

Los factores psicológicos en el trastorno temporomandibular

Yolanda Andreu, María José Galdón, Estrella Durá y Maite Ferrando¹
Universidad de Valencia

Este trabajo analiza el estado actual de la investigación sobre el papel de los factores psicológicos en los trastornos temporomandibulares. Se considera la problemática asociada a la manifestación clínica y criterios diagnósticos de estos trastornos, así como los diferentes planteamientos en torno a su etiología. El artículo incluye los principales hallazgos encontrados sobre la contribución de los factores psicológicos en los trastornos temporomandibulares, describiendo los problemas metodológicos en este campo. Entre estos resultados se analiza la evidencia respecto a la hipótesis psicofisiológica —que relaciona el estrés con la etiología de los trastornos temporomandibulares—; se destaca la existencia de mayores niveles de psicopatología en pacientes temporomandibulares, fundamentalmente en el subtipo muscular; y, finalmente, se considera la contribución de los factores psicológicos cuando los trastornos temporomandibulares se analizan desde la perspectiva del dolor crónico.

Psychological factors in temporomandibular disorder. This paper discusses the current situation of the research about the role of psychological factors in temporomandibular disorders. It is considered the controversy related to the clinical manifestation and diagnostic criteria of these disorders and the different approaches to their etiology. The article includes the more important results found in the research about the role of psychological factors in temporomandibular disorders are commented, describing the methodological problems in this field. Between these results, we analyze the evidence regarding to the psychophysiological hypothesis —that relates stress to the temporomandibular disorders etiology—; it is pointed out the existence of higher levels of psychopathology in temporomandibular disorder patients, specially in the muscular subtype; and finally, it is considered the contribution of psychological factors when the temporomandibular disorder is analyzed from the chronic pain approach.

Trastorno temporomandibular: epidemiología, etiología y criterios diagnósticos

El término «temporomandibular disorders» —trastornos temporomandibulares (TTM)— engloba las disfunciones de la articulación temporomandibular, así como las alteraciones funcionales del sistema masticatorio. Los TTM suponen un problema significativo en el ámbito de la salud pública: un 93% de la población general presenta algún síntoma del trastorno, mientras que entre el 5% y el 13% muestran sintomatología clínicamente significativa (Carlsson, 1999). En función del género, el porcentaje de mujeres es considerablemente mayor que el de hombres, situándose en torno al 70-90% (Carlsson, 1999); asimismo, los datos indican que las pacientes femeninas presentan sintomatología más frecuente y de mayor gravedad, así como mayor tendencia a la cronicidad. Cabe destacar, con todo, la dificultad que entraña establecer la prevalencia e incidencia de los TTM debido a la diversidad de criterios diagnósticos utilizados en los distintos estudios epidemiológicos.

En cuanto a la etiología del trastorno, los primeros planteamientos teóricos se centraron en la búsqueda de una etiología es-

tructural, partiendo de la hipótesis de que la oclusión alterada era el precursor del mal funcionamiento de la articulación temporomandibular, así como de los músculos asociados (Mc Neill, 1997). Sin embargo, pese a la relevancia teórica que los factores oclusales han tenido durante años en el estudio de los TTM, los resultados empíricos son contradictorios, quizá porque en la mayoría de los trabajos se ha adoptado una perspectiva estática de la oclusión (es decir, el análisis de las características anatómicas, excluyendo el movimiento masticatorio). La consideración de las relaciones dinámicas oclusales, en estudios más recientes, ha dado lugar a hallazgos más prometedores, aunque éstos sólo permiten dar cuenta de un número limitado de casos (Pullinger y Seligman, 2000). A partir de la década de los 50, una serie de autores (p.e., Laskin, 1969) comenzaron a defender la naturaleza factorial de la disfunción mandibular, otorgando especial relevancia al estrés y al estado psicológico en la etiología del trastorno. Finalmente, otros factores han sido considerados en la etiología, dada su prevalencia en pacientes con TTM: la existencia previa de un traumatismo agudo, el desarrollo de una enfermedad degenerativa articular, y aquellos elementos que provocan sobrecarga funcional mandibular —p.ej., los hábitos parafuncionales o el bruxismo— (Laskin, 1995). Con todo, la relación entre estos factores y el trastorno es parcial, ya que únicamente pueden explicar por sí solos un porcentaje limitado de los casos. En esta línea, las últimas formulaciones optan por considerar una etiología multifactorial de los TTM donde los factores contribuyentes, así como el peso de los mismos, varían en función de cada paciente (Moulin, 1999).

La existencia de una etiología multifactorial, así como la heterogeneidad de la sintomatología que se agrupa bajo el término «trastorno temporomandibular», ha dificultado el avance de la investigación en este campo. Desde los primeros trabajos empíricos realizados en la década de los 50, ha sido constante la carencia de consenso respecto a los criterios diagnósticos y de clasificación en los TTM. En 1996, la «National Institutes of Health Technology Assessment Conference Statement: management of temporomandibular disorders», llevó a cabo una propuesta de definición y presentación clínica del trastorno, basándose en las líneas establecidas por la *American Academy of Orofacial Pain (AAOP)*. Según esta propuesta, las disfunciones temporomandibulares se consideran un subtipo de los trastornos músculo-esqueléticos, en los que están implicados los músculos masticatorios, la articulación temporomandibular, o ambos. En cuanto a su presentación clínica, el trastorno temporomandibular cursa con dolor espontáneo a la masticación o a la palpación en el área preauricular o en los músculos masticatorios, también pueden presentarse limitaciones en los movimientos mandibulares (llegando incluso al bloqueo), y sonidos articulares. Otras quejas menos frecuentemente asociadas son dolores de cabeza y oídos, dolor orofacial, hipertrofia muscular masticatoria y desgaste oclusal anormal.

En esta línea, la publicación en 1992 del trabajo de Dworkin y Le Resche «Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders: Review, Criteria, Examinations and Specifications, Critique» supuso un hito importante en la delimitación de los TTM. Estos autores proponen un modelo de historia clínica y de exploración odontológica que recoge, además de variables demográficas y características físicas, todos los aspectos que se consideran relevantes para el diagnóstico de estos trastornos, articulados en torno a dos ejes. El primer eje (Eje I) abarca las condiciones clínico-físicas de la patología y, en función de estas características, se clasifica el trastorno en uno de tres grupos: el Grupo I incluye los trastornos musculares, el Grupo II recoge los trastornos por desplazamiento del disco y, finalmente, en el Grupo III se clasifican artralgias, artritis y artrosis. Por su parte, el Eje II recoge la evaluación de la discapacidad funcional asociada con el dolor, así como información sobre el estatus psicológico del paciente, distinguiendo 4 dimensiones: intensidad del dolor, interferencia asociada al dolor, depresión/síntomas inespecíficos y discapacidad en el funcionamiento mandibular. De este modo, Dworkin y LeResche proponen un diagnóstico multiaxial del trastorno temporomandibular que ha mostrado validez y utilidad clínica a través de distintas muestras (p.e., Wahlund, List y Dworkin, 1998), y ha conseguido una elevada aceptación en el ámbito científico, favoreciendo la comparación entre estudios.

Factores psicológicos y trastorno temporomandibular

La posible contribución de los factores psicológicos en la aparición y/o mantenimiento de los TTM ha centrado la atención de numerosos trabajos de investigación en estas últimas décadas. Sin embargo, muchos de estos trabajos presentan problemas metodológicos que limitan el alcance de los resultados obtenidos. Así, por un lado, aunque existen criterios diagnósticos aceptados por la comunidad científica (Dworkin y LeResche, 1992), actualmente muchos trabajos siguen utilizando muestras clínicas poco definidas. A esta problemática hay que añadir la presencia, en algunos estudios, de otras limitaciones como la ausencia de diferenciación de los pacientes en subtipos diagnósticos en función de la sintomatología

presentada, el sesgo de auto-selección por búsqueda de tratamiento que introduce el estudio de muestras clínicas, o la ausencia de grupo control de comparación. Por otro lado, la investigación que incorpora la evaluación de variables psicológicas en los TTM presenta además otras limitaciones. La mayoría de los trabajos abordan el estudio de variables psicológicas aisladas sin ningún intento de integración de los resultados en un marco teórico explicativo. Asimismo, la ausencia de criterios de bondad en los instrumentos de medida afecta seriamente a la validez de los resultados obtenidos (Elosúa, 2003).

La revisión que presentaremos a continuación se realizó a partir de aquellos estudios vaciados en las bases de datos PsycINFO y MEDLINE. Con el objetivo de controlar algunos de los problemas metodológicos comentados, se contemplan sólo aquellos trabajos donde: 1) se utilizan instrumentos de evaluación psicológica estandarizados, y 2) se siguen los criterios diagnósticos de Dworkin y LeResche (1992). En función del objetivo prioritario de los estudios revisados, agruparemos los trabajos en tres apartados: 1) evaluación de características de personalidad, niveles de estrés y psicopatología presentes en los pacientes con disfunción temporomandibular; 2) análisis de la contribución de los factores psicológicos en la etiología del trastorno; y 3) estudios que analizan la problemática del TTM desde la perspectiva del dolor crónico.

Estudios centrados en la evaluación de dimensiones de personalidad, nivel de estrés y/o psicopatología en pacientes con trastorno temporomandibular

Una cuestión importante a la hora de evaluar la presencia de estrés y psicopatología en estos pacientes es la diferenciación entre subtipos diagnósticos dentro del TTM. Efectivamente, en la etapa previa a la unificación de los criterios diagnósticos, algunos estudios ya constataron la existencia de diferencias en función de la sintomatología que presentaban los pacientes. Así, Dworkin, LeResche, Von Korff, Truelove y Sommers (1989) observaron que los pacientes temporomandibulares, cuya sintomatología era muscular, mostraban niveles más elevados de depresión y ansiedad que aquellos con problemática articular. McCreary, Clark, Merrill, Flack y Oackley (1991) encontraron diferencias en ansiedad, depresión y somatización entre los pacientes con sintomatología muscular y articular, siendo mayores los índices de los primeros.

En estudios más recientes, que utilizan los criterios diagnósticos de Dworkin y LeResche (1992), también se observan diferencias en función del subtipo diagnóstico. Kight, Gatchel y La Vonne (1999) seleccionaron una muestra de 277 pacientes que clasificaron en función de su pertenencia al Grupo I (muscular), Grupo II (desplazamiento del disco) y Grupo III (artrosis); a su vez, distinguieron entre pacientes temporomandibulares crónicos o agudos, según el tiempo de evolución fuera superior o inferior a seis meses. La evaluación psicológica de los sujetos se dirigió a establecer la existencia de psicopatología utilizando a tales efectos la entrevista diagnóstica SCID (First, Spitzer, Gibbon y Williams, 1995). El hecho de considerar a los pacientes agudos y crónicos por separado o conjuntamente no generó diferencias y, en coincidencia con los trabajos previos, los resultados señalaron que la presencia de un diagnóstico de TTM muscular o miofacial (Grupo I) se asociaba con una mayor incidencia de psicopatología y trastornos de personalidad; mientras que esta asociación no se detectaba en los otros subtipos diagnósticos (Grupos II y III). Por otro

lado, el trabajo de Mongini, Ciccone, Ibertis y Negro (2000), se centró exclusivamente en el subgrupo articular (N= 71), evaluando los niveles de ansiedad, psicopatología y la presencia de síntomas psicómicos en estos pacientes y comparando los resultados con los obtenidos por otros grupos de pacientes con dolor crónico. Los resultados mostraron que no había diferencias en estas variables entre el grupo con disfunción temporomandibular articular y la población normal, mientras que el resto de grupos de pacientes con dolor crónico sí manifestaron diferencias frente a la población normal en todos estos índices.

Sin embargo, cuando se trabaja con pacientes con TTM crónico no siempre se detectan estas diferencias entre subgrupos diagnósticos. Así, por ejemplo, Michelotti, Martina, Russo y Romeo (1998) evaluaron la presencia de psicopatología en pacientes temporomandibulares crónicos distinguiendo entre los subgrupos miofacial (N= 30) y articular (N= 20). Los resultados mostraron perfiles psicopatológicos superiores a los de la población normal en ambos subgrupos, sin que se observaran diferencias entre ellos. Los autores concluyen que, independientemente de las diferencias anatómicas con las que cursa la patología temporomandibular, en el momento que la dolencia deviene en crónica los pacientes manifiestan similar afectación psicológica.

Así pues, la asociación entre estrés psicológico y TTM se confirma en la mayoría de los estudios. La *sintomatología asociada al estrés* y las *variables somatización, ansiedad y depresión* son las que de forma más reiterada aparecen asociadas a estos pacientes. Asimismo, características de personalidad como *neuroticismo* y *firmeza* —esta última en sentido negativo— están presentes en los pacientes con TTM, aunque estas variables han sido contempladas en un menor número de estudios (ej., Callahan, 2000). Estos factores psicológicos parecen estar asociados, en mayor medida, con el subgrupo de pacientes con diagnóstico muscular, si bien existen trabajos que no confirman esta diferenciación entre subgrupos cuando el curso del trastorno deviene en crónico.

Estudios sobre la contribución de los factores psicológicos en la etiología del trastorno

Entre las diversas propuestas teóricas acerca de los mecanismos de actuación de los componentes psicológicos y conductuales en la etiología y/o mantenimiento de la sintomatología temporomandibular, la llamada «*Hipótesis psicofisiológica*» (Mc Creary et al., 1991) es, quizá, la que ha generado mayor investigación. Básicamente postula que determinados rasgos de personalidad predisponen a sufrir sintomatología de estrés incrementando, a su vez, la tensión e hiperactividad muscular general y/o específica de la zona temporomandibular. La hiperactividad muscular, mediante la puesta en marcha de ciertos hábitos orales disfuncionales, daría lugar al dolor facial, así como a la tensión crónica muscular y a la disfunción articular existente en los pacientes con TTM.

Numerosos estudios han corroborado la relación entre presencia de hiperactividad muscular y/o de hábitos parafuncionales por un lado, y la sintomatología temporomandibular por otro, tanto en población clínica (ej., List y Dworkin, 1996), como en población normal (ej., Schiffman, Friction y Haley, 1992).

Sin embargo, la influencia del estrés en estos procesos sólo se ha podido establecer en algunos de los estudios realizados con muestras clínicas. Así, por ejemplo, en el estudio realizado por Glaros (1996) se presentó una película que contenía fragmentos que inducían distintos niveles de estrés a un grupo de pacientes

temporomandibulares (N= 20) y a un grupo control (N= 20). Los resultados evidenciaron que los pacientes con TTM mostraban, ante el estrés generado experimentalmente, una mayor actividad parafuncional. En esta misma línea, Curran, Carlsson y Okeson (1996) evaluaron las diferencias de la repercusión del estrés en una muestra de 23 mujeres con TTM frente a un grupo control. La evaluación inicial de los sujetos mostró ya diferencias: las pacientes con TTM presentaron índices más elevados en la tasa respiratoria, en la medida de ansiedad rasgo y en las respuestas emocionales de ansiedad, tristeza y culpa. Seguidamente, sometieron a todos los sujetos a dos tipos de estresores: una tarea mental aritmética y un estímulo doloroso en el brazo. Los resultados arrojaron diferencias entre los grupos únicamente en la tarea mental aritmética, ante la cual las pacientes con TTM reaccionaron con mayor irritabilidad emocional que los sujetos del grupo control. Por otro lado, Jones, Rollman y Brooke (1997) sometieron a un grupo de mujeres con disfunción temporomandibular (N= 36) y una muestra control de 39 mujeres, a la ejecución de una tarea estresante (hablar en público). Los resultados desvelaron la existencia de dos subgrupos dentro de las pacientes temporomandibulares: uno de ellos presentaba una respuesta al estrés caracterizada por la hipersecreción de cortisol (perfil habitual de respuesta), mientras que el otro mostraba una reducción de cortisol en respuesta a la tarea estresante (respuesta anómala). En este último, los índices de ansiedad y depresión, así como el uso de estrategias de afrontamiento desadaptativas, era significativamente más elevado. Según los autores, estas pacientes podrían caracterizarse por una mayor susceptibilidad a desarrollar sintomatología de estrés crónico, así como una mayor tolerancia a opiáceos en el sistema nervioso que acentúa la percepción del dolor. Ambos mecanismos podrían contribuir al desarrollo del TTM. Por último, Nicholson, Lakatos y Gramling (1999) intentaron manipular el nivel de estrés generado por una tarea experimental (juego de ordenador) presentada en dos etapas (estructurada versus libre), en una muestra de 36 pacientes con TTM. La evaluación incluyó la actividad electromiográfica del músculo masetero, una autovaloración de los hábitos orales disfuncionales, y el afecto positivo y negativo. Los resultados confirmaron la existencia de una relación significativa positiva entre la etapa de mayor estrés (estructurada), hábitos disfuncionales e hiperactividad muscular. Sin embargo, el mayor nivel de estrés que los autores asumían en la etapa del juego estructurado no manifestaba repercusión alguna en el grado de afectividad negativa. Los propios autores sugieren que, probablemente, la tarea experimental propuesta fracasó en transmitir a los sujetos un nivel de estrés significativo.

Uno de los aspectos que contribuye a que la controversia respecto a la etiología de los TTM continúe sin resolverse es la dificultad de llevar a cabo estudios prospectivos/longitudinales. Sin embargo, los escasos trabajos que utilizan este diseño tampoco resuelven la cuestión. Por ejemplo, Egermak, Carlsson y Magnusson (2001) estudiaron a una muestra de 402 niños de 7, 11 y 15 años, a los que se evaluó en el momento inicial del estudio y a lo largo de un período de seguimiento de 5, 10 y 20 años. La evaluación incluía índices de disfunción mandibular y un cuestionario que recogía información acerca de la sintomatología temporomandibular, existencia de hábitos parafuncionales y aspectos psicológicos (ansiedad, estado de ánimo). Los resultados mostraron una relación débil entre las variables psicológicas por un lado, y la fatiga mandibular y los índices de disfunción por el otro. Sin embargo, la única variable asociada al desarrollo de síntomas temporomandibula-

res fue la presencia de hábitos parafuncionales. No obstante, hay que tener en cuenta el escaso rigor metodológico en la evaluación de los aspectos psicológicos que puede haber dificultado la obtención de conclusiones de relevancia respecto a estas variables.

Por último, Korzun, Papadopoulos, Demitrack, Engleberg y Crofford (1998) plantean una hipótesis bioquímica común en la etiología de los TTM y de otros síndromes asociados al estrés, basándose en la alta comorbilidad existente entre estos cuadros clínicos. Esta hipótesis contempla la posible existencia de alteraciones en el eje Hipotalámico-Pituitario-Adrenal (HPA), eje principal de regulación hormonal implicada en el estrés. La susceptibilidad al estrés se asociaría con una serie de alteraciones bioquímicas que suponen modificaciones en el sistema opiáceo del dolor (Carlsson, 1999) y que podrían estar a la base de los síndromes descritos.

En definitiva, y aunque la evidencia empírica no es concluyente, la hipótesis psicofisiológica posee cierta evidencia a favor y no es incompatible con las nuevas hipótesis que se están planteando acerca de la etiología de este trastorno. Los datos señalan que, en un porcentaje importante de los pacientes con TTM, el distrés psicológico se asocia con el incremento en la tensión muscular y, en ocasiones, con la puesta en marcha de hábitos disfuncionales. De este modo, el estrés podría contribuir a la aparición del dolor, así como al desarrollo de otros síntomas clínicos del TTM.

El TTM desde la perspectiva del dolor crónico

La epidemiología de los TTM se asemeja en parámetros como la duración y frecuencia a otros síndromes de dolor crónico. En todos ellos, como señalan distintos autores (Turk, Zaki y Rudy, 1993; Dworkin, 1997), las variables psicofisiológicas y conductuales juegan un papel similar. Por otro lado, una serie de trabajos también han detectado tasas de prevalencia de perfiles psicopatológicos equivalentes en pacientes con TTM y en otras muestras heterogéneas de pacientes con dolor crónico (ej., Michelotti et al., 1998). Estos resultados han fomentado estudios donde la evaluación del TTM se centra en aquellos aspectos relevantes en el marco de la investigación sobre dolor crónico: las variables perceptivo-discriminativas, la conducta motora externa y la conducta cognitivo-verbal (Melzack y Wall, 1983; Masedo y Esteve, 2002).

Si atendemos a los componentes discriminativos, el objetivo de estas investigaciones ha sido la comparación de la percepción y sensibilidad al dolor de los pacientes con TTM frente a la población normal. En la mayoría de los trabajos se detecta umbrales de dolor inferiores en estos pacientes, fundamentalmente en las zonas con cierta implicación en el TTM, como los músculos masetero y temporal (ej., Carlson et al., 1998). Estos resultados han llevado a plantear la posibilidad de que una mayor percepción de dolor se asocie a un nivel mayor de distrés psicológico en estos pacientes. Sin embargo, los escasos estudios realizados (ej., Fillingim, Maixner, Sigurdsson, Kincaid y Harris, 1996) no avalan esta hipótesis.

Por otro lado, el estudio de los componentes conductuales y cognitivos del dolor crónico encuentra un referente fundamental en el trabajo de Turk y Rudy (1988). Estos autores, a partir de la evaluación mediante el West Hale-Yale Multidimensional Pain Inventory (WHYMPI o MPI; Kerns, Turk y Rudy, 1985), proponen un sistema empírico de clasificación cuyo objetivo es optimizar el tratamiento dirigido a estos pacientes. La clasificación distingue tres perfiles de pacientes: a) *Disfuncional*: caracterizado por altos niveles de dolor percibido, interferencia en las actividades diarias y distrés, así como escaso control general percibido; b) *Distrés inter-*

personal: niveles similares al disfuncional en las variables dolor, interferencia, distrés y control, pero destaca la ausencia de apoyo social percibido respecto al trastorno; y c) *Afrontamiento adaptativo*: manifiesta conductas activas frente al dolor, mínimo distrés e interferencia, percibiendo control sobre los acontecimientos.

Dahlstrom, Widmark y Carlson (1997) analizaron las relaciones entre las tipologías propuestas en esta clasificación y variables médicas y anatómicas de los TTM. Para ello seleccionaron una muestra de 112 pacientes a los que evaluaron mediante el MPI (Kerns et al., 1985) al inicio, finalización del tratamiento médico (conservador y/o quirúrgico) y al año de seguimiento. Los resultados mostraron una asociación significativa entre los dos perfiles desadaptativos (disfuncional y distrés interpersonal) y el fracaso terapéutico. El perfil adaptativo mostraba una evolución más rápida, siendo positiva la respuesta al tratamiento en la práctica totalidad de los casos. Por otro lado, el perfil disfuncional se asociaba al diagnóstico muscular, mientras que el perfil adaptativo lo hacía al trastorno por desplazamiento de disco. Epker y Gatchel (2000) encontraron, en una muestra de 322 pacientes con TTM, que aquellos cuyo perfil era disfuncional o con distrés interpersonal mostraban, frente al perfil adaptativo, mayor presencia de psicopatología —evaluada mediante la entrevista diagnóstica SCID— (First et al., 1995).

De forma paralela, otros autores han desarrollado perfiles basados en características psicológicas de los pacientes con TTM. Por ejemplo, Suvinen, Hanes, Gerschman y Reade (1997) evaluaron, en una muestra de 140 mujeres con TTM, aspectos clínicos (exploración diagnóstica según los criterios RDC/DTM) y psicológicos (estrategias de afrontamiento, actitudes y creencias en torno a la enfermedad, ansiedad y depresión). Mediante un análisis «cluster» obtuvieron tres tipologías de pacientes: *desadaptativo*, *adaptativo* y *sin complicación*. El perfil *desadaptativo* se caracterizaba por: niveles elevados de distrés psicológico y de impacto del dolor en el funcionamiento diario, afrontamiento disfuncional (menor distracción y afrontamiento activo y mayor catastrofismo), convicción de enfermedad e hipocondría. Este perfil, según los autores, es el mejor predictor del fracaso terapéutico. Los dos últimos perfiles, sin embargo, no presentaban una problemática psicológica significativa; la única diferencia entre ellos radicaba en que el perfil adaptativo manifestaba cierta afectación psicológica, si bien un afrontamiento funcional de la misma hacía que ésta no fuera relevante. El perfil *desadaptativo* se identifica con los perfiles *disfuncional* y con *distrés interpersonal* de la clasificación de Turk y Rudy (1988), mostrando un claro paralelismo entre ambas clasificaciones, a pesar de las diferencias en los métodos de evaluación empleados.

Desde otra perspectiva, algunos trabajos han pretendido igualmente aislar perfiles disfuncionales, distinguiendo entre aquellos pacientes en los que la sintomatología se cronifica, y aquellos en los que el trastorno remite (ej., Dworkin, 1997; Garofalo, Gatchel, Wesley y Ellis, 1998; Epker, Gatchel y Ellis, 1999). En su mayoría, estos trabajos tienen un diseño longitudinal, evaluando a los pacientes en el momento inicial del estudio y al cabo de 6 meses, para diferenciar aquellos pacientes que aún presentan sintomatología temporomandibular (pacientes crónicos) de aquellos que, tras ese período, ya no la presentan (pacientes agudos). Los resultados obtenidos, en general, reiteran la existencia de características disfuncionales en los pacientes crónicos, con niveles más elevados de distrés psicológico y mayor incidencia de psicopatología. Por otro lado, algunos de estos trabajos determinan qué variables de las eva-

luadas parecen predecir la cronicidad. Destaca así la importancia de los índices percibidos de dolor, así como la existencia de un diagnóstico de tipo muscular; en ocasiones aparecen, además, el género (femenino), una puntuación elevada en quejas inespecíficas y la interferencia causada por el dolor. Según el punto de vista de los autores de estos estudios, estas variables esconden características cognitivas y conductuales que reflejan un afrontamiento desadaptativo y que contribuyen a cronificar el trastorno.

Establecida la presencia de un porcentaje de pacientes temporomandibulares con perfil psicológico disfuncional, algunos estudios han analizado la eficacia de intervenciones psicológicas diseñadas para el tratamiento de estos pacientes. Así, por ejemplo, Turk, Rudy, Kubinski, Zaki y Greco (1996) elaboraron un tratamiento cognitivo-conductual específico para los pacientes temporomandibulares con perfiles desadaptativos. Para establecer la eficacia de este tratamiento seleccionaron una muestra de 48 pacientes temporomandibulares con perfil *disfuncional* y aplicaron de forma aleatoria el protocolo terapéutico diseñado (N= 24) y un protocolo médico estándar de la misma duración (N= 24). La evaluación de los pacientes se realizó en tres momentos —pretratamiento, postratamiento y seis meses después de finalizar el mismo—, en base a los dos ejes de los RDC/DTM (Dworkin y LeResche, 1992), tomando además medidas de creencias disfuncionales, medidas conductuales de hábitos orales, uso de medicación y utilización de servicios de salud. En ambos grupos se produjo una mejora significativa en estas variables, si bien la intervención psicológica diseñada específicamente para los pacientes con TTM conseguía el mantenimiento de los resultados a través del tiempo, mientras que esto no ocurría con el tratamiento estándar.

Por otro lado, en una investigación llevada a cabo por Turner, Whitney, Dworkin, Massoth y Wilson (1995), se exploró el papel que juegan las siguientes variables en el TTM: convicción de enfermedad, habilidad percibida del manejo del dolor, afrontamiento pasivo y afrontamiento activo. Se dividió la muestra de forma aleatoria en dos grupos, sometidos respectivamente a un tratamiento cognitivo-conductual breve (N= 66) y a terapia odontológica conservadora (N= 73) —evaluados antes del tratamiento y a los 3 y 12 meses tras su finalización—. En ambos grupos las medidas de deterioro físico mostraron mejoría (sin remisión total), si bien los pacientes bajo tratamiento cognitivo-conductual reflejaron un manejo más adecuado de la sintomatología que generaba una mejora significativa en el dolor percibido, en la función mandibular y en las puntuaciones en depresión. Los resultados de este

trabajo también evidenciaron que los aspectos desadaptativos, cuya modificación otorgaba mayor eficacia al tratamiento psicológico, eran la convicción de enfermedad, la percepción de baja habilidad en el control del dolor y un estilo de afrontamiento pasivo.

Finalmente, Suvinen, Reade, Sunden, Gerschman y Koukounas (1997), observaron que las variables psicológicas que influyen en la respuesta terapéutica se mantienen estables a través de marcos socioculturales diferentes. En su trabajo, dos muestras (N= 40) de pacientes de distinta nacionalidad (australianos y fineses), que recibieron tratamiento odontológico conservador (educación y aplicación de férula mayoritariamente), fueron evaluadas respecto a sus estrategias de afrontamiento, actitudes y creencias en torno a la enfermedad, y respuesta al tratamiento valorada por el paciente. Los pacientes que percibían mayor control sobre el dolor y menor catastrofismo mostraban menor nivel de dolor percibido y estrés psicológico, así como mejor estatus de salud, obteniendo además una respuesta más rápida al tratamiento; los resultados eran comunes en ambas muestras, independientemente de la nacionalidad del paciente.

En definitiva, los estudios revisados constatan la existencia de características psicológicas diferenciales —niveles de estrés y psicopatología— en los pacientes temporomandibulares, especialmente en aquellos con diagnóstico muscular. Asimismo, los factores psicológicos se contemplan en las hipótesis etiológicas más relevantes del estudio de estos trastornos. Por último, desde la perspectiva del dolor crónico se han aislado diversos aspectos que explican parcialmente la repercusión emocional que el trastorno genera en la persona —la actitud frente al dolor, las estrategias de afrontamiento que se adoptan, así como la capacidad para mantener una adecuada actividad personal, laboral y social—. El mejor entendimiento de los mecanismos de actuación de los factores psicológicos llevará, sin lugar a duda, a mejorar la eficacia del tratamiento, reduciendo el fracaso de los tratamientos convencionales, situado en torno al 25% (Turk et al., 1993). Para ello, la investigación acerca de los TTM requiere de estudios rigurosos, dirigidos a tal efecto, que corrijan las deficiencias metodológicas que presentan algunos de los trabajos realizados hasta el momento.

Nota

- ¹ Este trabajo forma parte de un proyecto de investigación I+D subvencionado por la Conselleria de Cultura, Educació i Esport de la Generalitat Valenciana.

Referencias

- Callahan, C.D. (2000). Stress, coping and personality hardiness in patients with temporomandibular disorders. *Rehabilitation psychology*, 45 (1), 38-48.
- Carlson, C.R., Reid, K.I., Curran, S.L., Studts, J., Okeson, J.P., Falace, D. y Bertrand, P.M. (1998). Psychological and physiological parameters of masticatory muscle pain. *Pain*, 76, 297-307.
- Carlsson, C.R. (1999). Epidemiology and treatment need for temporomandibular disorders. *Journal of orofacial pain*, 13, 232-237.
- Curran, S.L., Carlson, C.R. y Okeson, J.P. (1996). Emotional and physiologic responses to laboratory challenges: patients with temporomandibular disorders versus matched control subjects. *Journal of Orofacial Pain*, 10, 141-150.
- Dahlstrom, L., Widmark, G. y Carlsson, S.G. (1997). Cognitive-behavioral profiles among different categories of orofacial pain patients: diagnostic and treatment implications. *European Journal of Oral Science*, 105 (5 Pt 1), 377-383.
- Dworkin, S.F., Leresche, L., Von Korff, M., Truelove, E. y Sommers, E. (1989). Comparing two classification schemes for differences in psychological status. *Journal of Dental Research*, 68, 1.018.
- Dworkin, S.F. y Leresche L. (1992). Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: review, criteria, examinations and specifications, critique. *Journal of craniomandibular disorders and facial oral pain*, 6, 302-355.
- Dworkin, S.F. (1997). Behavioral and educational modalities. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontics*, 83, 128-133.
- Egermark, I., Carlsson, G.E. y Magnusson, T. (2001). A 20-year longitudinal study of subjective symptoms of temporomandibular disorders

- from childhood to adulthood. *Acta Odontológica Scandinava*, 59, 40-48.
- Elostia, P. (2003). Sobre la validez de los tests. *Psicothema*, 15 (2), 315-321.
- Epker, J. y Gatchel, R.J. (2000). Coping profile differences in the biopsychosocial functioning patients with TMD. *Psychosomatic Medicine*, 62 (1), 69-75.
- Epker, J., Gatchel, R.J. y Ellis, E. (1999). A model for predicting chronic TMD: practical application. *Journal of the American Dental Association*, 130, 1.470-1.475.
- Fillingim, R.B., Maixner, W., Kincaid, S., Sigurdsson, A. y Harris, M.B. (1996). Pain sensitivity in patients with temporomandibular disorders: relationship to clinical and psychosocial factors. *The Clinical Journal Of Pain*, 12, 260-269.
- First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon, M. y Williams, J.W. (1995). *Structured clinical interview for dsm-iv axis i disorders-nonpatient. Version 2.0*. NY State Psychiatric Institute.
- Garofalo, J.P., Gatchel, R.J., Wesley, A.L. y Ellis, E. (1998). Predicting chronicity in acute temporomandibular joint disorder using the research diagnostic criteria. *Journal of the American Dental Association*, 129 (4), 438-447.
- Glaros, A.G. (1996). Awareness of physiological responding under stress and non-stress conditions in temporomandibular disorders. *Biofeedback and self-regulation*, 12, 261-272.
- Jones, D.A., Rollman, G.B. y Brooke, R.I. (1997). The cortisol response to psychological stress in temporomandibular dysfunction. *Pain*, 72 (1-2), 171-182.
- Kerns, R.D., Turk, D.C. y Rudy, T.E. (1985). The west haven-yale multi-dimensional pain inventory (WHYMPI). *Pain*, 23, 345-356.
- Kight, M., Gatchel, R.J. y La Vonne, W. (1999). Temporomandibular disorders: evidence for significant overlap with psychopathology. *Health Psychology*, 18 (2), 177-182.
- Korszun, A., Papadopoulos, E., Demitrack, M., Engleberg, C. y Crofford, L. (1998). The relationship between TMD and stress-associated syndromes. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontics*, 86, 416-420.
- Laskin, D.M. (1969). Etiology of the pain-dysfunction syndrome. *Journal of the American Dental Association*, 105, 443-448.
- Laskin, D.M. (1995). Diagnosis and etiology of miofacial pain and dysfunction. *Medical Management of Temporomandibular Disorders*, 7 (1), 73-78.
- List, T. y Dworkin, S.F. (1996). Comparing TMD diagnosis and clinical findings at swedish and US TMD centers using research diagnostic criteria for temporomandibular disorders. *Journal of Orofacial Pain*, 10, 240-253.
- Masedo, A.I. y Esteve, M.R. (2002). On the affective nature of chronic pain. *Psicothema*, 14 (3), 511-515.
- McCreary, C.P., Clak, G.T., Merrill, R.L., Flack, V. y Oakley, M.E. (1991). Psychological distress and diagnostic subgroups of temporomandibular disorder patients. *Pain*, 44, 29-34.
- McNeill, C. (1997). History and evolution of TMD concepts. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontics*, 83, 51-60.
- Melzack, R. y Wall, P.D. (1983). *The challenge of pain*. Nueva York: Basic Books.
- Michelotti, A., Martina R., Russo, M. y Ramos, R. (1998). Personality characteristics of temporomandibular disorder patients using MMPI. *The Journal of Craniomandibular Practice*, 16 (2), 119-125.
- Mongini, F., Ciccone, G., Ibertis F. y Negro, C. (2000). Personality characteristics and accompanying symptoms in temporomandibular joint dysfunction, headache and facial pain. *Journal of Orofacial Pain*, 14 (1), 52-58.
- Moulin, C. (1999). From bite to mind: a personal and literature review. *The International Journal of Prosthodontics*, 12 (3), 279-288.
- National Institutes of Health Technology Assessment Conference Statement, april 29-may 1, 1996 (1997). Management of temporomandibular disorders. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontics*, 83, 177-183.
- Nicholson, R.A., Lakatos, C.A. y Grambling, S.E. (1999). EMG reactivity and oral habits among facial pain patients in a scheduled-waiting competitive task. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 24 (4), 235-247.
- Pullinger, A.G. y Seligman, D.A. (2000). Quantification and validation of predictive values of occlusal variables in temporomandibular disorders using a multifactorial analysis. *Journal of Prosthetic Dentistry*, 83 (1), 66-75.
- Schiffman, E.L., Friction, J.R. y Haley, D. (1991). The relationship of occlusion, parafunctional habits and recent life events to mandibular dysfunction in a non-patient population. *Journal of Oral Rehabilitation*, 19, 201-223.
- Suvinen, T.I., Reade, P.C., Sunden, B., Gerschman, J.A. y Koukounas, E. (1997). Temporomandibular disorders. Part II: a comparison of psychologic profiles in australian and finnish patients. *Journal of Orofacial Pain*, 11, 147-157.
- Suvinen, T.I., Hanes, K.R., Gerschman, J.A. y Reade, P.C. (1997). Psychophysical subtypes of temporomandibular disorders. *Journal of Orofacial Pain*, 11, 200-205.
- Turk, D.C. y Rudy, T.E. (1988). Toward an empirically derived taxonomy of chronic pain patients: integration of psychological assessment data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56 (2), 233-238.
- Turk, D.C., Zaki, H.S. y Rudy, T.E. (1993). Effects of intraoral appliance and biofeedback stress management alone or in combination in treating pain and depression in patients with temporomandibular disorders. *Journal of Prosthetic Dentistry*, 70, 158-164.
- Turk, D.C., Rudy, T.E., Kubinski, J.A., Zaki, H.S. y Greco, C.M. (1996). Dysfunctional patients with temporomandibular disorders: evaluating the efficacy of a tailored treatment protocol. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64 (1), 139-146.
- Turner, J.A., Whitney, C., Dworkin, S.F., Massoth, D. y Wilson, L. (1995). Do changes in patients beliefs and coping strategies predict temporomandibular disorder treatment outcomes? *The Clinical Journal of Pain*, 11, 177-188.
- Wahlund, K., List, T. y Dworkin, S.F. (1998). Temporomandibular disorders in children and adolescents: reliability of a questionnaire, clinical examination and diagnosis. *Journal of Orofacial Pain*, 12, 42-51.