molares sanos y agentes remineralizantes.
  - Enfoque restaurador pragmático: en adictos activos la prioridad es eliminar las infecciones y el dolor. A menudo, conviene hacer tratamientos con material restaurador temporal en dientes con caries profundas para detener el progreso, fluoraciones masivas, y posponer las rehabilitaciones definitivas hasta que el paciente esté más estabilizado.
  - Anestésicos y analgésicos: evitar administrar anestesia local con vasoconstrictor si sospecha consumo reciente de cocaína o metanfetamina, ya que sumaría efecto vasopresor con riesgo cardiovascular. Evitar analgésicos opiáceos (mejor AINEs o paracetamol).
-



# LOS PROTOCOLOS

## MANTENIMIENTO Y PREVENCIÓN

- Todos los pacientes con trastorno mental deben ser considerados de alto riesgo para las enfermedades bucodentales, ya que pueden tener consecuencias adversas para la salud bucodental, o la enfermedad bucodental puede repercutir negativamente en su salud mental.
- Todas las recomendaciones deben fundamentarse en la evidencia científica.

Los dentistas siempre deben dar consejos sobre prevención a los pacientes que sufren trastornos mentales. Los médicos de atención primaria y especializada deben incluir la salud bucodental como parte de la salud general del paciente y asegurarse de que busque la atención dental adecuada. Desde el punto de vista de la salud bucodental, los pacientes que presentan trastorno mental deben ser considerados de alto

riesgo y ser, por lo tanto, sometidos a los protocolos que corresponden a ese nivel de riesgo. Como ya ha sido comentado previamente, estos pacientes son sumamente variables en la tipología de patología mental que presentan. Además, muchos trastornos van acompañados de fases diferentes de conducta, lo que hace aún más complejo su manejo clínico. El mantenimiento bucodental de estos pacientes, a través de técnicas

### IMPORTANCIA DE LA PREVENCIÓN Y SEGUIMIENTO

1

#### Identificación del riesgo

Si bien todo paciente con trastorno mental debe inicialmente ser catalogado de alto riesgo de patologías bucodentales, la evaluación periódica del mismo permite, en algunos casos, reasignarlo.

2

#### Hacer frente a las barreras

Las intervenciones deben centrarse en superar las barreras a la higiene bucodental, los efectos secundarios de la medicación, la corrección de posibles hábitos y la superación de posible ansiedad o fobia dental a través de una comunicación eficiente.

3

#### Prevención personalizada

Las medidas preventivas deben individualizarse para abordar las necesidades y retos específicos a los que se enfrenta cada paciente con trastorno mental.

4

#### Seguimiento y evaluación

El seguimiento periódico del paciente debe incluir una evaluación sistemática del estado de salud bucodental, de su estado emocional y de sus hábitos saludables.

### Educación y apoyo

Los pacientes y sus cuidadores necesitan educación y apoyo para mejorar el autocuidado bucodental, la adopción de hábitos saludables y el acceso a la atención odontológica.



preventivas consolidadas y avaladas por la evidencia científica, se torna en una etapa clave del plan de tratamiento global en los pacientes con trastornos mentales. En este apartado se analizan las diferentes medidas de prevención, incluyendo las pautas de revisiones periódicas en estos pacientes. En la mayoría de ellas se señalan consejos específicos para determinados trastornos mentales, al objeto de que el clínico pueda recordarlos de manera práctica.

Los consejos específicos para personas con trastornos mentales deben atenerse a su patología de base, pero en todos se debe, al menos, incluir los siguientes aspectos recogidos en el esquema.

## HIGIENE BUCODENTAL

El adecuado control del biofilm adquiere una muy especial relevancia en estos pacientes. Como ha sido comentado, en muchos trastornos mentales este control es inexistente o muy deficiente. Las razones son muy diversas e incluyen desmotivación, problemas cognitivos, aislamiento y retraimiento o incluso posibles barreras de índole motora (como es el caso de la enfermedad de Parkinson). Si el cepillado en sí puede constituir un reto, la higiene interdental, en algunos casos, se convierte en una barrera infranqueable. Esta falta de control del biofilm es la principal responsable del aumento de riesgo de caries y de enfermedad periodontal. Se ha analizado en su apartado correspondiente la conexión existente entre periodontitis y algunos trastornos mentales. Deben, por lo tanto, realizarse todos los esfuerzos posibles para intentar controlar o reducir la patología periodontal activa, así como las lesiones de caries o de desmineralización.

### RECOMENDACIONES

- Cepillado incluyendo dientes y encías, al menos, 2 veces al día durante 2 minutos, usando un cepillo manual o eléctrico.

- Pasta fluorada habitualmente a 1.450 ppm.
- Higiene interproximal mediante seda o cepillo interdental.
- Enjuagar con agua o masticar un chicle sin azúcar después de las comidas cuando no sea posible cepillarse, explicando al paciente que este recurso no sustituye al cepillado, sino que es una medida excepcional.

### RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS

- En paciente con alto riesgo a la caries o a la erosión, recomendar el uso de una pasta fluorada a alta concentración (5.000 ppm) reduciendo la cantidad de pasta al tamaño de un guisante.
- En trastornos mentales asociados a alto riesgo de caries o erosión, asociar colutorio de flúor diario.
- En paciente obsesivo compulsivo, con técnica inadecuada de cepillado y riesgo de abrasión dental, recomendar el uso de un cepillo con cerdas blandas o recurrir a un cepillo eléctrico con control de presión. Avisar de la necesidad de recambiar el cepillo con mayor frecuencia, al deformarse las cerdas con más facilidad.
- Programar profilaxis y controles con mayor frecuencia (cada 3-4 meses) para remover placa y monitorear signos iniciales de caries o gingivitis.
- Enseñanza del uso de seda dental o, idealmente, de cepillo interdental.
- En paciente bipolar tratado con valproato de sodio, vigilar posible hiperplasia gingival. En caso de estar presente, se debe intensificar la higiene y considerar tratamiento periodontal como gingivectomía si procede.

### CONSEJOS ALIMENTARIOS

La alimentación puede verse alterada en algunos trastornos mentales. Además de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) que merecen un

análisis específico, otros trastornos como la depresión o la ansiedad, muchas veces se acompañan de patrones dietéticos inadecuados con elevado consumo de alimentos y bebidas azucaradas, dieta poco balanceada y consumo entre horas de forma irregular. Estas situaciones, unidas a otros factores que puede coexistir frecuentemente (xerostomía, higiene deficiente, vómitos, etc.) agravan el riesgo de caries en estos pacientes.

### RECOMENDACIONES

- Recomendar dieta saludable limitando los alimentos y bebidas con alto contenido en azúcares.
- Si come entre horas, recomendar fruta, vegetales, queso y nueces en lugar de otros alimentos que pueden producir caries o lesiones de desmineralización.
- Permanecer bien hidratado a lo largo del día.

### RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS

- En paciente con alto riesgo a la caries o a la erosión, realizar un registro de la dieta durante, al menos, 5 días, incluyendo un fin de semana. Analizar el dietario y efectuar las recomendaciones oportunas priorizando el control del consumo entre horas y antes de acostarse.
- En pacientes con trastorno de la conducta alimentaria que se acompañe de vómitos autoinducidos, suministrar los consejos oportunos:
  - Enjuague con agua después del vómito. Puede disolverse una cucharadita de bicarbonato en un vaso de agua para el enjuague y escupir.
  - Esperar a que transcurran 30 minutos después del vómito para cepillarse con pasta fluorada.
  - Masticar chicle con xilitol para estimular la producción de saliva.
  - Usar colutorio fluorado diario al 0,05 % (libre de alcohol) antes de acostarse.
  - Aplicaciones periódicas de gel de fluoruro estañoso o barniz de flúor.

**1** Enjuaga con agua después del vómito. Puedes disolver una cucharadita con bicarbonato en agua para enjuagar la boca y escupir.

**2** Espera 30 minutos después del vómito para cepillarte con pasta dentífrica fluorada.

**3** Mastica chicle con xilitol para estimular la producción de saliva.

**4** Utiliza colutorio fluorado (libre de alcohol) antes de acostarte.

## CORRECCIÓN DE HÁBITOS NOCIVOS

En algunos tipos de trastornos mentales (sobre todo aquellos con un componente obsesivo compulsivo) pueden existir determinados hábitos como la onicofagia, el mordisqueo de mucosa oral o un cepillado excesivo que puede llevar a abrasión del esmalte. Es importante, en cada caso concreto, diagnosticar el problema y suministrar los consejos preventivos oportunos. Especialmente relevante es la prevención de la abrasión dental, la cual puede abordarse recomendando el uso de un cepillo de cerdas blandas o de un cepillo eléctrico con control de presión, además de la corrección de la técnica de cepillado.



## RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS

Las recomendaciones se establecerán en función del hábito nocivo a corregir:

- En pacientes con mucha ansiedad: vigilar posible presencia de onicofagia, así como de laceraciones o lesiones de mordisqueo en mucosa oral.
- El dentista puede ser quien motive al paciente a buscar asesoramiento o tratamiento, explicándole que la recuperación de su salud bucodental depende en parte del control de estos hábitos.
- En pacientes con trastorno obsesivo compulsivo es importante vigilar y/o corregir la técnica de cepillado, explorando la posible existencia de abrasiones dentarias. En caso de hallarlas, debe corregirse la técnica, explicando al paciente las consecuencias de estas abrasiones e indicar el cambio a un cepillo de cerdas blandas hasta la corrección del problema. Los cepillos eléctricos con control de presión son una excelente alternativa.

## TABACO, ALCOHOL Y CONSUMO DE DROGAS

No es nada infrecuente que, en determinados pacientes con trastornos mentales, se asocie el consumo de tabaco, alcohol, de determinadas drogas o, incluso, estar ante la presencia de un policonsumo. En estos casos, el dentista siempre deberá abordar el problema recomendando al paciente alternativas de tratamiento especializado para abandonar el hábito. Los pacientes con esquizofrenia u otros trastornos psicóticos, así como los que presentan trastorno bipolar, son de vigilancia prioritaria.

## RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS

- Recoger hábitos de consumo en la historia clínica de manera sutil explicando la trascendencia que tiene para nosotros esta información y garantizando la confidencialidad.

- Recordar que, en muchos casos, se requiere de varias citas para que el paciente tome confianza y nos informe de sus hábitos.
- Proponer siempre derivación a tratamiento especializado de deshabitación

## MANEJO DE LAXEROSTOMÍA

La presencia de xerostomía es un hallazgo frecuente en estos pacientes debido, entre otros motivos, a los efectos secundarios de determinados fármacos psicotrópicos prescritos (benzodiazepinas y algunos antidepresivos tipo ISRS). Esta disminución de saliva incrementa considerablemente el riesgo de caries y de enfermedad periodontal. Por ello, el dentista deberá adoptar las medidas adecuadas para intentar revertirla e informar de ello al profesional médico prescriptor.

## RECOMENDACIONES

- Es muy importante que la boca se encuentre continuamente hidratada, recomendando el consumo de agua a lo largo del día en pequeños sorbos y el uso de chicles sin azúcar.
- Los lubricantes de la mucosa oral obtienen buenos resultados, pero son de duración muy corta.
- Valorar el uso de colutorios específicos para boca seca (sin alcohol, con betaina, xilitol).
- Los sustitutos de la saliva a base de mucina presentan buenos resultados a corto plazo. En algunos casos, puede estar indicado el uso de la pilocarpina previa consulta previa con el médico responsable del paciente para asegurarse de que no existen incompatibilidades con su medicación habitual.
- Si la xerostomía es severa y compromete la dentición, consultar con el médico la posibilidad de ajustar medicación (por ejemplo, algunos pacientes pueden cambiar de un antipsicótico altamente xerostomizante a otro con menos efecto anticolinérgico sin



detrimento psiquiátrico, o reducir dosis si es viable). Sin embargo, esto muchas veces no es posible y la prioridad siempre será la estabilidad psiquiátrica, debiendo el dentista centrarse en medidas tópicas orales.

## BRUXISMO Y PATOLOGÍA ATM

La presencia de bruxismo y/o de patología ATM es frecuente en pacientes con determinados trastornos mentales. Es especialmente frecuente en pacientes diagnosticados de depresión, en ansiedad severa (70 % de bruxismo frente al 20 % en población general), en consumidores de éxtasis o metanfetaminas (generalmente acompañado de trismo) y en algunos casos de autismo.

Deberá vigilarse la posible presencia de desgaste dental y proceder a una adecuada exploración completa de la articulación temporomandibular. El bruxismo es

más frecuente y la prescripción de una férula de descarga puede ser necesaria en algunos casos.

## RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS

- Realizar un adecuado diagnóstico del bruxismo y/o de posible patología asociada en la ATM.
- Indagar sobre hábitos parafuncionales y, si procede, confeccionar una férula oclusal nocturna para proteger los dientes del desgaste y aliviar la musculatura. Esto es particularmente importante si el paciente está bajo medicación que precipita el bruxismo.
- Rehabilitar al paciente o derivar a dentista con experiencia en este campo.

## PAUTA DE REVISIONES

Los pacientes con trastornos mentales deben ser incluidos, habitualmente, en el grupo de alto riesgo de patologías bucodentales. Sin embargo, dadas las



grandes diferencias existentes entre un trastorno mental y otro, siempre es aconsejable la reevaluación periódica del riesgo al objeto de mantenerlo o volver a catalogarlo en un nivel de riesgo menor, si fuese pertinente. Una pauta de revisión trimestral (o cada 4 meses) es la idónea en caso de alto riesgo, disminuyendo a una consulta semestral en casos de riesgo moderado.

Estas revisiones frecuentes permiten interceptar posibles patologías de nueva aparición y/o suministrar los cuidados preventivos oportunos, incluyendo el posible uso de aplicaciones de barniz de flúor, clorhexidina y vigilancia de la dieta. Estos pacientes son especialmente susceptibles a ser candidatos a la protección oclusal mediante el uso de selladores de fisuras. Las revisiones periódicas permiten, además, ir trabajando con el paciente la posible ansiedad o fobia dental, amén de repasar la técnica de higiene bucodental, los consejos alimentarios y de vigilar posibles nuevas lesiones.

## RECOMENDACIONES

- Adaptar la frecuencia de citas en base a la evaluación del riesgo bucodental del paciente, con especial atención a la aparición de nuevas lesiones de caries, manchas blancas de desmineralización y patología periodontal activa.
- Reevaluar ese riesgo en cada cita al ser cambiante.
- En paciente de riesgo moderado: recomendar una cita semestral y valorar aplicación de medidas preventivas adicionales (barniz de flúor, selladores).
- En paciente de alto riesgo: recomendar una visita trimestral. Aplicar medidas preventivas adicionales intensivas (barniz de flúor, clorhexidina, selladores). Realizar dietario de, al menos, 5 días y evaluarlo con especial atención al consumo de alimentos y bebidas entre horas y antes de acostarse.
- En aquellos casos en los que el profesional, tras la anamnesis y la exploración clínica lo estime

oportuno, se podrá pasar al paciente al grupo de bajo riesgo (paciente con más de 24 meses sin patología activa y con autocuidados muy aceptables). La pauta de revisiones podrá ser entonces anual.

## MANEJO CONDUCTUAL

Es muy frecuente que los pacientes con trastornos mentales requieran de un manejo conductual específico. Esto puede incluir determinadas técnicas de manejo psicológico o incluso tener que recurrir a medicación, sedación o anestesia general (previa consulta con médico tratante).

## RECOMENDACIONES

- Adaptar las actuaciones en base al nivel de ansiedad, estado cognitivo y de colaboración del paciente.
- Estrategias para reducir la ansiedad y la odontofobia:
  - Comunicación “decir-mostrar-hacer” y control: explicando siempre qué se va a hacer y por qué antes de hacerlo.
  - Lenguaje claro, sencillo y tranquilo: con pacientes que tienen trastornos de ansiedad o depresión, es importante usar un tono de voz calmado y un lenguaje sin tecnicismos abrumadores.
  - Escucha activa y validación emocional: permitir que el paciente exprese sus temores o dudas sin interrumpirle.
  - Ser predecible y mantener rutinas: los pacientes ansiosos se tranquilizan con la predictibilidad. Al inicio de la cita, explicar el plan de hoy y aproximadamente cuánto durará.
  - Reforzar positivamente la cooperación: elogiar genuinamente al paciente cuando se esfuerza.
  - En caso de fracaso de las técnicas habituales de manejo, valorar medicación, sedación o anestesia general, previa consulta con el médico responsable del paciente.

ESQUEMA RESUMEN DE LOS PROTOCOLOS

HIGIENE BUCODENTAL

- Recomendaciones generales (cepillado + higiene interdental).
- En alto riesgo de caries o erosión, pasta fluorada 5.000 ppm y colutorio con flúor diario.
- En trastorno obsesivo compulsivo: riesgo abrasiones, recomendar cepillo blando o eléctrico.
- Profilaxis y controles frecuentes (3-4 meses).
- Enseñanza higiene interdental.
- Vigilancia hiperplasia gingival (trastorno bipolar tratado con valproato de sodio).

CONSEJOS ALIMENTARIOS

- Recomendaciones generales (dieta saludable e hidratación adecuada).
- En paciente con alto riesgo a la caries o a la erosión, realizar un registro de la dieta durante, al menos, 5 días.
- En TCA con vómitos: suministrar los debidos consejos relativos al cepillado diferido, neutralización del ácido con bicarbonato y uso colutorio de flúor.
- Aplicaciones periódicas de gel estañoso o barniz de flúor en riesgo de erosión.

HÁBITOS NOCIVOS

- Recomendaciones en función del hábito a corregir.
- En pacientes con ansiedad: vigilar posible presencia de onicofagia y laceraciones o lesiones de mordisqueo en mucosa oral.
- Motivar al paciente para búsqueda de ayuda profesional.
- En trastorno obsesivo compulsivo: vigilar posibles abrasiones, corregir técnica de cepillado, fuerza aplicada y recomendar cepillo blando o eléctrico con control de presión.

TABACO, ALCOHOL, DROGAS

- Recomendaciones generales y consejos de deshabituación.
- Recoger hábitos de consumo en historia clínica, sutilmente y explicando la trascendencia que tiene para nosotros esta información.
- En muchos casos, se requiere de varias citas para que paciente tome confianza y nos informe de sus hábitos.
- Proponer siempre derivación a tratamiento especializado.

MANEJO XEROSTOMÍA

- Recomendaciones generales (hidratación constante, masticar chicle sin azúcar).
- Valorar colutorio específico con betaina, xilitol.
- Los sustitutos de la saliva a base de mucina presentan buenos resultados a corto plazo. En algunos casos, valorar el uso de la pilocarpina previa consulta previa con el médico.
- En xerostomía de origen medicamentoso: consultar posibilidad de sustitución o ajuste de la dosis con médico prescriptor.

BRUXISMO Y ATM

- Adecuado diagnóstico de bruxismo y/o patología ATM.
- Indagar sobre hábitos parafuncionales y, si procede, confeccionar una férula oclusal nocturna (comprobar si la medicación de base precipita el bruxismo).
- Rehabilitar al paciente o derivar a un dentista con experiencia en estos tratamientos.

PAUTAS REVISIONES

- Adaptar pauta en función del riesgo de patologías bucodentales.
- Reevaluar el riesgo en cada cita.
- Paciente alto riesgo: revisión cada 3-4 meses, prevención intensiva.
- Paciente de riesgo moderado: revisiones semestrales y medidas preventivas estándares.
- Paciente de bajo riesgo: sin patología activa y adecuados hábitos saludables, valorar revisión anual (transcurridos 24 meses sin patología bucodental).

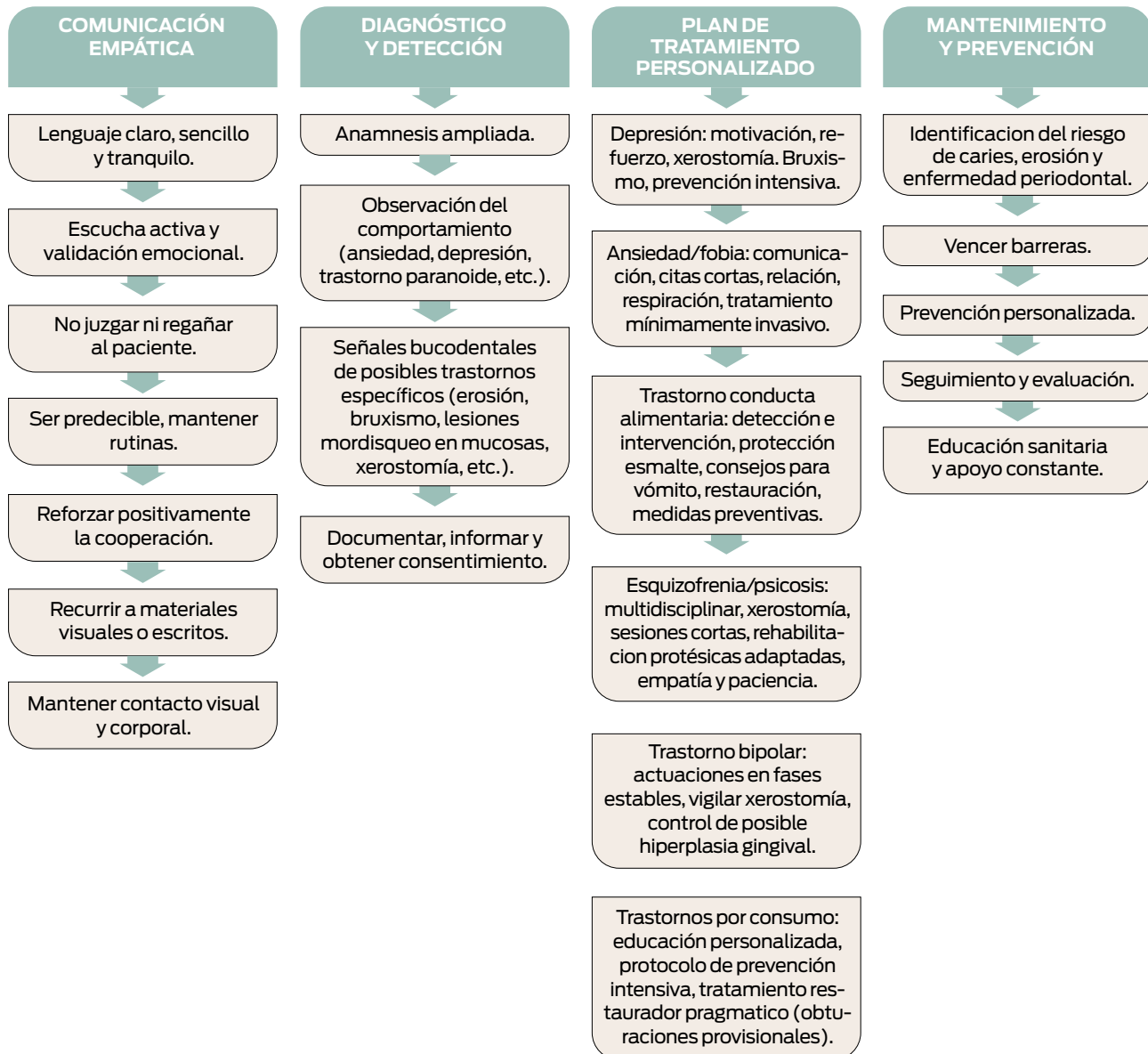
MANEJO CONDUCTUAL

- Adaptar en función de grado ansiedad, estado cognitivo y colaboración del paciente.
- Implementar estrategias para reducción de ansiedad dental o fobia: "decir-mostrar-hacer", lenguaje claro. Escucha activa, ser predecible, refuerzo de cooperación.
- En caso de fracaso de manejo conductual: valorar medicación, sedación o anestesia general, previa consulta con el médico responsable del paciente.



## ESQUEMA RESUMEN

### PACIENTE CON TRASTORNO MENTAL







## TRISTES ESTADÍSTICAS

Existe una relación entre los trastornos mentales, la salud bucodental y la calidad de vida oral. Los adultos con problemas en su salud mental no solo presentan un 25 % más de caries que la población general, sino que también tienen otros problemas importantes de salud bucodental.



### ↑ ENFERMEDAD PERIODONTAL

Cerca del 50 % de los adultos con trastornos mentales tiene periodontitis.



### ↑ CARIES

Más de 1/3 de los adultos con trastornos mentales moderados tienen caries no tratadas.



### ↑ DOLOR DENTARIO

Dos de cada tres adultos con problema mental han tenido dolor dentario en el último año.



### ↓ PRODUCTIVIDAD

La pérdida de productividad laboral por trastornos mentales graves y problemas bucodentales se estima muy elevada.



### ↓ 1,5 X MUJERES

Las mujeres tienen 1,5 veces más probabilidades de sufrir un episodio depresivo mayor que los hombres.



### ↑ 2,7 X PÉRDIDA DENTARIA

Los pacientes con trastornos mentales moderados o graves tienen 2,7 veces más probabilidades de perder todos sus dientes.



### ↑ DIENTES AUSENTES

A medida que aumenta la gravedad de los síntomas depresivos en los adultos mayores de 65 años también aumenta el número de dientes perdidos.



### ↓ CEPILLADO

Los pacientes con trastornos mentales suelen tener peor higiene bucodental y hacen menor uso de la higiene interdental.

La salud bucodental desempeña un papel fundamental en el bienestar y la autoestima, mientras que las enfermedades bucodentales afectan en gran medida a la calidad de vida, la productividad y la capacidad de trabajo, así como a la participación social. (Organización Mundial de la Salud).

## BIBLIOGRAFÍA

- Adamo D, Spagnuolo G. Burning Mouth Syndrome: An Overview and Future Perspectives. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Dec 30;20(1):682. doi: 10.3390/ijerph20010682. PMID: 36613002; PMCID: PMC9819290.
- Ahuja R, Shigli AL, Thakur G, Jain U. Juvenile obsessive com-pulsive disorder in a paediatric dentistry set-up. *Case Reps*. 2015;2015:bcr2015209864.
- Ahmed KE. The psychology of tooth wear. *Spec Care Dent*. 2013;33(1):28–34.
- Albahli BF, Alrasheed NM, Alabdulrazaq RS, Alasmari DS, Ahmed MM. Association between schizophrenia and periodontal disease in relation to cortisol levels: an ELISA-based descriptive analysis. *Egypt J Neurol Psychiatr Neurosurg*. 2021;57(1):168.
- Aldosari, M, Helmi M, Erinne N Kennedy, Badamia R, Odani S, Agaku I, Vardavas C, - Depression, periodontitis, caries and missing teeth in the USA, NHANES 2009–2014: Family Medicine and Community Health 2020;8:e000583.
- Alqarni H, Aldghim A, Alkahtani R, Alshahrani N, Altoman MS, Alfaifi MA, Helmi M, Alzaid AA. Crystal methamphetamine and its effects on mental and oral health: A narrative review. *Saudi Dent J*. 2024 May;36(5):665-673.
- Arbildo-Vega, H.I.; Cruzado-Oliva, F.H.; Infantes-Ruiz, E.D.; Coronel-Zubiate, F.T.; Becerra-Atoche, E.G.; Terrones-Campos, W.; Herrera-Plasencia, P.M.; Seminario-Trelles, O.A.; Ortega-Gallegos, R.E. An Umbrella Review of the Association Between Periodontal Disease and Diabetes Mellitus. *Healthcare* 2024, 12, 2311. <https://doi.org/10.3390/healthcare12222311> (b)
- Arbildo-Vega, H.I., Cruzado-Oliva, F.H., Coronel-Zubiate, F.T. et al. Periodontal disease and cardiovascular disease: umbrella review. *BMC Oral Health* 24, 1308 (2024). <https://doi.org/10.1186/s12903-024-04907-1> (a)
- Arora T, Grey I. Health behaviour changes during COVID-19 and the potential consequences: a mini-review. *J Health Psychol*. 2020;25(9):1155–1163.
- Austin A, Flynn M, Richards K, Hodsoll J, Duarte TA, Robinson P, et al. Duration of untreated eating disorder and relationship to outcomes: a systematic review of the literature. *Eur Eat Disord Rev*. 2021;29(3):329–45
- Ball J, Darby I. Mental health and periodontal and peri-implant diseases. *Periodontol* 2000. 2022 Oct;90(1):106-124.
- Bardow A, Nyvad B, Nauntofte B. Relationships between medication intake, complaints of dry mouth, salivary flow rate and composition, and the rate of tooth demineralization in situ. *Arch Oral Biol*. 2001;46(5):413-423.
- Bernabe E, Marcenes W, Hernández CR, et al. Global, regional, and national levels and trends in burden of oral conditions from 1990 to 2017: a systematic analysis for the global burden of disease 2017 study. *J Dent Res*. 2020;99(4):362–373.
- BetterMouth. Depression and Oral Hygiene: The Hidden Connection. February 13, 2025. <https://www.bettermouth.com/blog/depression-and-oral-hygiene>. Accessed February 28, 2025.
- Beydoun MA, Beydoun HA, Hossain S, El-Hajj ZW, Weiss J, Zonderman AB. Clinical and Bacterial Markers of Periodontitis and Their Association with Incident All-Cause and Alzheimer's Disease Dementia in a Large National Survey. *J Alzheimers Dis*. 2020;75(1):157-172. doi: 10.3233/JAD-200064. PMID: 32280099; PMCID: PMC11008556.
- Bian M, Chen L, Lei L. Research progress on the relationship between chronic periodontitis and Parkinson's disease. *J Zhejiang Univ Med Sci*. 2021;50(7):1–7.
- BinShabaib, M.S., Al-Wahibi, A.A. Evaluation of peri-implant health and whole salivary cortisol levels in adults with mental health disorders. *Sci Rep* 15, 31915 (2025). <https://doi.org/10.1038/s41598-025-85111-1>
- Borrego-Ruiz A, Borrego JJ. Human oral microbiome and its influence on mental health and brain disorders. *AIMS Microbiol*. 2025 Apr 14;11(2):242-294
- Bretz W Oral profiles of bulimic women: diagnosis and management: what is the evidence? *J Evid Based Dent Pract*. 2002; 2(4):267-272. 23.
- Cestari JA, Fabri GM, Kalil J, et al. Oral infections and cytokine levels in patients with Alzheimer's disease and mild cognitive impairment compared with controls. *J Alzheimers Dis*. 2016;52(4):1479-1485.
- Chandna P, Srivastava N, Adlakha VK. Obsessive compulsive disorder in dental setting. *J Indian Soc Pedod Prev Dent*. 2014;32:330-332.
- Chen CK, Wu YT, Chang YC. Association between chronic periodontitis and the risk of Alzheimer's disease: a retrospective, population-based, matched-cohort study. *Alzheimer's Res Ther*. 2017;9(1):56.



- Chen CK, Huang JY, Wu YT, Chang YC. Dental scaling decreases the risk of Parkinson's disease: a nationwide population-based nested case-control study. *Int J Environ Res Publ Health*. 2018;15(8):1587.
- Chen RJ, Lai KH, Lee CH, Lin HY, Lin CC, Chen CH, Chen W, Chen WY, Vo TTT, Lee IT. Exploring the Link between Xerostomia and Oral Health in Mental Illness: Insights from Autism Spectrum Disorder, Depression, Bipolar Disorder, and Schizophrenia. *Healthcare (Basel)*. 2024 Oct 11;12(20):2018.
- Choi S, Kim K, Chang J, et al. Association of chronic periodontitis on Alzheimer's disease or vascular dementia. *J Am Geriatr Soc*. 2019;67(6):1234–1239.
- Consejo General de Dentistas de España. Salud oral y salud general. Las asociaciones basadas en la evidencia. Informe Técnico, 2025.
- Coombs NC, Meriwether WE, Caringi J, Newcomer SR. Barriers to healthcare access among U.S. adults with mental health challenges: A population-based study. *SSM Popul Health*. 2021 Jun 15;15:100847. doi: 10.1016/j.ssmph.2021.100847. PMID: 34179332; PMCID: PMC8214217.
- Crescenti A, Gasso P, Mas S, et al. Insertion/deletion polymorphism of the angiotensin-converting enzyme gene is associated with schizophrenia in a Spanish population. *Psychiatr Res*. 2009;165(1-2):175–180. Ahmed KE. The psychology of tooth wear. *Spec Care Dent*. 2013;33(1):28–34.
- Cunha FA, Cota LO, Cortelli SC, et al. Periodontal condition and levels of bacteria associated with periodontitis in individuals with bipolar affective disorders: a case control study. *J Periodontal Res*. 2019;54(1):63–72.
- Daly C. Oral and dental effects of antidepressants. *Aust Prescr*. 2016;39(3):84.
- D'Ambrosio F, Caggiano M, Schiavo L, et al. Chronic stress and depression in periodontitis and peri-implantitis: a narrative review on neurobiological, neurobehavioral and immune-microbiome interplays and clinical management implications. *Dent J*. 2022;10(3):49.
- DeBate RD, Plichta SB, Tedesco LA, Kerschbaum WE. Integration of oral health care and mental health services: dental hygienists' readiness and capacity for secondary prevention of eating disorders. *J Behav Health Serv Res*. 2006;33(1):113-125.
- Ding Y, Ren J, Yu H, Yu W, Zhou Y. *Porphyromonas gingivalis*, a periodontitis causing bacterium, induces memory impairment and age-dependent neuroinflammation in mice. *Immun Ageing*. 2018;15:6.
- Dominy SS, Lynch C, Ermini F, et al. *Porphyromonas gingivalis* in Alzheimer's disease brains: evidence for disease causation and treatment with small-molecule inhibitors. *Sci Adv*. 2019;5(1), eaau3333.
- Dumitrescu AL. Depression and inflammatory periodontal disease considerations-an interdisciplinary approach. *Front Psychol*. 2016;7:347.
- FDI World Dental Federation. A Happy Mouth is a Happy Mind. [https://www.wohd.org/sites/default/files/2025-02/250130%20Government%20Toolkit%20v2\\_0.pdf](https://www.wohd.org/sites/default/files/2025-02/250130%20Government%20Toolkit%20v2_0.pdf). Accessed July 4, 2025.
- Flynn M, Austin A, Lang K, Allen K, Bassi R, Brady G, et al. Assessing the impact of first episode rapid early intervention for eating disorders on duration of untreated eating disorder: a multi-centre quasi-experimental study. *Eur Eat Disord Rev*. 2021;29(3):458–71.
- Foa EB, Kozak MJ. DSM-IV field trial: obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. 1995.
- Fratto G, Manzon L. Use of psychotropic drugs and associated dental diseases. *Int J Psychiatry Med*. 2014;48(3):185–97. doi: 10.2190/PM.48.3.d. PMID: 25492713.
- Ghanizadeh A. ADHD, bruxism and psychiatric disorders: does bruxism increase the chance of a comorbid psychiatric disorder in children with ADHD and their parents? *Sleep & Breathing = Schlaf & Atmung*. 2008;12(4):375–380.
- González-Sanmiguel, J.; Schuh, C.M.A.P.; Muñoz-Montesino, C.; Contreras-Kallens, P.; Aguayo, L.G.; Aguayo,
- S. Complex Interaction between Resident Microbiota and Misfolded Proteins: Role in Neuroinflammation and Neurodegeneration. *Cells* 2020, 9: 2476.
- Gürkan A, Emingil G, Saygan BH, et al. Renin-angiotensin gene polymorphisms in relation to severe chronic periodontitis. *J Clin Periodontol*. 2009;36(3):204–211.
- Gustafsson A, Persson C, Kallestål C. Predicting non-attendance: a model of the complex relationships in dental care non-attendance among adolescents in Örebro county, Sweden. *Psychology*. 2020;11:1300–1314.
- Halmi KA. Psychological comorbidities of eating disorders. In: Agras WS, Robinson A, editors. *The Oxford handbook of eating disorders*. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 2018. p. 229–43.
- Han J, Liu Y, Guo X, Gao G, Wu O, Research Trends in the Correlation Between Periodontitis and Neurodegenerative Diseases, *International Dental Journal*, 2025; 75: 564–574.

- Hansen, C., Curl, C. & Geddis-Regan, A. Barriers to the provision of oral health care for people with disabilities. *BDJ In Pract* 34, 30–34 (2021). <https://doi.org/10.1038/s41404-021-0675-x>
- Hashioka S, Inoue K, Miyaoka T, et al. The possible causal link of periodontitis to neuropsychiatric disorders: more than psychosocial mechanisms. *Int J Mol Sci.* 2019;20(15):3723.
- Heaton LJ, Santoro M, Tiwari T, Preston R, Schroeder K, Randall CL, et al. Mental Health, Socioeconomic Position, and Oral Health: A Path Analysis. *Prev Chronic Dis* 2024;21:240097. DOI: <http://dx.doi.org/10.5888/pcd21.240097>.
- Holmer J, Eriksdotter M, Schultzberg M, Pussinen PJ, Buhlin K. Association between periodontitis and risk of Alzheimer's disease, mild cognitive impairment and subjective cognitive decline: a case-control study. *J Clin Periodontol.* 2018;45(11):1287–129
- Hsu CC, Hsu YC, Chen HJ, et al. Association of periodontitis and subsequent depression: a nationwide population-based study. *Medicine.* 2015;94(51).
- Huang YK, Wang YH, Chang YC. Chronic periodontitis is associated with the risk of bipolar disorder: a population-based cohort study. *Int J Environ Res Publ Health.* 2020;17(10):3466.
- Hu KF, Ho PS, Chou YH, Tsai JH, Lin CHR, Chuang H-Y. Periodontal disease and effects of antipsychotic medications in patients newly diagnosed with schizophrenia: a population-based retrospective cohort. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2020;29:e49
- Johnson AM, Kenny A, Ramjan L, Raeburn T, George A. Oral health knowledge, attitudes, and practices of people living with mental illness: a mixed-methods systematic review. *BMC Public Health.* 2024 Aug 21;24(1):2263.
- Joury E, Kisely S, Watt RG, Ahmed N, Morris AJ, Fortune F, Bhui K. Mental Disorders and Oral Diseases: Future Research Directions. *J Dent Res.* 2023 Jan;102(1):5-12.
- Kaliamoorthy S, Nagarajan M, Sethuraman V, Jayavel K, Lakshmanan V, Palla S. Association of Alzheimer's disease and periodontitis—a systematic review and metaanalysis of evidence from observational studies. *Med Pharm Rep.* 2022;95(2): 144–151.
- Kassebaum NJ, Smith AG, Bernabé E, et al. Global, regional, and national prevalence, incidence, and disability-adjusted life years for oral conditions for 195 countries, 1990–2015: a systematic analysis for the global burden of diseases, injuries, and risk factors. *J Dent Res.* 2017;96(4):380–387.
- Kassubek, J., Factor, S.A., Balaguer, E. et al. Long-term safety, tolerability and efficacy of apomorphine sublingual film in patients with Parkinson's disease complicated by OFF episodes: a phase 3, open-label study. *J Neurol* 271, 3554–3570 (2024).
- Kenny A, Dickson-Swift V, Gussy M, et al. Oral health interventions for people living with mental disorders: protocol for a realist systematic review. *Int J Ment Health Syst.* 2020;14(1):24
- Khokhar MA, Khokhar WA, Clifton AV, Tosh GE. Oral health education (advice and training) for people with serious mental illness. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;9(9):CD00
- Kisely S, Baghaie H, Lalloo R, Siskind D, Johnson NW. A systematic review and meta-analysis of the association between poor oral health and severe mental illness. *Psychosom Med.* 2015;77(1):83–92
- Kisely S. No Mental Health without Oral Health. *Can J Psychiatry.* 2016 May; 61(5): 277–82. doi: 10.1177/0706743716632523. Epub 2016 Feb 10. PMID: 27254802; PMCID: PMC4841282.
- Krstic, D.; Knuesel, I. Deciphering the Mechanism Underlying Late-Onset Alzheimer Disease. *Nat. Rev. Neurol.* 2013; 9: 25–34.
- Laforgia A, Corsalini M, Stefanachi G, Pettini F, Di Venere D. Assessment of psychopathologic traits in a group of patients with adult chronic periodontitis: study on 108 cases and analysis of compliance during and after periodontal treatment. *Int J Med Sci.* 2015;12(10):832
- Lawrence D, Jablensky AV, Holman CD, Pinder TJ. Mortality in Western Australian psychiatric patients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2000;35(8):341-347.
- Lee YT, Lee HC, Hu CJ, et al. Periodontitis as a modifiable risk factor for dementia: a nationwide population-based cohort study. *J Am Geriatr Soc.* 2017; 65:301-305.
- Leng WD, Zeng XT, Kwong JS, Hua XP. Periodontal disease and risk of coronary heart disease: an updated meta-analysis of prospective cohort studies. *Int J Cardiol.* 2015;201:469–4.
- Leira Y, Domínguez C, Seoane J, et al. Is periodontal disease associated with Alzheimer's disease? A systematic review with meta-analysis. *Neuroepidemiology.* 2017;48(1-2):21–31
- Listl S, Galloway J, Mossey P, Marcenes W. Global economic impact of dental diseases. *J Dent Res.*
- Mirza RD, Phelan M, Wulff-Cochrane V. Oral health of psychiatric in-patients. *Psychiatr Bull.* 2001;25:143-145.



- 2015;94(10):1355–1361. Mitchell B, Liester M.D. Psychology Today. Is Inflammation
- Liu F, Wen YF, Zhou Y, Lei G, Guo QY, Dang YH. A meta-analysis of emotional disorders as possible risk factors for chronic periodontitis. *Medicine (Baltimore)*. 2018 Jul;97(28):e11434.
- Marmot M, Bell R. Social determinants and dental health. *Adv Dent Res*. 2011;23(2): 201–206
- Martínez M, Martín-Hernández D, Virto L, et al. Periodontal diseases and depression: a pre-clinical in vivo study. *J Clin Periodontol*. 2021;48(4):503–527
- Matevosyan NR. Oral health of adults with serious mental illnesses: a review. *Community Ment Health J*. 2010;46(6):553–562.
- Matsuda S, Yoshimura H. Impact of oral health management on mental health and psychological disease: a scoping review. *J Int Med Res*. 2023 Jan;51(1):3000605221147186. Mehler PS. Medical complications of anorexia nervosa and bulimia nervosa. In: Agras WS, Robinson A, editors. *The oxford handbook of eating disorders*. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 2018. p. 2018.
- Mayo Clinic. Depression (Major depressive disorder). <https://www.mayoclinic.org/diseasesconditions/depression/diagnosis-treatment/drc-20356013>. Accessed February 28, 2025.
- Miklossy, J. Emerging Roles of Pathogens in Alzheimer Disease. *Expert Rev. Mol. Med*. 2011; 13: e30
- Milosevic A. Eating disorders and the dentist. *Br Dent J*. 1999; 186(3):109-113.
- Ministerio de Sanidad. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2023. Informes, estudios e investigación, 2024.
- the Missing Link to Depression? December 19, 2024. <https://www.psychologytoday.com/us/blog/the-leadingedge/202412/is-inflammation-the-missing-link-to-depression>. Accessed March 1, 2025.
- Moharrami M, Perez A, Mohebbi SZ, Bassir SH, Amin M. Oral health status of individuals with obsessive-compulsive disorder considering oral hygiene habits. *Spec Care Dentist*. 2022 Jan;42(1):41-48.
- Molina A, Huck O, Herrera D, Montero E. The association between respiratory diseases and periodontitis: A systematic review and meta-analysis. *J Clin Periodontol*. 2023 Jun;50(6):842-887.
- Nazir M, Al-Ansari A, Al-Khalifa K, Alhareky M, Gaffar B, Almas K. Global prevalence of periodontal disease and lack of its surveillance. *Sci World J*. 2020; 2020, 2146160.
- Nazir M, Almulhim KS, AlDaamah Z, et al. Dental fear and patient preference for emergency dental treatment among adults in COVID-19 quarantine centers in dammam, Saudi arabia. *Patient Prefer Adherence*. 2021;15:1707–1715.27.
- Nochaiwong S, Ruengorn C, Thavorn K, Hutton B, Awiphan R, Phosuya C, Ruanta Y, Wongpakaran N, Wongpakaran T. Global prevalence of mental health issues among the general population during the coronavirus disease-2019 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Sci Rep*. 2021 May 13;11(1):10173.
- Norden DM, Trojanowski PJ, Villanueva E, Navarro E, Godbout JP. Sequential activation of microglia and astrocyte cytokine expression precedes increased Iba-1 or GFAP immunoreactivity following systemic immune challenge. *Glia*. 2016;64(2): 300–31
- Oral Health in America: Advances and Challenges. Bethesda, MD: National Institute of Dental and Craniofacial Research (US); 2021 Dec. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK576535/>
- Page M, Somerville-Brown L. Psychotropic drugs and dentistry. *Australian Prescriber*. 2007;30(4):98.
- Peres MA, Macpherson LM, Weyant RJ, et al. Oral diseases: a global public health challenge. *Lancet*. 2019;394(10194):249–260.
- Petersen PE, Kwan S. Equity, social determinants and public health programmes—the case of oral health. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2011;39(6): 481–487.
- Presskreischer, R., Prado, M.A., Kuraner, S.E. et al. Eating disorders and oral health: a scoping review. *J Eat Disord* 11, 55 (2023). <https://doi.org/10.1186/s40337-023-00778-z>
- RDH. The mind-mouth connection: Psychological implications of oral pathologies. Andreina Sucre, MSc, RDH. November 11, 2024. <https://www.rdhmag.com/pathology/article/55232836/the-mind-mouth-connectionpsychological-implications-of-oral-pathologies>. Accessed February 28, 2025.
- Ridley M et al., Poverty, depression, and anxiety: Causal evidence and mechanisms. *Science* 370, eaay0214 (2020). DOI:10.1126/science.aay0214
- Righolt AJ, Jevdjevic M, Marcenes W, Listl S. Global-, regional-, and country-level economic impacts of dental diseases in 2015. *J Dent Res*. 2018;97(5):501–507.

- Roth A, Fonagy P. What Works for Whom?: A Critical Review of Psychotherapy Research: Guilford Press; 2006
- Russo L, Campisi G, Di Fede O, et al. Oral manifestations of eating disorders: a critical review. *Oral Dis.* 2008;14(6): 479-484.
- Said-Sadier N, Sayegh B, Farah R, Abbas LA, Dweik R, Tang N, Ojcius DM. Association between Periodontal Disease and Cognitive Impairment in Adults. *Int J Environ Res Public Health.* 2023; 20:4707.
- Santomauro DF, Herrera AMM, Shadid J, et al. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *Lancet.* 2021;398(10312):1700–1712.
- Schwarz J, Heimhilger E, Storch A. Increased periodontal pathology in Parkinson's disease. *J Neurol.* 2006;253(5): 608-611.
- Siluvai S, Kanakavelan K, Agnes L, Kp I, G K. Mental and Oral Health: A Dual Frontier in Healthcare Integration and Prevention. *Cureus.* 2024 Dec 23;16(12):e76264.
- Silveira ER, Cademartori MG, Schuch HS, Armfield JA, Demarco FF. Estimated prevalence of dental fear in adults: A systematic review and meta-analysis. *J Dent.* 2021 May;108:103632. doi: 10.1016/j.jdent.2021.103632. Epub 2021 Mar 9. PMID: 33711405.
- Skallevold HE, Rokaya N, Wongsirichat N, Rokaya D. Importance of oral health in mental health disorders: An updated review. *J Oral Biol Craniofac Res.* 2023 Sep-Oct;13(5):544–552.
- Søvold LE, Naslund JA, Kousoulis AA, et al. Prioritizing the mental health and wellbeing of healthcare workers: an urgent global public health priority. *Front Public Health.* 2021;9, 679397.
- Stein Duker LI, Grager M, Giffin W, Hikita N, Polido JC. The relationship between dental fear and anxiety, general anxiety/fear, sensory over-responsivity, and oral health behaviors and outcomes: a conceptual model. *Int J Environ Res Publ Health.* 2022;19(4):2380.
- Sun C, Han J, Bai Y, Zhong Z, Song Y, Sun Y. Neuropeptides as the shared genetic crosstalks linking periodontitis and major depression disorder. *Dis Markers.* 2021; 2021, 3683189.
- Sutin AR, Terracciano A, Ferrucci L, Costa Jr PT. Teeth grinding: is emotional stability related to bruxism? *J Res Pers.* 2010;44(3):402–405.
- Tiwari T, Kelly A, Randall CL, Tranby E, Franstve-Hawley J. Association Between Mental Health and Oral Health Status and Care Utilization. *Front Oral Health.* 2022 Feb 7;2:732882. doi: 10.3389/froh.2021.732882. PMID: 35199101; PMCID: PMC8859414.
- Torales J, O'Higgins M, Castaldelli-Maia JM, Ventriglio A. The outbreak of COVID19 coronavirus and its impact on global mental health. *Int J Soc Psychiatr.* 2020;66 (4):317–320.
- Voderholzer U, Haas V, Correll CU, Korner T. Medical management of eat- ing disorders: an update. *Curr Opin Psychiatry.* 2020;33(6):542–53.
- Warnakulasuriya S. Causes of oral cancer—an appraisal of controversies. *Br Dent J.* 2009;207(10):471-475.
- Wells KB, Stewart A, Hays RD, Burnam MA, Rogers W, Daniels M, Berry S, Greenfield S, Ware J. The functioning and well-being of depressed patients. Results from the Medical Outcomes Study. *JAMA.* 1989 Aug 18;262(7):914–9. PMID: 2754791.
- Wey MC, Loh S, Doss JG, Abu Bakar AK, Kisely S. The oral health of people with chronic schizophrenia: a neglected public health burden. *Aust N Z J Psychiatr.* 2016; 50(7):685–694.
- Wingfield B, Lapsley C, McDowell A, et al. Variations in the oral microbiome are associated with depression in young adults. *Sci Rep.* 2021;11, 15009.
- World Health Organization. Global oral health status report: towards universal health coverage for oral health by 2030. Geneva: World Health Organization; 2022. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- World Health Organization. Oral health. Published November 6, 2024. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>. Accessed February 28, 2025.
- World Health Organization. Depression and other common mental disorders: Global health estimates. Accessed Oct 11, 2025.
- Zafar S, Yaddanapudi SS. Parkinson Disease. *StatPearls [Internet].* Treasure Island, FL, USA: StatPearls Publishing; 2021.
- Zhang J, Yu C, Zhang X, et al. Porphyromonas gingivalis lipopolysaccharide induces cognitive dysfunction, mediated by neuronal inflammation via activation of the TLR4 signaling pathway in C57BL/6 mice. *J Neuroinflammation.* 2018;1:37.



# GUÍA DE LA SALUD BUCODENTAL Y MENTAL



**CONSEJO  
DENTISTAS**  
ORGANIZACION COLEGIAL  
DE DENTISTAS DE ESPAÑA

