



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

TEMA:

**Factores asociados al desarrollo de glosodinia en pacientes
geriátricos.**

AUTORA:

García Álvarez, María Paula

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
ODONTÓLOGA**

TUTOR:

Dra. Cruz Moreira, Karla Elizabeth

**Guayaquil, Ecuador
8 de septiembre del 2026**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **García Álvarez, María Paula**, como requerimiento para la obtención del título de **Odontóloga**.

TUTOR (A)

f. *Karla Cruz M.*
Dra. Cruz Moreira, Karla Elizabeth

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____
Bermúdez Velásquez, Andrea Cecilia

Guayaquil, 8 de septiembre del 2026



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **García Álvarez, María Paula**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Factores asociados al desarrollo de glosodinia en pacientes geriátricos**, previo a la obtención del título de **Odontóloga**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 8 del mes de septiembre del año 2026

LA AUTORA

f. _____

García Álvarez, María Paula



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

AUTORIZACIÓN

Yo, **García Álvarez, María Paula**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Factores asociados al desarrollo de glosodinia en pacientes geriátricos**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 8 del mes de septiembre del año 2026

LA AUTORA:

f. _____

García Álvarez, María Paula



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ODONTOLOGÍA
REPORTE COMPILATIO



Informe de análisis

Compilatio Magister+ | UCSG-EC- Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

Factores asociados al desarrollo de Glosodinia en pacientes geriátricos

ID : f769b3c5cb44884efe7931035ef5257259d2b44e

Karla Cruz M.



0%

Textos sospechosos

Nombre del fichero : Factores asociados al desarrollo de Glosodinia en
pacientes geriátricos.txt

Tamaño del archivo original : 411,65 kB

Número de palabras : 5222

Depositante : María Paula García Álvarez

Autor : María Paula García Álvarez

Fecha de depósito : 5 de septiembre de 2026

Tipo de carga : url_submission

fecha de fin de análisis : 5 de septiembre de 2026



Resumen (sección 1/3)

TUTOR (A)

Karla Cruz M.

f. _____

Dra. Cruz Moreira, Karla Elizabeth

AGRADECIMIENTO

Agradezco infinitamente a Dios por todas sus bendiciones durante estos años, por permitirme poder estudiar, terminar la carrera, ayudar a mis pacientes y conocer gente maravillosa.

A mi mami, mi primera paciente, por confiar en mí, por sus mil sacrificios, por su amor y apoyo incondicional, por no dejarme sola y ser mi inspiración para seguir adelante, por motivarme a ser siempre una buena persona y ayudar desinteresadamente.

A mi abuela, por todo su apoyo, por sus palabras de aliento, por acompañarme en cada etapa de este proceso y darme los ánimos y la confianza necesaria para salir adelante.

A mis hermanos, Eduardo y Eduarda, gracias por darme los ánimos y la seguridad de hacer las cosas bien, por motivarme a ser mejor, y a darles un buen ejemplo.

A mi tía, a mis primos y a Tory, por convertirse en mi segundo hogar durante estos años. Gracias por recibirme con tanto amor, por su paciencia, compañía y por estar siempre dispuestos a ayudarme, especialmente en aquellos momentos en los que estar lejos de casa no fue fácil. Gracias por hacerme sentir acompañada y por brindarme un hogar al que siempre pude regresar, sin ustedes tampoco lo hubiera logrado.

De manera especial, a mi mejor amigo, el Dr. Naim Cedeño, quien no solo fue mi paciente durante nuestras primeras clínicas, sino también una persona fundamental en este camino, siempre dispuesto a acompañarme, orientarme y ayudarme. Gracias por confiar en mí, por estar a mi lado durante todo este proceso y por contribuir de una manera tan significativa a mi aprendizaje y formación profesional.

A mi amiga y compañera, Thais, gracias por tu amor, tus ánimos y tu apoyo durante estos años. Por cada desvelo estudiando juntas, por ser mi impulso cuando lo necesitaba y por permitirme ser el tuyo cuando tú lo necesitabas. Lo logramos y llegamos hasta aquí juntas, por eso, este logro es de las dos.

A mis amigos, Melanie, Derek, Jean, Karelly, Sebastián, Ariana, María, Nathaly, Diana, Belén y Carlitos, por estar para mí, por su cariño, apoyo y por acompañarme durante estos años. Gracias por hacer este camino más bonito y llevadero.

A la Dra. Karla Cruz Moreira, por su orientación y acompañamiento durante el desarrollo de esta investigación. Gracias por compartir sus conocimientos y por guiarme para poder culminar este trabajo de la mejor manera.

A todos los docentes que formaron parte de mi preparación profesional, gracias por los conocimientos, experiencias y enseñanzas que contribuyeron a mi crecimiento tanto académico como personal.

A todos mis pacientes, gracias por la confianza, la paciencia y la disposición que tuvieron conmigo durante mi formación. Cada uno de ustedes dejó una enseñanza y fue parte importante de mi crecimiento como profesional. Gracias por permitirme aprender, practicar y crecer a su lado; siempre llevaré conmigo el cariño y los recuerdos de esta etapa.

Y finalmente, a aquellas personas que, aunque no pudieron finalizar este camino a mi lado, fueron una parte importante de estos años. Gracias por haber compartido conmigo tantos momentos.

DEDICATORIA

A Dios, por guiarme y darme la fortaleza necesaria para llegar hasta aquí, por acompañarme en cada paso de este camino y permitirme cumplir una de mis metas más importantes.

A mi familia, por ser mi apoyo incondicional, por creer en mí incluso en los momentos en los que yo dudaba, por acompañarme durante cada etapa de este camino y por ser siempre mi lugar seguro. Este logro también es de ustedes, porque detrás de cada esfuerzo, cada sacrificio y cada meta cumplida, estuvo siempre su amor y apoyo.

Y a mí, por no rendirme, por seguir adelante incluso en los días difíciles y por haber llegado hasta aquí.



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____
(NOMBRES Y APELLIDOS)
DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. _____
(NOMBRES Y APELLIDOS)
COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____
(NOMBRES Y APELLIDOS)
OPONENTE



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

CALIFICACIÓN

TUTORA

Karla Cruz M.

f. _____

Dra. CRUZ MOREIRA KARLA ELIZABETH

RESUMEN

Introducción: La glosodinia es una condición de dolor orofacial crónico caracterizada por ardor y dolor persistente en la lengua, sin alteraciones clínicas evidentes que expliquen la sintomatología. Su origen multifactorial y la dificultad diagnóstica hacen necesario un abordaje integral, especialmente en adultos mayores institucionalizados. **Objetivo:** Determinar los factores asociados a la glosodinia en adultos mayores institucionalizados del Hogar Carlos Luis Plaza Dañín de Guayaquil. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio cuantitativo, observacional, analítico y transversal en 37 adultos mayores de 73 a 89 años. Se evaluaron variables sociodemográficas, sistémicas, farmacológicas, salivales, protésicas, linguales y psicológicas mediante historia clínica, examen intraoral, sialometría, prueba de KOH, Escala Visual Análoga y PHQ-4. **Resultados:** Se identificó glosodinia en 11 participantes (29,73%). La xerostomía presentó una mayor magnitud de asociación con glosodinia (OR=8,57; IC95%: 0,95–77,01), aunque sin significación estadística ($p=0,057$). No se encontraron asociaciones estadísticamente significativas con hiposalivación, enfermedades sistémicas, polifarmacia, prótesis removibles, alteraciones linguales, candidiasis, ansiedad o depresión. **Conclusiones:** La glosodinia estuvo presente en una proporción relevante de los adultos mayores evaluados. Se recomienda una valoración odontológica integral y estudios con muestras más amplias para determinar con mayor precisión sus factores asociados.

Palabras clave: Geriatria, Glosodinia, xerostomía, hiposalivación, estomatodinia, candidiasis

ABSTRACT

Introduction: Glossodynia is a chronic orofacial pain condition characterized by persistent burning and pain in the tongue, without evident clinical alterations explaining the symptoms. Its multifactorial nature and diagnostic difficulty require a comprehensive approach, especially in institutionalized older adults. **Objective:** To determine the factors associated with glossodynia in institutionalized older adults at the Carlos Luis Plaza Dañín Home in Guayaquil. **Materials and Methods:** A quantitative, observational, analytical, cross-sectional study was conducted in 37 older adults aged 73 to 89 years. Sociodemographic, systemic, pharmacological, salivary, prosthetic, lingual, and psychological variables were evaluated through clinical history, intraoral examination, sialometry, potassium hydroxide testing, Visual Analog Scale, and PHQ-4. **Results:** Glossodynia was identified in 11 participants (29.73%). Xerostomia showed a greater magnitude of association with glossodynia (OR=8.57; 95% CI: 0.95–77.01), although statistical significance was not reached ($p=0.057$). No statistically significant associations were found with hyposalivation, systemic diseases, polypharmacy, removable prostheses, tongue alterations, candidiasis, anxiety, or depression. **Conclusions:** Glossodynia was present in a relevant proportion of the older adults evaluated. Comprehensive dental assessment and studies with larger samples are recommended to determine its associated factors more precisely.

Keywords: Geriatrics, Glossodynia, Xerostomia, Hyposalivation, Stomatodynia, candidiasis.

INTRODUCCIÓN

La glosodinia es una condición de dolor orofacial crónico caracterizada por una sensación de ardor y dolor persistente en la lengua, en ausencia de alteraciones clínicas evidentes que justifiquen la sintomatología. Su diagnóstico representa un desafío clínico debido a que requiere la exclusión de alteraciones locales, sistémicas y neurológicas capaces de producir manifestaciones similares, por lo que una evaluación integral resulta fundamental para su identificación y manejo adecuado.¹⁻²

La frecuencia de la glosodinia presenta variaciones entre las investigaciones debido a las diferencias en los criterios diagnósticos empleados y en las características de las poblaciones estudiadas. Desde el punto de vista epidemiológico, la glosodinia evidencia una distribución heterogénea en la población general, con una prevalencia aproximada del 1,7% en estudios sistemáticos, y se estima entre un 0,7-15% de la población general, siendo más frecuente en las mujeres posmenopáusicas y en adultos mayores, población en la cual los cambios fisiológicos propios del envejecimiento pueden favorecer la aparición de alteraciones relacionadas con la sintomatología oral.

2-4

La etiología de la glosodinia continúa siendo compleja y no completamente esclarecida, debido a la interacción de diversos mecanismos biológicos y psicológicos. La evidencia científica actual sugiere la participación de alteraciones neuropáticas relacionadas con la percepción del dolor, cambios en la sensibilidad somatosensorial y factores emocionales como ansiedad y depresión, los cuales pueden influir en la intensidad y persistencia de las molestias orales.⁵⁻⁷

Entre los factores asociados a la presencia de glosodinia se encuentran las alteraciones en la producción salival, como la xerostomía. Por ejemplo, en un estudio poblacional realizado en Olmsted County, Minnesota, Estados Unidos, que incluyó 169 pacientes con Síndrome de ardor bucal (SBA), y ardor en la lengua se encontró xerostomía en el 33,7% de los casos.⁸ En adultos mayores, condiciones frecuentes como las enfermedades sistémicas pueden estar relacionadas con la aparición de estomatodinia, lo que incluye la lengua. En este contexto, un estudio realizado en 500 pacientes con estomatodinia reportó que el 84% presentaba alguna comorbilidad sistémica, siendo la hipertensión arterial la más frecuente, con un 49,8%.

⁹ La polifarmacia también constituye un factor importante, un estudio realizado en 80 pacientes con este síndrome encontró que el 35% consumía cinco o más

medicamentos, mientras que los pacientes de 65 años o más presentaron un promedio de siete medicamentos utilizados.¹⁰

Alteraciones de la mucosa oral como la candidiasis constituye un factor importante, un estudio realizado en 173 pacientes diagnosticados con Síndrome de ardor bucal (SBA), identificó la presencia de especies de *Candida* en el 21,4% de los casos, siendo *Candida albicans* la especie más frecuente, encontrada en el 16,2% de los pacientes.

¹¹ El uso de prótesis dentales también ha sido relacionado con el Síndrome de ardor bucal (SBA) y ardor lingual, en un estudio realizado en pacientes con esta patología, el 61,3% utilizaba prótesis removibles, de las cuales el 73,6% presentaba algún tipo de inadecuación. ¹² Todos estos factores evidencian el carácter multifactorial de esta condición.

Diversos estudios han descrito que factores hormonales y alteraciones en la función sensorial pueden estar relacionados con la aparición de glosodinia, la sintomatología de ardor y molestias orales parece ser más frecuente durante la transición menopáusica; se ha reportado una prevalencia de molestias orales del 43% en mujeres peri/posmenopáusicas, frente al 6% en mujeres premenopáusicas. ¹³ asimismo, la presencia constante de ardor oral puede afectar significativamente la calidad de vida, interfiriendo en actividades cotidianas como la alimentación, comunicación, descanso y bienestar emocional, lo que resalta la importancia de un abordaje integral del paciente. ¹⁴

A pesar de los avances en el conocimiento de la glosodinia, su diagnóstico y tratamiento continúan representando un reto debido a la variedad de factores involucrados y a la ausencia de un marcador específico que permita establecer su identificación definitiva. Además, la evidencia disponible sobre esta condición en adultos mayores institucionalizados continúa siendo limitada, especialmente en poblaciones latinoamericanas, por lo que resulta necesario investigar los factores asociados que pueden influir en su aparición y evolución clínica.¹⁴

Por lo anteriormente expuesto, el presente estudio tuvo como objetivo determinar los factores asociados a la glosodinia en adultos mayores institucionalizados del Hogar Carlos Luis Plaza Dañín de la ciudad de Guayaquil, con la finalidad de aportar evidencia científica que contribuya al conocimiento de esta condición y favorezca su identificación temprana dentro del área odontológica.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una investigación con enfoque cuantitativo, de tipo observacional, analítico, transversal y de campo, en la cual se evaluaron los factores asociados al desarrollo de glosodinia en adultos mayores residentes del Hogar Carlos Luis Plaza Dañín de la ciudad de Guayaquil durante los meses de junio y julio del 2026. El estudio permitió identificar la posible asociación entre variables sociodemográficas, clínicas y psicológicas con la presencia de glosodinia, sin manipular las variables de estudio.

El universo del estudio estuvo conformado por 41 adultos mayores residentes del Hogar Carlos Luis Plaza Dañín durante el período de ejecución de la investigación. La muestra estuvo constituida por 37 adultos mayores de ambos sexos, con edades comprendidas entre 73 y 89 años, quienes cumplieron con los criterios de inclusión establecidos: aceptar participar mediante la firma del consentimiento informado, aprobar la evaluación cognitiva Mini-Cog y presentar capacidad para colaborar durante la entrevista y el examen clínico. Se excluyeron aquellos adultos mayores ausentes durante la recolección de datos, con condiciones médicas que impidieron la evaluación clínica o que decidieron retirarse del estudio.

El procedimiento inició con la autorización de las autoridades del Hogar Carlos Luis Plaza Dañín para la ejecución de la investigación. Posteriormente, se explicó el objetivo del estudio a los participantes y a quienes aceptaron participar se les solicitó la firma del consentimiento informado. A continuación, se aplicó la prueba cognitiva Mini-Cog, incluyendo únicamente a los adultos mayores que aprobaron la evaluación cognitiva obteniendo un resultado de 4-5 puntos.

Posteriormente, se inició con la recolección de datos mediante una historia clínica estructurada, en la cual se registraron datos generales, las variables sociodemográficas, antecedentes de enfermedades sistémicas, uso de medicamentos y presencia de polifarmacia, hábitos, nivel de escolaridad y estado nutricional.

Luego se efectuó el examen clínico intraoral, esta exploración clínica se realizó utilizando guantes, mascarilla, gasas estériles, separador de lengua, y demás medidas de bioseguridad necesarias para la atención de los participantes. Se evaluaron tejidos blandos, la lengua y el uso de prótesis dentales, para identificar alteraciones linguales y signos clínicos sugestivos de candidiasis oral, en aquellos participantes con diagnóstico presuntivo de candidiasis se realizó el hisopado en el sitio de la lesión para posterior estudio microbiológico mediante examen directo con hidróxido de potasio

(KOH).

Se registró el uso y estado clínico de las prótesis dentales, la presencia de signos y síntomas relacionados con glosodinia y la sensación de boca seca. Asimismo, la intensidad del ardor lingual se evaluó mediante la Escala Visual Análoga (EVA), mientras que los síntomas de ansiedad y depresión se valoraron mediante el cuestionario PHQ-4. Finalmente se realizó la sialometría no estimulada y la sialometría estimulada con ácido cítrico, ambas durante cinco minutos cada una, culminando así la toma de datos.

Las variables registradas durante la investigación fueron: presencia de glosodinia, intensidad del ardor oral, xerostomía, candidiasis oral, alteraciones linguales, uso y estado de prótesis dentales, enfermedades sistémicas, polifarmacia, ansiedad, depresión, edad, sexo, nivel de escolaridad, hábitos y estado nutricional. Toda la información obtenida fue registrada en una historia clínica diseñada a manera de ficha de recolección de datos para la investigación.

Para el procesamiento de la información recolectada se utilizaron los programas Microsoft Excel y SPSS. Los datos fueron organizados, codificados y tabulados para realizar el análisis descriptivo. Posteriormente, se utilizaron tablas para la presentación de los resultados. Para el análisis bivariado se emplearon las pruebas de Chi-cuadrado de Pearson o exacta de Fisher, según correspondiera, y se calcularon OR crudos con intervalos de confianza del 95%. Debido al tamaño muestral reducido y a la presencia de frecuencias bajas o celdas con frecuencia cero en algunas variables categóricas, se reportaron OR crudos y, en los casos en que no fue posible estimar el OR, se indicó como no estimable (NE).

RESULTADOS

La población estudiada estuvo conformada por 37 adultos mayores del hogar Carlos Luis Plaza Dañin, con edades comprendidas entre 73 y 89 años, con una edad promedio de 80,03 años. En cuanto al sexo, 21 participantes fueron de sexo masculino (56,8%) y 16 de sexo femenino (43,2%). Respecto al nivel de escolaridad, predominó la educación secundaria con 26 participantes (70,3%), seguida de la educación primaria con 7 participantes (18,9%) y nivel universitario con 4 participantes (10,8%). (Tabla 1).

Tabla 1 Caracterización de los pacientes

Característica	Pacientes
Edad (años), mediana [rango intercuartil]	80,0 [80,0–85,0]
Grupo de edad n (%)	
70–79 años	16 (43,2)
≥80 años	21 (56,8)
Sexo n (%)	
Masculino	21 (56,8)
Femenino	16 (43,2)
Escolaridad n (%)	
Primaria	7 (18,9)
Secundaria	26 (70,3)
Universitaria	4 (10,8)
≥1 enfermedad sistémica n (%)	30 (81,1)
Hipertensión arterial	24 (64,9)
Diabetes mellitus	13 (35,1)
Uso de prótesis removible n (%)	10 (27,0)
Alteración lingual n (%)	14 (37,8)
Candidiasis clínica n (%)	11 (29,7)

En relación con la evaluación cognitiva, los 37 participantes (100%) obtuvieron una puntuación de 4 a 5 puntos en la prueba Mini-Cog, por lo que el total de la población fue clasificado sin deterioro cognitivo. Respecto al impacto de la salud oral evaluado mediante el OHIP-14, se observó un predominio de impacto bajo, presente en 36 participantes (97,30%), mientras que 1 participante (2,70%) presentó un impacto moderado.

En cuanto a los antecedentes médicos, la mayoría de los participantes presentó al menos una de las enfermedades sistémicas registradas. La hipertensión arterial fue la más frecuente (64,9%), seguida de la diabetes mellitus (35,1%), mientras que no se registraron casos de hipotiroidismo, anemia ni enfermedad renal crónica como antecedentes clínicos. En cuanto a la polifarmacia, 36 participantes (97,30%) no

presentaron polifarmacia, al consumir menos de cinco medicamentos, mientras que 1 participante (2,70%) presentó polifarmacia, correspondiente al consumo de cinco o más medicamentos. Dentro de las familias farmacológicas registradas, los antihipertensivos fueron los medicamentos más frecuentes, identificados en 14 participantes (37,84%). Los antidiabéticos y las vitaminas o suplementos fueron registrados en 4 participantes cada uno (10,81%). Por otra parte, los antiácidos, sedantes, antiparkinsonianos, diuréticos tiazídicos y anestésicos generales fueron registrados en 1 participante (2,70%) cada uno. No se evidenció asociación estadísticamente significativa entre la presencia de glosodinia y la polifarmacia ($p=0,297$), la presencia de al menos una enfermedad sistémica ($p=0,080$), la hipertensión arterial ($OR=1,67$; $IC95\%$: 0,36–7,81; $p=0,711$) ni la diabetes mellitus ($OR=1,88$; $IC95\%$: 0,44–7,99; $p=0,465$) (**Tabla 2**).

TABLA 2. Asociación entre polifarmacia, enfermedades sistémicas y presencia de glosodinia

Variable	Categoría	Sin glosodinia (n=26; 70,27%)	Con glosodinia (n=11; 29,73%)	OR crudo (IC95 %)	p
Polifarmacia	No	26 (100,0)	10 (90,9)	5,20 (0,16–167,48)	0,297
	Sí	0 (0,0)	1 (9,1)		
≥1 enfermedad sistémica	No	7 (26,9)	0 (0,0)	NE	0,080
	Sí	19 (73,1)	11 (100,0)		
Hipertensión arterial	No	10 (38,5)	3 (27,3)	1,67 (0,36–7,81)	0,711
	Sí	16 (61,5)	8 (72,7)		
Diabetes mellitus	No	18 (69,2)	6 (54,5)	1,88 (0,44–7,99)	0,465
	Sí	8 (30,8)	5 (45,5)		

OR: odds ratio; **IC95 %:** intervalo de confianza del 95 %; **NE:** OR no estimable debido a la presencia de una celda con frecuencia cero. Los porcentajes se calcularon dentro de cada grupo de presencia o ausencia de glosodinia. Se utilizó la prueba exacta de Fisher bilateral. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p<0,05$. La glosodinia correspondió exclusivamente a ardor o dolor localizado en la lengua.

En relación con los hábitos tóxicos, 29 participantes (78,38%) indicaron que nunca habían fumado o no consumían tabaco, mientras que 8 participantes (21,62%) fueron clasificados como exfumadores. Respecto al consumo de alcohol, 23 participantes (62,16%) indicaron que nunca habían consumido o no consumían alcohol, mientras que 14 participantes (37,84%) correspondieron a la categoría de consumo ocasional o habían consumido anteriormente.

En cuanto a la presencia de ardor o dolor bucal, 24 participantes (64,86 %) manifestaron esta sintomatología. De ellos, 11 (45,83%) presentaron glosodinia y 13 (54,17 %) presentaron estomatodinia, correspondiente a ardor o dolor localizado en múltiples sitios. Respecto al tiempo de evolución del ardor, 16 participantes (66,67%) presentaron una evolución mayor a seis meses, mientras que 4 (16,67%) la presentaron entre tres y seis meses y 4 (16,67 %) durante un período menor a tres meses. La intensidad del ardor presentó una mediana de 4,0 puntos en la EVA (RIC=1,0; rango: 2–6 puntos). Adicionalmente, 33 participantes (89,19 %) manifestaron disgeusia.

Respecto a la sensación subjetiva de xerostomía, 24 participantes (64,86 %) manifestaron sentir la boca seca frecuentemente, mientras que 13 participantes (35,14 %) no presentaron esta sensación. En el análisis de glosodinia, la xerostomía frecuente mostró una mayor magnitud de asociación con esta condición (OR=8,57; IC95 %: 0,95–77,01); sin embargo, no alcanzó significación estadística ($p=0,057$).

Al valorar la cantidad del flujo salival mediante sialometría, el resultado del examen del flujo salival no estimulado fue normal en 25 participantes (67,57 %), mientras que 12 participantes (32,43 %) presentaron hiposalivación. En cuanto al flujo salival estimulado, 30 participantes (81,08 %) presentaron valores normales, mientras que 7 (18,92%) presentaron hiposalivación. Al analizar su relación con la glosodinia, la hiposalivación en la sialometría no estimulada no mostró una asociación estadísticamente significativa (OR=2,26; IC95 %: 0,52–9,83; $p=0,443$). De igual manera, la hiposalivación en la sialometría estimulada no mostró una asociación estadísticamente significativa con la glosodinia (OR=0,93; IC95 %: 0,15–5,74; $p=1,000$) (**Tabla 3**).

TABLA 3. Asociación entre xerostomía, hiposalivación y presencia de glosodinia

Variable	Categoría	Sin glosodinia (n=26; 70,27%)	Con glosodinia (n=11; 29,73%)	OR (IC95 %)	crudo p
Xerostomía frecuente	No	12 (46,2)	1 (9,1)	8,57 (0,95–77,01)	0,057
	Sí	14 (53,8)	10 (90,9)		
Hiposalivación no estimulada	Normal	19 (73,1)	6 (54,5)	2,26 (0,52–9,83)	0,443
	Hiposalivación	7 (26,9)	5 (45,5)		
Hiposalivación	Normal	21 (80,8)	9 (81,8)	0,93	1,000

estimulada		(0,15–5,74)
Hiposalivación	5 (19,2)	2 (18,2)

OR: odds ratio; IC95 %: intervalo de confianza del 95 %. Los porcentajes se calcularon dentro de cada grupo de presencia o ausencia de glosodinia. Para el análisis de la función salival, la categoría hiposalivación incluyó hiposalivación y flujo bajo/disminuido, frente al flujo salival normal. Se utilizó la prueba exacta de Fisher bilateral. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$.

En relación con el uso de prótesis removibles, 27 participantes (72,97%) no utilizaban prótesis removibles. Entre quienes utilizaban prótesis, 6 (16,22 %) utilizaban prótesis total superior, 3 (8,11 %) utilizaban prótesis parcial superior y 1 (2,70 %) utilizaba prótesis total inferior. No se registraron participantes con prótesis removibles en ambas arcadas. En cuanto al estado de las prótesis, de los 10 participantes portadores de aparatología removable, 9 presentaron prótesis inadecuadas y 1 presentó una prótesis adecuada. No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el uso de prótesis removable y la presencia de glosodinia ($OR=3,50$; IC95 %: 0,75–16,26; $p=0,125$). Entre los 10 participantes portadores de la aparatología removable, tampoco se evidenció una asociación estadísticamente significativa entre el estado de la prótesis y la presencia de glosodinia ($p=1,000$). Este resultado debe interpretarse con cautela debido al reducido número de participantes con prótesis removibles y a la distribución desigual del estado protésico, ya que solo una prótesis fue clasificada como adecuada (**Tabla 4**).

En relación con las alteraciones de la lengua, 23 participantes (62,16%) no presentaron alteraciones linguales notables, mientras que 14 participantes (37,84 %) presentaron lengua fisurada. No se evidenció una asociación estadísticamente significativa entre las alteraciones linguales y la presencia de glosodinia ($OR=2,70$; IC95 %: 0,63–11,51; $p=0,268$). Respecto a la presencia de candidiasis oral, se identificaron 11 participantes (29,73 %) con sospecha clínica, a quienes se les realizó el estudio microbiológico mediante KOH. De estos, 6 (54,55 %) obtuvieron un resultado positivo y 5 (45,45 %) un resultado negativo. Asimismo, la candidiasis clínica no mostró una asociación estadísticamente significativa con la glosodinia ($OR=2,78$; IC95 %: 0,62–12,41; $p=0,244$) (**Tabla 4**).

TABLA 4. Relación de las alteraciones linguales, candidiasis oral y características protésicas con la presencia de glosodinia

Variable	Categoría	Sin glosodinia (n=26; 70,27%)	Con glosodinia (n=11; 29,73%)	OR crudo (IC95 %)	p
Alteración lingual	No	18 (69,2)	5 (45,5)	2,70 (0,63–11,51)	0,268
	Sí	8 (30,8)	6 (54,5)		
Candidiasis clínica	No	20 (76,9)	6 (54,5)	2,78 (0,62–12,41)	0,244
	Sí	6 (23,1)	5 (45,5)		
Uso de prótesis removable	No	21 (80,8)	6 (54,5)	3,50 (0,75–16,26)	0,125
	Sí	5 (19,2)	5 (45,5)		
Estado de la prótesis*	Adecuada	1 (20,0)	0 (0,0)	NE	1,000
	Inadecuada	4 (80,0)	5 (100,0)		

OR: odds ratio; IC95 %: intervalo de confianza del 95 %; NE: OR convencional no estimable debido a la presencia de una celda con frecuencia cero. Los porcentajes se calcularon dentro de cada grupo de presencia o ausencia de glosodinia. La alteración lingual registrada correspondió a lengua fisurada. El estado de la prótesis se analizó exclusivamente entre los usuarios de prótesis removibles (n=10). Se utilizó la prueba exacta de Fisher bilateral. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$. *Análisis restringido a los participantes que utilizaban prótesis removibles.

En relación con la evaluación de ansiedad y depresión mediante el PHQ-4, las puntuaciones correspondientes a ansiedad y depresión no mostraron diferencias estadísticamente significativas según la presencia de glosodinia. En ansiedad, los participantes sin glosodinia presentaron una mediana de 2,00 puntos [P25–P75: 2,00–3,00], frente a 2,00 [1,00–3,00] entre quienes presentaron glosodinia ($p=0,958$). De igual manera, la puntuación de depresión presentó una mediana de 2,00 puntos [P25–P75: 2,00–2,00] en los participantes sin glosodinia y de 2,00 [2,00–2,50] en aquellos con glosodinia ($p=0,729$). Al aplicar el punto de corte de 3 puntos para el tamizaje, 15 participantes (40,5 %) presentaron tamizaje positivo para ansiedad y 9 (24,3 %) para depresión. El tamizaje positivo para ansiedad se observó en 10 participantes (38,5 %) sin glosodinia y en 5 (45,5 %) con glosodinia, sin encontrarse asociación estadísticamente significativa ($p=0,692$). Para depresión, el tamizaje positivo correspondió a 6 participantes (23,1%) sin glosodinia y 3 (27,3%) con glosodinia, sin evidenciarse asociación estadísticamente significativa ($p=1,000$) (Tabla 5).

TABLA 5. Puntuaciones de ansiedad y depresión según presencia de glosodinia

Variable	Sin glosodinia (n=26; 70,27%)	Con glosodinia (n=11; 29,73%)	p
Ansiedad, GAD-2	2,00 [2,00–3,00]	2,00 [1,00–3,00]	0,95 8
Depresión , PHQ-2	2,00 [2,00–2,00]	2,00 [2,00–2,50]	0,72 9

Los datos se presentan como mediana [P25–P75]. Las puntuaciones de ansiedad y depresión se compararon mediante la prueba U d Mann–Whitney bilateral. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$.

DISCUSIÓN

Se evaluaron 37 adultos mayores, observándose un ligero predominio del sexo masculino; sin embargo, la mayor prevalencia de glosodinia se presentó en mujeres, a pesar de que estas estuvieron representadas en menor proporción. Debido a la escasa evidencia científica disponible sobre la glosodinia específicamente en adultos mayores, no fue posible establecer comparaciones directas con respecto al sexo y grupo etario. En este sentido, **Lima-Souza et al.**, mediante una revisión sistemática y metaanálisis que incluyó 41 estudios sobre estomatodinia, reportaron un predominio del sexo femenino y una mayor frecuencia de esta condición en determinados grupos etarios.¹⁵

En cuanto a las enfermedades sistémicas y la polifarmacia, no se encontró una asociación significativa con la presencia de glosodinia. De igual manera, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus no presentaron una relación estadísticamente significativa. Estos resultados difieren de lo descrito en algunos estudios, donde se han relacionado diferentes enfermedades sistémicas y el uso de medicamentos con el SBA.¹⁴ Asimismo, **Chiang, Chien y Wu** encontraron una asociación entre el uso de múltiples medicamentos y una mayor probabilidad de presentar SBA en pacientes adultos mayores.¹⁶ La ausencia de asociación podría explicarse por la limitada representación de participantes con polifarmacia y por las diferencias en las condiciones evaluadas. Además, debe considerarse que los estudios comparativos abordaron el síndrome de boca ardiente (SBA), mientras que

la presente investigación se centró en la glosodinia, lo que podría contribuir a las diferencias observadas.

En los participantes incluidos, 24 manifestaron ardor o dolor bucal, 11 (45,83%) presentaron glosodinia y 13 (54,17 %) estomatodinia. Esta diferenciación según la localización de la sintomatología resulta relevante, ya que la literatura ha utilizado ambos términos para describir manifestaciones del ardor oral.¹⁷ **Redinova et al.** estudiaron 408 pacientes con sintomatología de ardor bucal y encontraron que el 58,0 % presentaba glosodinia, mientras que otros casos correspondían a alteraciones de la mucosa, intolerancia a materiales protésicos o patología combinada.¹⁸

Los autores señalaron que la glosodinia constituye una entidad clínica diferenciable, a pesar de compartir características con otras formas de ardor bucal.¹⁸ En comparación con estos resultados, se observó una menor proporción de glosodinia (45,83 %). Esta diferencia podría atribuirse a variaciones en los criterios diagnósticos y en la valoración clínica empleada.

La xerostomía se presentó en más de la mitad de los adultos mayores que residían en este centro gerontológico. En el análisis de glosodinia, se observó una mayor frecuencia de xerostomía entre los participantes con esta condición; sin embargo, la asociación no alcanzó significación estadística (OR=8,57; IC95 %: 0,95–77,01; p=0,057). **Sangalli et al.**, en un estudio realizado en pacientes con glosodinia, encontraron xerostomía en el 77,6 % e hiposalivación en el 65,4 % de los participantes.¹⁹ La frecuencia observada fue del 64,86 %, ligeramente inferior a la reportada por estos autores. Esta diferencia podría explicarse por la variabilidad en la percepción de la sequedad bucal y por la influencia de factores que pueden modificar la experiencia subjetiva de xerostomía en los adultos mayores.

Entre los hallazgos obtenidos, se observó una mayor frecuencia de glosodinia entre los pacientes que presentaban prótesis inadecuadas. En este sentido, **Thoppay y Desai** señalan que las prótesis mal adaptadas pueden generar fricción sobre la mucosa oral y ocasionar molestias, incluida la sensación de ardor.²⁰ No obstante, la baja representación de participantes portadores de prótesis y la distribución del estado protésico podrían haber limitado la identificación de una asociación con la glosodinia. La alteración lingual más frecuente fue la lengua fisurada; sin embargo, no se evidenció una asociación estadísticamente significativa con la glosodinia. Estos resultados deben interpretarse con cautela, ya que la literatura disponible ha descrito una relación entre las alteraciones linguales y la presencia de ardor oral. **Feil y**

Filippi observaron que la frecuencia y severidad de la lengua fisurada aumentaban con la edad y encontraron una correlación positiva con el ardor oral.²¹ **Por su parte, Ching et al.** reportaron una mayor frecuencia de lengua geográfica y lengua fisurada en pacientes con síndrome de boca ardiente (SBA).²² Esta discrepancia podría estar relacionada con las diferencias en la definición de las condiciones evaluadas, los criterios diagnósticos y la valoración clínica empleada en cada investigación.

Jankovskis y Selga reportaron la presencia de candidiasis en el 21,4% de los pacientes con SBA; sin embargo, no encontraron una asociación significativa entre la infección y la intensidad del ardor.¹¹ En la literatura revisada no se identificaron estudios que analizaran específicamente la relación entre candidiasis y glosodinia. Respecto a la candidiasis confirmada mediante KOH, de los 11 participantes con sospecha clínica evaluados, 6 (54,55 %) obtuvieron un resultado positivo, por lo que el reducido número de casos confirmados no permite establecer conclusiones firmes sobre su posible relación con la glosodinia. Serían necesarios estudios con un mayor número de casos confirmados para evaluar esta asociación.

En relación con la ansiedad y la depresión, no se encontró una asociación estadísticamente significativa con la presencia de glosodinia. No se identificaron estudios que evaluaran específicamente esta relación en pacientes con glosodinia; sin embargo, **Dibello et al.** reportaron una asociación entre el síndrome de ardor bucal (SBA) y los trastornos de ansiedad, mientras que la relación con la depresión fue menor.²³ La baja frecuencia de sintomatología depresiva observada en nuestra población podría estar relacionada con factores sociales y de acompañamiento propios de los adultos mayores evaluados. La evidencia señala que un mayor apoyo social y familiar, así como una mayor interacción con familiares y amigos, se asocian con menores síntomas depresivos en adultos mayores.²⁴ Asimismo, en adultos mayores institucionalizados, las visitas familiares se han relacionado con menores niveles de depresión, por lo que el acompañamiento y la interacción social podrían haber contribuido al bienestar emocional de los participantes de nuestro estudio.²⁵

Finalmente, el tamaño muestral reducido y la baja frecuencia de eventos en algunas categorías limitaron la realización de un análisis multivariable con estimaciones de OR ajustados estables. Por ello, los resultados de asociación deben interpretarse con cautela.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Se concluyó que la glosodinia estuvo presente en 11 de los 37 adultos mayores evaluados, con mayor frecuencia en mujeres. La xerostomía presentó una mayor magnitud de asociación con la glosodinia, aunque sin significación estadística. No se encontraron asociaciones estadísticamente significativas con hiposalivación, enfermedades sistémicas, polifarmacia, prótesis removibles, alteraciones linguales, candidiasis, ansiedad o depresión. Se recomienda fortalecer la evaluación odontológica integral de los adultos mayores, especialmente de la función salival, lengua, mucosa oral y prótesis, así como realizar estudios con muestras más amplias que permitan determinar con mayor precisión los factores asociados a la glosodinia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tan HL, Renton T. Burning mouth syndrome: an update. *Cephalalgia Reports*. 2020;3(1):1-8. doi:10.1177/2515816320970143.
2. Orliaguet M, Misery L. Neuropathic and psychogenic components of burning mouth syndrome: a systematic review. *Biomolecules*. 2021;11(8):1237. doi:10.3390/biom11081237.
3. Ozasa K, Noma N, Young A, Korczeniewska OA, Eliav E, Imamura Y. Potential differences in somatosensory function during premenopause and early and late postmenopause in patients with burning mouth syndrome: an observational case-control study. *J Dent Sci*. 2022;17(1):399-406. doi:10.1016/j.jds.2021.08.010
4. Burdo P, Pasqualone R, Ferati A, Sozzi M, Meuli C, Varvara G. Burning mouth syndrome: review of current and emerging therapeutic strategies. *Oral*. 2026;6(2):46. doi:10.3390/oral6020046.
5. Kong MS, Kim MJ, Kim YY, Chang JY, Kho HS. Clinical characteristics and salivary biomarkers of burning mouth syndrome. *Oral Dis*. 2024;30(5):5360-5369. doi:10.1111/odi.14959. SIETE
6. Burdo P, Pasqualone R, Ferati A, Sozzi M, Meuli C, Varvara G. Burning mouth syndrome: review of current and emerging therapeutic strategies. *Oral*. 2026;6(2):46. doi:10.3390/oral6020046. OCHO
7. Imamura Y, Okada-Ogawa A, Noma N, Shinozaki T, Watanabe K, Kohashi R, et al. A perspective from experimental studies of burning mouth syndrome. *J Oral Sci*. 2020;62(2):165-169. doi:10.2334/josnurd.19-0459. NUEVE
8. Kohorst JJ, Bruce AJ, Torgerson RR, Schenck LA, Davis MDP. A population-based study of the incidence of burning mouth syndrome. *Mayo Clin Proc*. 2014;89(11):1545-1552. doi:10.1016/j.mayocp.2014.05.018.
9. Adamo D, Calabria E, Canfora F, Coppola N, Pecoraro G, D'Aniello L, et al. Burning mouth syndrome: analysis of diagnostic delay in 500 patients. *Oral Dis*. 2024;30(3):1543-1554. doi:10.1111/odi.14553.
10. Wu YH, Chiang CP. Association of medications with burning mouth syndrome in Taiwanese aged patients. *J Dent Sci*. 2023;18(2):833-839. doi:10.1016/j.jds.2023.01.009.

11. Jankovskis V, Selga G. Candidiasis and other bacterial infections among patients diagnosed with burning mouth syndrome. *Medicina (Kaunas)*. 2022;58(8):1029. doi:10.3390/medicina58081029.
12. Cavalcanti DR, Birman EG, Migliari DA, da Silveira FRX. Burning mouth syndrome: clinical profile of Brazilian patients and oral carriage of *Candida* species. *Braz Dent J*. 2007;18(4):341-345. doi:10.1590/S0103-64402007000400013.
13. Ciesielska A, Kusiak A, Ossowska A, Grzybowska ME. Changes in the oral cavity in menopausal women—A narrative review. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(1):253. doi:10.3390/ijerph19010253
14. Adamo D, Spagnuolo G. Burning mouth syndrome: an overview and future perspectives. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(1):682. doi:10.3390/ijerph20010682
15. de Lima-Souza RA, Pérez-de-Oliveira ME, Normando AGC, Louredo BVR, Mariano FV, Farag AM, et al. Clinical and epidemiological profile of burning mouth syndrome patients following the International Headache Society classification: a systematic review and meta-analysis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. 2024;137(2):119-135. doi:10.1016/j.oooo.2023.10.002.
16. Chiang CP, Chien CC, Wu YH. Increased medications in the aged patients with burning mouth syndrome: A potentially overlooked risk factor. *J Dent Sci*. 2025;20(4):2245-2249. doi:10.1016/j.jds.2025.06.008.
17. Vellappally S. Burning mouth syndrome: a review of the etiopathologic factors and management. *J Contemp Dent Pract*. 2016;17(2):171-176. doi:10.5005/jp-journals-10024-1822.
18. Redinova TL, Redinov IS, Val'kov VA, Zlobina OA, Kozhevnikov SV. Glossodynia or burning mouth syndrome: equivalence or difference. *Stomatologiya (Mosk)*. 2014;93(4):15-19.
19. Sangalli L, Eldomiaty W, Miller CS. Xerogenic medications may contribute to decreased unstimulated salivary flow in patients with oral burning and/or gastro-esophageal reflux disease. *Front Dent Med*. 2023;4:1047235. doi:10.3389/fdmed.2023.1047235.
20. Thoppay J, Desai B. Oral burning: local and systemic connection for a patient-centric approach. *EPMA J*. 2019;10(1):1-11. doi:10.1007/s13167-018-0157-3.
21. Feil ND, Filippi A. Frequency of fissured tongue (lingua plicata) as a function of age. *Swiss Dent J*. 2016;126(10):886-897. doi:10.61872/sdj-2016-10-204.

22. Ching V, Grushka M, Darling M, Su N. Increased prevalence of geographic tongue in burning mouth complaints: a retrospective study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2012;114(4):444-448.
doi:10.1016/j.oooo.2012.04.006.
23. Dibello V, Ballini A, Lozupone M, Custodero C, Cantore S, Sardone R, et al. Exploring the association of burning mouth syndrome with depressive and anxiety disorders in middle-aged and older adults: a systematic review. *J Pers Med.* 2023;13(6):1014. doi:10.3390/jpm13061014.
24. Tengku Mohd TAM, Yunus RM, Hairi F, Hairi NN, Choo WY. Social support and depression among community dwelling older adults in Asia: a systematic review. *BMJ Open.* 2019;9(7):e026667.
doi:10.1136/bmjopen-2018-026667.
25. Tan JDL, Maneze D, Montayre J, Ramjan LM, Wang D, Salamonson Y. Family visits and depression among residential aged care residents: an integrative review. *Int J Nurs Stud.* 2023;146:104568. doi:10.1016/j.ijnurstu.2023.104568.

ANEXOS

Lengua fisurada Fuente: Paula
García



Lengua fisurada Fuente: Paula
García



Lengua fisurada Fuente: Paula
García







**Presidencia
de la República
del Ecuador**



**Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes**



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **García Álvarez, María Paula** con C.C: # **1312535253** autora del trabajo de titulación: **Factores asociados al desarrollo de glosodinia en pacientes geriátricos** previo a la obtención del título de **Odontóloga** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 8 de septiembre del 2026

f. _____

Nombre: **García Álvarez, María Paula**
C.C: **1312535253**

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Factores asociados al desarrollo de glosodinia en pacientes geriátricos.		
AUTOR(ES)	García Álvarez, María Paula		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Dra. Cruz Moreira, Karla Elizabeth		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias de la salud		
CARRERA:	Odontología		
TÍTULO OBTENIDO:	Odontóloga		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	8 de septiembre del 2026	No. DE PÁGINAS:	18
ÁREAS TEMÁTICAS:	Patología, Candidiasis Bucal, Salud Bucal, Hiposalivación.		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Geriatría, Glosodinia, Xerostomía, Hiposalivación, Estomatodinia, Candidiasis.		

Resumen:

Introducción: La glosodinia es una condición de dolor orofacial crónico caracterizada por ardor y dolor persistente en la lengua, sin alteraciones clínicas evidentes que expliquen la sintomatología. Su origen multifactorial y la dificultad diagnóstica hacen necesario un abordaje integral, especialmente en adultos mayores institucionalizados. **Objetivo:** Determinar los factores asociados a la glosodinia en adultos mayores institucionalizados del Hogar Carlos Luis Plaza Dañín de Guayaquil. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio cuantitativo, observacional, analítico y transversal en 37 adultos mayores de 73 a 89 años. Se evaluaron variables sociodemográficas, sistémicas, farmacológicas, salivales, protésicas, linguales y psicológicas mediante historia clínica, examen intraoral, sialometría, prueba de KOH, Escala Visual Análoga y PHQ-4. **Resultados:** Se identificó glosodinia en 11 participantes (29,73%). La xerostomía presentó una mayor magnitud de asociación con glosodinia (OR=8,57; IC95%: 0,95–77,01), aunque sin significación estadística (p=0,057). No se encontraron asociaciones estadísticamente significativas con hiposalivación, enfermedades sistémicas, polifarmacia, prótesis removibles, alteraciones linguales, candidiasis, ansiedad o depresión. **Conclusiones:** La glosodinia estuvo presente en una proporción relevante de los adultos mayores evaluados. Se recomienda una valoración odontológica integral y estudios con muestras más amplias para determinar con mayor precisión sus factores asociados.

ADJUNTO PDF:	☒ SI	☐ NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0939162297	E-mail: paula.garal1503@gmail.com
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Ocampo Poma Estefanía Del Rocío	
	Teléfono: 0 99 675 7081	
	E-mail: estefania.ocampo@cu.ucsg.edu.ec	

SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA

Nº. DE REGISTRO (en base a datos):	
Nº. DE CLASIFICACIÓN:	
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):	