



Editorial

La determinación social de la salud bucal en el marco de la salud mental a lo largo de los ciclos de vida.

Social determination of mental and oral health across the life course

Ximena Ramírez-Ocaña¹   Johanna Luzuriaga-Mera² 

¹ Universidad Andina Simón Bolívar Sede Ecuador

² Universidad Politécnica Salesiana Sede Quito

Autora de correspondencia: xramirez@ups.edu.ec

La odontología y la psicología contemporáneas se encuentran en debate un epistemológico profundo. Durante décadas, el modelo hegemónico imperante ha reducido el proceso salud-enfermedad a una dimensión mayoritariamente biológica, mecanicista y fragmentada, centrada exclusivamente en la reparación de tejidos duros y el control de la biopelícula dental, en la conducta, el cerebro y el sistema nervioso central, respectivamente. Sin embargo, esta visión reduccionista ignora una realidad innegable y transversal: la salud bucal y la salud mental están determinadas por las condiciones concretas de existencia en las que se desarrolla la vida humana.

Una recomendación odontológica o proceso de evaluación psicológico pueden ser clínicamente correctos y resultar inviables para quien debe pagarlos, ausentarse del trabajo o recorrer servicios que no se comunican entre sí, suele tener un costo elevado para el común de la población. Interpretar esas dificultades como falta de interés convierte un problema de organización del sistema de salud en un defecto personal. El argumento central de este escrito es que la interdependencia entre enfermedad bucal y sufrimiento psíquico se configuran en procesos de reproducción social que distribuyen inequitativamente las posibilidades de cuidado de la salud a lo largo de la vida.^{1,2} Esta realidad compromete a ambos campos con la atención del padecimiento y con las condiciones que la permiten; Stolkner y Ardila Gómez sitúan el proceso de salud-enfermedad-cuidado en sujetos cuya experiencia reúne dimensiones orgánicas, subjetivas y sociales.³ La separación entre especialidades cumple funciones operativas, pero puede fragmentar esa experiencia. El temor a una consulta psicológica, un episodio depresivo y el dolor dental, requieren respuestas diferentes, aunque coexistan en una misma historia, su atención por parte del sistema de salud implica responsabilidades concurrentes sobre el acceso y la continuidad del cuidado.

La determinación social del cuidado

La teoría de la determinación social **de la salud** articula históricamente la organización general de la sociedad (reproducción social), los modos de vivir/ trabajar particulares de los grupos (clases sociales) y los procesos individuales (a en la dimensión familiar o personal).¹ Las relaciones de producción y consumo configuran posibilidades desiguales de trabajo, alimentación y protección, modeladas por clase social, género y etnia.⁴ Coexisten, en estos tres niveles, procesos protectores y destructivos, hay una fuerza determinante “la subsunción” que se imprime de un nivel superior a otro inferior, coexiste otra fuerza que va de un nivel inferior hacia otro superior, esta se denomina autonomía relativa de sujetos y colectivos.¹ Esta perspectiva expone cómo las relaciones sociales participan en la producción del daño y en el acceso a su atención; agregar la variable ingreso económico o escolaridad a un modelo estadístico describe diferencias; explicar su reproducción requiere examinar las relaciones de poder que las generan y las perpetúan.

Abadía-Barrero y Martínez-Parra vinculan las posibilidades de alimentación e higiene con las respuestas institucionales, los servicios y los mercados², esta relación cuestiona la distribución de responsabilidades, dado que, se pide a las personas que prevengan enfermedades y sostengan tratamientos, mientras la atención puede depender de su poder adquisitivo o de una oferta insuficiente o coludida a favor de la rentabilidad de centros psicológicos/psiquiátricos o las farmacéuticas transnacionales.

El cuidado está condicionado por recursos que la voluntad individual no produce, la autonomía merece apoyo; convertirla en una explicación para cada necesidad no satisfecha termina liberando a las instituciones de responsabilidad. Un argumento socialmente situado también necesita precisión. En el campo del ámbito dental, por ejemplo, la caries es una enfermedad dinámica en la que la exposición al biofilm y al azúcar contribuyen al desequilibrio entre desmineralización y remineralización del esmalte dental. Reparar una lesión significa abordar el daño localizado, pero controlar la enfermedad requiere continuidad.⁵ La periodontitis es una inflamación multifactorial causada por biofilms disbióticos y destrucción de tejidos, y el diagnóstico debe hacerse por medios clínicos. Es decir, podemos saber cuándo intervenir. La crítica de Watt y sus colegas señala que la odontología dominada por la tecnología puede sobrevivir a la continua desigualdad y a la poca intervención del tratamiento técnico de los procesos sociales que la causan.

Infancia y responsabilidad por el cuidado

En las etapas tempranas del desarrollo, la boca es el órgano primordial de exploración, afecto y relación con el mundo. La conducta en el sillón dental es el reflejo de ansiedades parentales, climas familiares atravesados por procesos de determinación social que condicionan la seguridad emocional. Considerando que, en la infancia, la atención depende estrechamente de personas adultas y de instituciones. Los dientes temporales tienen funciones presentes y su recambio no justifica tolerar dolor o enfermedad sin atender. La revisión de Zaror y colaboradores relaciona la caries de la primera infancia con deterioro de la calidad de vida bucal, especialmente en cuadros severos; el análisis restringido a estudios poblacionales mostró mayor incertidumbre.⁶ Este resultado permite reconocer el padecimiento sin suponer que todo niño con caries presenta el mismo impacto. Para orientar el cuidado importan tanto la evaluación bucal como la experiencia del niño, cuya voz debe tener lugar en la consulta.

Las condiciones en que se crece afectan directamente la salud de los niños y adolescentes, Jural y colaboradores encontraron asociaciones entre sufrir experiencias adversas en la infancia, se relaciona con tener más caries, dolor dental y menor utilización de servicios dentales.⁷ Su aporte es señalar que no basta solo contar acontecimientos de caries, sino que es también necesario

investigar cómo se produce la violencia, qué apoyos reciben las familias y qué instituciones responden cuando el cuidado infantil falla.

La responsabilidad familiar debe analizarse dentro de esas posibilidades. Identificar una necesidad infantil exige preguntar qué hace accesible su atención, sin limitar la explicación a la conducta del cuidador, quien debe destinar tiempo, recursos y postergar alguna tarea para cumplir con la asistencia a la consulta. En la consulta, comprender el temor permite orientar el manejo clínico. Escuchar, explicar y acordar procedimientos reconoce al niño como sujeto del cuidado, orientación que se deriva de la clínica ampliada.³ La institución debe sostener la atención entre consultas y coordinarse con los servicios de infancia. Intervenir tempranamente exige una posibilidad real de cuidado que evite trasladar necesidades pendientes al paso a la dentición permanente.

Adolescencia y reconocimiento del cuerpo

En la adolescencia, los cambios corporales, psicológicos y las relaciones con otras personas pueden dar mayor importancia a la apariencia, las expectativas estéticas que circulan en los medios de comunicación y el mercado forman parte de ese contexto, aunque cada persona las vive de manera distinta. Comprender el motivo de consulta odontológica exige escuchar qué le preocupa de su imagen, qué espera del tratamiento y cómo se siente en sus relaciones cotidianas.

Las maloclusiones, los cambios de color dental o la pérdida de dientes anteriores pueden afectar la función o la vivencia de la propia apariencia, en esta etapa. Algunas características dentales también pueden ser utilizadas como motivo de burla o discriminación. La revisión de Tristão y colaboradores sugiere una conexión entre las maloclusiones visibles y el acoso.⁸ La atención odontológica debe valorar las necesidades clínicas y explicar los beneficios y límites del tratamiento, sin prometer que modificar la apariencia resolverá el malestar emocional. Mejorar la alineación o la satisfacción dental no equivale necesariamente a mejorar la salud mental. Acompañar al adolescente supone reconocer su experiencia y, cuando sea necesario, articular la atención con apoyo psicológico y respuestas frente a la violencia.

Un rasgo corporal puede ser motivo de un ataque verbal-psicológico, esto es un acto de violencia y los actores que ejercen violencia deben ser castigados, la necesidad de tratamiento debe expresarse sin prometer que cambiar la apariencia resolverá el sufrimiento. La investigación de Shaw y colaboradores encontró que, en un seguimiento de 20 años, aquellos que recibieron ortodoncia tenían mejor alineación y satisfacción dental, pero poca mejora psicológica cuando se considera la autoestima inicial, menoscabada o deteriorada⁹, este resultado plantea la relación entre la corrección dental y la salud mental, dado que, una intervención podría proporcionar un beneficio dental que es válido y la preferencia es legítima, pero, existe el problema de atribuirle a este tratamiento el efecto en la aceptación social o la salud psicológica, lo cual aún no está disponible en la evidencia. Esta distinción nos invita a evitar que el acoso sea interpretado como una señal para que el individuo que lo recibe cambie su cuerpo. La evaluación clínica debe ir acompañada de beneficios, límites y respuestas escolares y psicológicas donde sea apropiado. Analizar el cuidado y el mercado permite cuestionar los estándares de belleza actuales que se promueven y las oportunidades desiguales para cumplirlas.² En el contexto de la adolescencia, apoyar la autonomía se trata de reconocer su derecho a tomar sus propias decisiones, asumir posturas e identificarse con sus referentes. Sin embargo, esto no significa que los adultos y los servicios de salud no asuman su responsabilidad de priorizar la salud legítima por encima de las exigencias estéticas.

Adultez y condiciones para sostener la atención

La autonomía en la adultez se ejerce entre exigencias laborales y responsabilidades hacia otras personas. Un tratamiento puede entrar en conflicto con esa organización cotidiana. Las relaciones de clase y género orientan preguntas sobre quién dispone de tiempo para atenderse y quién sostiene el cuidado ajeno.¹ Esas mediaciones necesitan documentarse, sin atribuir de antemano toda falta de atención a pobreza o sobrecarga, como tampoco una consulta postergada demuestra falta de motivación, conocer el obstáculo permite revisar el plan y la organización de acceso al servicio.

El padecimiento psíquico puede añadir dificultades a esa situación, Kalaigian y Chaffee encontraron que problemas internalizantes graves, relacionados con síntomas de ansiedad y depresión, se asociaban con resultados bucales adversos informados dos años después, entre ellos sangrado gingival y extracciones.¹⁰ Otra de las afecciones que generalmente surge en esta etapa de la vida es el bruxismo atribuido al trajín de la vida cotidiana, sin embargo, existe evidencia que sugiere atribuir esta parafunción a un origen psicológico.¹¹ Teoh y colaboradores encontraron mayor sequedad bucal en adultos que consumían antidepresivos tricíclicos que en personas del grupo control estudiado, seleccionados a partir de ensayos antiguos y mayoritariamente en personas sanas.¹² La xerostomía es una sensación de magnitud subjetiva; la hiposalivación, en cambio, supone una reducción objetivable del flujo salival, esta distinción orienta la evaluación, sin atribuir el mismo efecto a todos los psicofármacos. Un tratamiento que alivia el sufrimiento puede requerir cuidados bucales adicionales, esta coexistencia exige coordinación con quien prescribe y seguimiento odontológico integral. La utilidad terapéutica y la atención de posibles efectos adversos deben valorarse conjuntamente, dentro de una estrategia que pueda sostenerse en la vida cotidiana, argumento a favor de la multidisciplinariedad de la atención.

Envejecimiento y conservación de funciones y vínculos

La salud oral en la vejez está influenciada por el historial de enfermedades y las oportunidades de cuidado a lo largo de la vida. Las dificultades para comer, comunicarse o sonreír pueden acompañarse de malestar y menor participación social, pero no se debe asumir que toda pérdida dentaria conduce a expresiones de malestar psicológico como el aislamiento, ansiedad o depresión.

Es importante conocer las oportunidades previas para la conservación y rehabilitación, así como las necesidades actuales. Normalizar el deterioro debido al envejecimiento hace menos obvio que la intervención sea posible. La respuesta debe tener en cuenta las preferencias de la persona y las funciones más importantes involucradas en la vida diaria, la relación entre la pérdida de dientes y la depresión necesita ser interpretada críticamente. En la Encuesta Nacional de Salud de Chile de adultos de diferentes edades, Ortuño y colaboradores encontraron una asociación con la depresión autoinformada, pero la estimación para la depresión sospechada en la entrevista diagnóstica abreviada CIDI-SF no fue estadísticamente robusta. Las dificultades para comer y hablar estaban entre las variables mediadoras.¹³ En personas mayores en Corea del Sur, Sung y sus colegas encontraron relaciones entre la salud oral autopercebida y los síntomas depresivos, siendo el principal hallazgo la mayor intensidad de los síntomas bucales en personas con depresión.¹⁴ La rehabilitación dental y el apoyo psicosocial pueden responder a áreas relacionadas con su propio campo, sin embargo, sus efectos deben ser evaluados en la experiencia concreta de la persona quien podría requerir del soporte de alguien más para acceder al cuidado de su salud bucal.

Garantizar el cuidado como responsabilidad pública

El sistema de salud, es el conjunto de esfuerzos organizados para proteger la salud y combatir las enfermedades de manera comunitaria. La distinción entre etapas del cuidado es una de las tareas del mencionado sistema que implica diferentes responsabilidades y trayectorias. La atención requiere servicios con conocimiento y capacidad de toma de decisiones para sostener un proceso continuo de ayuda. La clínica ampliada de Stolkiner y Ardila Gómez busca que los profesionales se especialicen y trabajen en equipo, por lo que propone la especialización y la interdisciplinariedad desde perspectivas de promoción de la dignidad y los derechos.³ Esto es lo que hace posible su implementación institucional: identifica necesidades, facilitar el acceso y examinar lo que sucede después de una derivación del paciente. Si una persona vuelve a enfrentar los mismos obstáculos, la coordinación administrativa no debe enredarla en más burocracia, si no debe ser más rápida y efectiva en términos de su acceso y atención.

Aunque la clínica tiene limitaciones para corregir las consecuencias de las desigualdades sociales, la responsabilidad del cuidado de la salud sigue siendo tarea de todos. El profesional podría abordar el problema, encontrar una solución y hacer visibles los obstáculos; la institución tiene que pagar por su servicio y continuidad hasta dar el alta; la política pública tiene que financiarlo y regularlo. Defender la atención como un derecho es asegurarse de que haya alivio y continuidad de funciones que van más allá de la rentabilidad de un servicio, dado que la protección de la salud es uno de los pilares de la generación de un estado, clasificado por la doctrina jurídica como derecho de segunda generación, sucedáneo y muy conectado al derecho a la vida que es un derecho de primera generación.

Se sugiere una financiación pública que garantice la prevención, el tratamiento y la rehabilitación, y gestionar la información de quién accede a ellas y qué necesidades permanecen insatisfechas. Contar consultas no funciona para obtener esa garantía, considerando el ciclo vital, la prevención también debe constar de una postura sobre los procesos que intervienen en la producción de enfermedades. Watt y colaboradores señalan la influencia de la industria azucarera en la política, la investigación y las organizaciones profesionales¹⁵, por eso el control y la transparencia de los conflictos de interés son importantes en el sistema de salud. Desde la visión de la prevención profunda de Jaime Breilh, se sugiere fortalecer los procesos protectores y transformar los destructivos. El compromiso político se vuelve más satisfactorio cuando identifica condiciones modificables y actores responsables, evitando el uso simplista del término “lo social” como explicación de cualquier resultado. Finalmente, los roles específicos del sistema de salud en cada etapa dependen de la atención y la financiación asignada para que su continuidad pueda lograrse. Adoptar una visión crítica es de importancia política, especialmente para analizar cómo repercuten estas decisiones en poblaciones desatendidas. Detener caminos impulsados por el daño estructural requiere la provisión de atención médica a personas que carecen de recursos económicos.

Referencias bibliográficas

1. Breilh J. *Epidemiología crítica y la salud de los pueblos. Ciencia ética y valiente en una civilización malsana*. Primera. Oxford University Press; 2023.
2. Abadía-Barrero CE, Martínez-Parra AG. Care and consumption: A Latin American social medicine's conceptual framework to comprehend oral health inequalities. *Glob Public Health*. 2017;12(10):1228-1241. doi:10.1080/17441692.2016.1171377
3. Stolkiner A, Ardila S. Conceptualizando la salud mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas. *Vertex B Aires Argent*. 2012;23:57-67.

4. Breilh J. *La triple carga; trabajo, práctica doméstica y procreación: deterioro prematuro de la mujer en el neoliberalismo*. CEAS; 1991. Accessed November 3, 2023. <http://repositorio.uasb.edu.ec/handle/10644/3554>
5. Pitts NB, Zero DT, Marsh PD, et al. Dental caries. *Nat Rev Dis Primer*. 2017;3(1):17030. doi:10.1038/nrdp.2017.30
6. Zaror C, Matamala-Santander A, Ferrer M, Rivera-Mendoza F, Espinoza-Espinoza G, Martínez-Zapata MJ. Impact of early childhood caries on oral health-related quality of life: A systematic review and meta-analysis. *Int J Dent Hyg*. 2022;20(1):120-135. doi:10.1111/idh.12494
7. Jural LA, Fagundes FA, Risso PDA, et al. Adverse Childhood Experiences and Oral Health of Children and Adolescents: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Trauma Violence Abuse*. 2025;26(5):971-990. doi:10.1177/15248380241297423
8. Tristão SKPC, Magno MB, Pintor AVB, et al. Is there a relationship between malocclusion and bullying? A systematic review. *Prog Orthod*. 2020;21(1):26. doi:10.1186/s40510-020-00323-7
9. Shaw WC, Richmond S, Kenealy PM, Kingdon A, Worthington H. A 20-year cohort study of health gain from orthodontic treatment: Psychological outcome. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2007;132(2):146-157. doi:10.1016/j.ajodo.2007.04.009
10. Kalaigian A, Chaffee BW. Mental Health and Oral Health in a Nationally Representative Cohort. *J Dent Res*. 2023;102(9):1007-1014. doi:10.1177/00220345231171108
11. González I, Montero J, Gómez Polo C, Pardal Peláez B. Evaluation of the relationship between bruxism and/or temporomandibular disorders and stress, anxiety, depression in adults: A systematic review and qualitative analysis. *J Dent*. 2025;156:105707. doi:10.1016/j.jdent.2025.105707
12. Teoh CXW, Thng M, Lau S, et al. Dry mouth effects from drugs used for depression, anxiety, schizophrenia and bipolar mood disorder in adults: systematic review. *BJPsych Open*. 2023;9(2):e53. doi:10.1192/bjo.2023.15
13. Ortuño D, Martínez C, Caneo C, et al. Tooth loss and depression in Chilean participants of the National Health Survey 2016–2017: Oral and social functions mediation analysis. *J Affect Disord*. 2024;358:19-27. doi:10.1016/j.jad.2024.05.010
14. Sung P, Zhang Y, Choi J. The Mediating Role of Formal Social Engagement in the Relationship Between Oral Health and Depressive Symptoms Among Older Adults in South Korea. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2025;40(5):e70085. doi:10.1002/gps.70085
15. Watt RG, Daly B, Allison P, et al. Ending the neglect of global oral health: time for radical action. *The Lancet*. 2019;394(10194):261-272. doi:10.1016/S0140-6736(19)31133-X