

CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA "NOEL REGALADO"
FLORENCIA
CIEGO DE ÁVILA

La disfunción temporomandibular y su relación con la ansiedad y los hábitos parafuncionales

Temporomandibular dysfunction, dental clenching and grinding related to anxiety and parafunctional habits

Leticia Domínguez Torres (1), Perfecta Emirda Guerra Pérez (2), Rafael Catañeda Molerio.

RESUMEN

Estudio del tipo analítico de casos y control, la muestra estuvo representada por 100 pacientes entre los 15 y 50 años de edad, de ambos sexos. La mitad de ellos (grupo estudio) presentaban signos y síntomas de disfunción que los llevó a acudir a consulta en busca de tratamiento, y el resto de la muestra (grupo control) no presentaban alteraciones funcionales indicadoras de disfunción temporomandibular. Para determinar la existencia de la disfunción se utilizó el test de Krough paulsen y los niveles de ansiedad fueron determinados mediante inventario de ansiedad rasgo-estado ideado por Spielberger en 1966. Los hábitos parafuncionales analizados fueron: el apretamiento y el rechinamiento dental, la mordedura de lengua, labios, carrillos y otros objetos, la onicofagia, la masticación unilateral y la protracción lingual. De ellos el apretamiento y el rechinamiento dental fueron los más significativamente asociados a la disfunción temporomandibular, seguidos de la masticación unilateral y la mordedura de labios, lengua y carrillos. Respecto a la ansiedad se destaca que entre los individuos disfuncionados fueron más frecuentes los niveles altos de ansiedad, en específico la ansiedad como rasgo de la personalidad.

Palabras clave: SÍNDROME DE LA DISFUNCIÓN DE ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR, HÁBITOS.

1. Especialista de 1er Grado en Prótesis Estomatológicas. Máster en Urgencias Estomatológicas. Profesor Instructor.
2. Especialista de 1er Grado en Prótesis Estomatológicas. Máster en Urgencias Estomatológicas. Profesor Asistente.
3. Especialista de 1er Grado en Estomatología General Integral. Máster en Educación Médica y Urgencias Estomatológicas. Profesor Asistente.

INTRODUCCIÓN

La etiología de los disturbios funcionales del sistema masticatorio ha constituido una constante y creciente controversia a través del tiempo. Muchos han sido los estudios al respecto a nivel mundial. Hoy se conoce la naturaleza multicausal de los trastornos cráneo mandibulares que incluyen a la articulación temporomandibular (ATM) y se destacó la influencia que las alteraciones oclusales y los trastornos psíquicos y emocionales desempeñan en su etiología, en el control neuromuscular facial y la postura mandibular (1-3). Los tejidos de la ATM, así como las demás partes del sistema estomatognático (SE) se encuentran normalmente protegidos por los reflejos nerviosos básicos y por el control neuromuscular a través de la coordinación de las fuerzas musculares. Por tanto, todo lo que pueda producir sobrecarga muscular repetida como las interferencias oclusales, los estados psíquicos como la frustración y la ansiedad, y los hábitos parafuncionales pueden ocasionar desórdenes funcionales del sistema, generalmente conocidos como disfunción temporomandibular (DTM).

Dentro de los factores psíquicos estudiados en relación con la DTM, uno de los más asociados es la ansiedad (4).

Los hábitos orales parafuncionales han sido ampliamente implicados como factores que intervienen en el desarrollo y perpetuación del síndrome (5).

El presente trabajo tiene como objetivo caracterizar la relación de la disfunción tempomandibular con la ansiedad y los hábitos parafuncionales, establecer el nivel de asociación entre hábitos parafuncionales y disfunción así como determinar el comportamiento de la ansiedad en pacientes disfuncionados.

MÉTODO

La presente investigación es clasificada como un estudio analítico de casos y control con el objetivo de caracterizar la relación de la Disfunción Temporomandibular con la ansiedad y los hábitos parafuncionales en el municipio Florencia (Universo), en el período comprendido desde junio-octubre 2012. La muestra estuvo representada por los pacientes que acudieron a la consulta de estomatología en busca de tratamiento para su afección. Se escogieron 50 pacientes para el grupo estudio y otra cifra igual para el grupo control para un total de 100 pacientes. El primer grupo estuvo conformado por pacientes que presentaron signos y síntomas de la DTM, aunque solo mostraran uno de los aspectos tenidos en cuenta en el test de Krough Paulsen al tener que cumplir con los siguientes criterios de inclusión: pacientes con edades entre los 15 y 50 años de edad, de ambos sexos, residentes del área, que no estén bajo tratamiento para la disfunción y presenten por lo menos de 2 a 15 dientes en oclusión que fueran capaces de mantener la dimensión vertical oclusiva. El grupo control fue seleccionado de forma aleatoria, que cumplieran los criterios anteriores, con la excepción de estar libres de signos y síntomas de la disfunción a pesar de estar sometidos a las mismas condiciones.

Operacionalización de las variables

Para diagnosticar la disfunción cráneo mandibular, se utilizó el test de Krough Paulsen (6) en el cual se tienen en cuenta los siguientes aspectos:

1. Pruebas musculares: Restricción de la apertura, trastornos en el movimiento de apertura y cierre y dolor muscular.
2. Pruebas de ATM: Dolor en la ATM, chasquido y traba.
3. Pruebas de contacto dentario: Posición de primer contacto molar distinta de posición máxima intercuspidación, posición contactante máxima retrusiva a más de 1mm de la máxima intercuspidación y deslizamiento lateral entre máxima retrusiva y posición máxima intercuspal.

Se estudiaron los niveles de ansiedad mediante el test conocido como inventario de ansiedad rasgo-estado (IDARE). En este trabajo se aplicó la versión hispanoamericana del IDARE de Charles Spielbergers 1966 (7), constituida a partir de criterios teóricos esencialmente similares a los de sus autores originales.

El IDARE está formado por dos escalas de autoevaluación que recogen los valores individuales para la ansiedad estado (AE) y la ansiedad rasgo (AR). La primera describe como el sujeto se siente en ese momento y se traduce en niveles específicos de síntomas tales como la intranquilidad, el desasosiego y la inseguridad, todos vinculados a una situación específica mientras que la AR existe como característica, componente o atributo más o menos estable de la personalidad y constituye un rasgo propio que diferencia la actividad de la personalidad de los sujetos en estudio de la actividad de otros.

La entrevista y el cuestionario fueron cautelosamente interpretados, pues algunas personas pueden presentar hábitos orales sin saberlo, motivo por el cual se prestó atención especial a la observación e identificación de hábitos orales ejecutados por el sujeto en el proceso de la entrevista, como por ejemplo la Protracción lingual, onicofagia, así como quejas referidas por los mismos acerca de dolor o sensación de cansancio en los músculos masticatorios. También resultó de utilidad prestar atención a otros signos sugerentes de hábitos como patrones de desgaste anormales en los dientes, los bordes incisales desgastados o irregulares, las fracturas cuspídeas, la hipertrofia maseterina, las exóstosis óseas, la movilidad dentaria y otros.

Los hábitos parafuncionales analizados fueron:

- I. Apretamiento dental.
- II. Rechinamiento dental.
- III. Mordedura de lengua, labios y carrillos.
- IV. Mordedura de objetos.

- V. Onicofagia.
- VI. Masticación unilateral.
- VII. Protracción lingual.

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Asociación de los hábitos parafuncionales con la disfunción temporomandibular (DTM) (Tabla No.1). Se observa como el apretamiento (27.47) y rechinamiento dental (7.16) muestran los resultados más significativos seguidos por la mordedura de labios y carrillos y la masticación unilateral, se presentan asociaciones altamente significativas y significativas, respectivamente. Mientras que el resto de las variables no mostraron asociación con la disfunción.

En la Tabla No. 2, Comportamiento del apretamiento dental en relación con la disfunción. De los 35 pacientes que refirieron el hábito, 30 presentaban disfunción, para un 85.7% mientras que de los 65 que no presentaban el hábito solo 20 estaban enfermos para un 30.76%. Cuando se analiza el porcentaje de disfunción coincide en un mayor valor (60%) al tener en cuenta que el mismo se obtiene del total de casos disfuncionados. De acuerdo con el nivel de asociación se puede afirmar que hay una probabilidad del 99% que haya asociación entre las dos variables.

En el comportamiento del rechinamiento dental en relación con la disfunción (Tabla No. 3) se aprecia que, para el rechinamiento, el mayor porcentaje de casos que refieren tal hábito parafuncional presentan disfunción, pues de un total de 13 casos, 11 padecen la enfermedad para un 84.6%, y de los 50 sujetos sanos de acuerdo con el test de Krough Paulsen, solo 2 pacientes refirieron el hábito para un 4%. En cuanto al porcentaje de disfunción se aprecia que el 78% de ellos no rechinan sus dientes, y en los sanos también predominan los que no practican el hábito para un 96%. Desde el punto de vista estadístico se demostró una mayor fortaleza de asociación del apretamiento con la DTM que el rechinamiento dental, lo cual se puede apreciar a partir de los valores de V de Cramer obtenidos para cada una de las variables y que se muestra en la parte inferior de las tablas correspondientes (0.52 vs. 0.267).

Este resultado puede justificarse por el hecho de que, en el rechinamiento intervienen contracciones musculares isotónicas mientras que en el apretamiento se presenta actividad muscular isométrica y es conocido que en este tipo de contracción el músculo no experimenta cambios en su longitud, por lo que existe una pobre irrigación sanguínea con aumento de los productos de desecho del metabolismo anaeróbico, como el ácido láctico, el potasio, las histaminas, las cuales se acumulan y estimulan a los quimiorreceptores, aparece la fatiga y el espasmo muscular que caracterizan a los pacientes con DTM (8-12).

En la Tabla No. 4 Comportamiento de la mordedura de labios, lengua y carrillos en relación con la disfunción se observa que entre los 50 pacientes con disfunción 12 refirieron este hábito para un 24% mientras que entre los pacientes sanos solo 4 refirieron para un 8%, lo que significa que de los 16 pacientes que refirieron el hábito, 12 presentaban la disfunción para un 75%, y entre los que no practican el hábito, la mayor cantidad corresponde a los sanos (46 de 84 para un 54.76%).

El 75% de los pacientes refirieron el hábito (12 de 16), mientras que solo el 25% de los sanos lo reportaron (4 de 16). Por otra parte, de los 50 individuos sanos, 46 no refirieron este hábito para un 92%. Por lo tanto se puede afirmar que existe una probabilidad entre el 95 y el 99% de que haya asociación entre ambas variables.

La asociación hallada resulta lógica pues el mordisqueo de labios, lengua y carrillos conduce a posiciones extrafuncionales de la mandíbula que van acompañadas de contracciones asincrónicas y tensiones sostenidas de los músculos, lo cual finalmente se traduce en sensibilidad, dolor y disfunción (13). Sin embargo con esta variable sucede similar a la anterior en cuanto al porcentaje de disfunción donde hay una prevalencia de valores en los pacientes que no refieren el hábito 76 y 92% respectivamente.

Comportamiento de la masticación unilateral en relación con la disfunción (Ver Tabla No.5), del total de sujetos con dicho hábito (41), el mayor porcentaje correspondió a sujetos enfermos (63.41 > 36.58) o dicho de otra forma, entre los pacientes con disfunción predominan los masticadores unilaterales (52 > 30) y entre los sanos fue más frecuente la masticación bilateral (35 de 50 para un 70 %). Este resultado coincide con lo expuesto por Egermark-Eriksson y Carisson en su trabajo (14):

La correlación obtenida es razonable debido a que la masticación unilateral representa una alteración funcional muy frecuente que es posteriormente lesiva para los tejidos periodontales, los músculos y las ATM (21-25) y puede, incluso, persistir largamente después de haber sido eliminada su causa, por ejemplo, las odontalgias, la falta de dientes y las interferencias oclusales. En coincidencia con lo anterior, Ramfjord afirma que la preferencia por patrones habituales de masticación unilateral son frecuentemente el resultado de la adaptación a interferencias oclusales o a padecimientos dentales y periodontales que trastornan el patrón normal de oclusión (15) y agrega que un patrón restringido de masticación unilateral puede ser el resultado de una acción fijadora o protectora de los músculos masticatorios en pacientes con trastornos de la ATM. Si existe un número suficiente de dientes, los pacientes prefieren masticar del lado de la articulación dolorosa, puesto que durante el proceso de masticación existe mayor presión y deslizamiento en el cóndilo del lado de equilibrio que sobre el cóndilo del lado de trabajo.

Ansiedad estado en relación con la disfunción (Tabla No. 6) es evidente como la ansiedad estado que se refiere a la condición o estado emocional de los pacientes en el momento de ser encuestados, presentó una asociación altamente significativa ($p<0,001$) con la disfunción. Véase que tanto en el grupo de pacientes afectados como en el grupo control la ansiedad como estado resultó ser del nivel medio en la mayoría de los casos con un 54 y un 50% respectivamente.

Debe destacarse que del total de 35 pacientes con niveles altos de ansiedad estado 22 presentaron disfunción, para un 62,85% mientras que en los de nivel bajo esta relación se invierte y predominaron los sanos, 12 de 13, para un 92,30%.

Al analizar la Tabla No.7 Ansiedad rasgo en relación con la disfunción se puede concluir que entre los individuos con disfunción predominaron notablemente los niveles altos de ansiedad rasgo, 26 de 35 casos para un 74,28% contra 1 solo caso en el nivel bajo. Si se analizan los sujetos sanos se aprecia que el porcentaje de casos decrece a medida que aumenta el nivel de ansiedad rasgo desde un 95,23 en el bajo (20 de 21), al 47,72 en el medio (21 de 44), hasta un 25,71, en el alto (9 de 35). Todo indica que los casos con disfunción tienen niveles más altos de ansiedad rasgo que los sanos.

Aunque ambos tipos de ansiedad arrojan una asociación altamente significativa con la disfunción ($p < 0,001$) el valor de la *V de Cramer* indica una asociación más fuerte de la ansiedad rasgo con esta afección que la ansiedad como estado ($0,342 > 0,505$). Esto es justificable ya que al ser la DTM una alteración crónica que surge por el efecto prolongado de determinados factores como los psicológicos, la ansiedad como rasgo de la personalidad puede estar más asociada a la aparición de esta alteración que la ansiedad como estado transitorio. Estos resultados demuestran este planteamiento al igual que otras investigaciones (13).

Este resultado es soportado por el hecho de que la ansiedad puede activar el dolor al aumentar la contracción sobre un músculo que está acortado debido al contacto oclusal interceptivo pues el efecto de los factores psicológicos sobre los centros nerviosos desencadena por vías neuronales complejas una hiperactividad muscular refleja y se crea un mecanismo de retroalimentación positiva dolor-contracción-dolor que conduce a la parafunción y demás disturbios funcionales (16-17). Los hallazgos de múltiples investigaciones clínicas muestra que un subgrupo relativamente largo de pacientes con DTM tienden a ser ansiosos (15) como en esta muestra, lo que puede modificar sus experiencias del dolor, además de haberse demostrado que dichos pacientes presentan umbrales más bajos de dolor que cuando se les compara con grupos controles.

CONCLUSIONES

El apretamiento y el rechinamiento dental fueron los hábitos parafuncionales más significativamente asociados a la DTM, seguidos de la masticación unilateral y la mordedura de labios, lengua y carrillos. Entre los individuos con DTM fueron más frecuentes los niveles altos de ansiedad, sobre todo de ansiedad rasgo.

RECOMENDACIONES

Profundizar en el estudio de los factores que inciden en la disfunción temporomandibular, se debe hacer énfasis en la presencia de hábitos parafuncionales y la ansiedad como manifestación psicológica.

ABSTRACT

It was carried out an analytical study of cases and control; the sample was represented by 100 patients between 15 and 50 years of age, of both sexes. Half of them (study group) presented signs and symptoms of dysfunction that made them looking for a treatment, and the rest of the sample (control group) did not present functional alterations which can indicate temporomandibular dysfunction. To determine the dysfunction existence it was used Krouth Paulsen test and the level of anxiety were determined by means of State-Trait Anxiety Inventory which was conceived by Spielberger in 1966. The parafunctional habits analyzed were: dental clenching and grinding, tongue bite, lips, cheeks and other objects, onychophagia, unilateral mastication and lingual protraction. Of all these parafunctional habits dental clenching and grinding were the ones which are more significantly associated with the temporomandibular dysfunction, followed by the unilateral mastication and the bite of lips, tongue and cheeks. Regarding anxiety it is important to highlight that among the dysfunctional individuals were more frequent the high levels of anxiety, especially anxiety as a characteristic of the personality.

Key words: SYNDROME OF DYSFUNCTION OF TEMPOROMANDIBULAR ARTICULATION/epidemiology, HABITS.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Algozain Acosta Y. Comportamiento clínico del Síndrome dolor disfunción del aparato temporomandibular en una consulta de urgencias estomatológicas. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2009 [citado 17 Mar 2012]; 46(2): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072009000200004&script=sci_arttext
2. Almagro Céspedes I, Castro Sánchez AM. Disfunción temporomandibular, discapacidad y salud oral en una población geriátrica semi-institucionalizada. Nutr Hosp [Internet]. 2011 [citado 17 Mar 2012]; 26(5): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-16112011000500019&script=sci_arttext&tlng=eng
3. Martins RL, Palma AJ, Marquardt EJ, Gordin TM. Temporomandibular disorders: a report of 124 patients. J Contemp Dent Pract. 2010; 11(5):071-8.
4. Hernández Pozo MR, Coronado Álvarez O. Desempeño académico de universitarios en relación con ansiedad escolar y autoevaluación1. Acta Colomb Psicol. 2009; 11(1):13-23.
5. Cortese SG, Oliver LM, Bionde AM. Relación de disfunciones y hábitos parafuncionales orales con trastornos temporomandibulares en niños y adolescentes. Arch Arg Pediatr [Internet]. 2009 [citado 17 Mar 2012]; 107(2): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752009000200006
6. Sardiña Valdés M, Casas Acosta JE, Martínez Brito I. Factores de riesgo de la disfunción temporomandibular asociados al test de Krouth Paulsen. Rev Med Electr [Internet]. 2010 [citado 17 Mar 2012]; 32(5): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1684-18242010000500004&script=sci_arttext&tlng=pt
7. Spielberger CD. Theory and research on anxiety and behaviour. New York: Academia; 1966.
8. Quartana PJ, Wickwire EM, Klick B, Grace E, Smith MT. Naturalicchanges in insomnia symptoms and pain in temporomandibular joint disorder. A crosslagged panel analysis. Pain. 2010; 149: 325-331.
9. Peñón Vivas PA, Grau León J. Caracterización clínica del síndrome de disfunción temporomandibular en el Hospital Universitario "Miguel Henríquez". Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2011 [citado 17 Mar 2012]; 48(4): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072011000400008&script=sci_arttext
10. Peñón Vivas AA, Grau León IB. Síndrome de disfunción temporomandibular y factores asociados. Hospital "Miguel Henríquez" 2009-2010. Rev Hab Cienç Méd [Internet]. 2011 [citado 17 Mar 2012]; 10(4): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2011000400006
11. Sardiña Valdés M, Casas Acosta J. Anomalías de la oclusión dentaria asociadas a la disfunción temporomandibular. Rev Méd Electr [Internet]. 2010 [citado 17 Mar 2012]; 32(3): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1684-18242010000300006&script=sci_arttext

12. Brito IM, Martínez TT, Rodríguez Amp, Saborit TC. Factores de riesgo en pacientes con disfunción temporomandibular. Rev Méd Electr [Internet]. 2009 [citado 19 Oct 2012]; 22(6). [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1684-18242009000400004&script=sci_arttext
 13. Teixeira M, Ribeiro CP, Queiroz A. Bruxismo o desgaste dental em resposta a interferencia oclusal e ao stress. Rev Odontol Braz. 2010; 41(3): 27-34.
 14. Egermark Erksson I, Cariaron CE. Oclusión and mandibular dysfunction: a clinical study of patients referred for funcional disturbances of de masticatiry system. J Prosthet Dent. 1985; 53(3): 402-6.
 15. Ramfjord SP, Ash MM. Oclusión. 2 ed. México: Interamericana; 1987.
 16. Casa Diegos CD. Relación entre esquemas mal adaptativos tempranos y características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. Bogotá: Univ Psychel; 2009.
 17. Da Acosta Álvarez A, Alchieri A, Joao C. Niveles de ansiedad y el impacto social en las personas con bruxismo. Interpsiquis [Internet]. 2012 [citado 19 Oct 2012] [aprox. 8 pantallas]. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/handle/10401/5317>

ANEXOS

Tabla No. 1. Asociación de los hábitos parafuncionales con la DTM.

Variables	X ²	P	V de Cramer
Apretamiento dental	27.47	0.000	0.52
Rechinamiento	7.16	0.000	0.267
Mordedura de labios	4.76	0.000	0.218
lengua y carrillos	2.20	0.040	-
Mordedura de otros objetos	2.14	0.088	-
Onicofagia	2.33	0.096	-
Masticación unilateral	5	0.002	0.22
Protracción lingual	1.74	0.251	-

Fuente, Cuestionario

Tabla No. 2. Comportamiento del apretamiento dental en relación con la disfunción.

Disfunción Temporomandibular								
	Sí			No				
Apretamiento dental	% Fila			% Fila			Total	
Sí	No.	% Apret.	% Disf.	No.	% Apret.	% Disf.	No.	%
	-	85.7	-	-	14.2	-	-	-
	30	-	60	5	-	10	35	35.0
No	-	30.76	-	69.23		-	-	-
	20	-	40	45	-	90	65	65.0
Total	50	-	-	50	-	-	100	100

Fuente: Cuestionario

Source: [Cohen et al.](#)

$\lambda = 27.1$

V de Cramer= 0.52

Tabla No. 3. Comportamiento del rechinamiento dental en relación con la disfunción.

		miento			amien to			
	-	84.6	-	-	15.38	-	-	-
	11	-	22	2	-	4	13	13
No	-	44.8	-	-	55.17	-	-	-
	39	-	78	48	-	96	87	87
Total	50	-	-	50	-	-	100	100

Fuente: Cuestionario

$\chi^2 = 7.16$

P=0.000

V de Cramer=0.267

Tabla No. 4. Comportamiento la mordedura de labios, lengua y carrillos en relación con la disfunción.

Disfunción Temporomandibular								
Mordedura de labios, lengua y carrillos	Sí			No				Total
	% Fila			% Fila				
	No.	% Mor dedura	% Disfunc.	No.	% Morde dura	% Disfunc.	No.	%
Sí	No.	% Mor dedura	% Disfunc.	No.	% Morde dura	% Disfunc.	No.	%
	-	75	-	-	25	-	-	-
	12	-	24	4	-	8	16	16
No	-	45.23	-	-	54.76	-	-	-
	38	-	76	46	-	92	84	84
Total	50	-	-	50	-	-	100	100

Fuente: Cuestionario

$X^2= 4.76$

P=0.000

V de Cramer= 0.218

Tabla No. 5. Comportamiento de la masticación unilateral en relación con la disfunción.

Disfunción Temporomandibular								
Masticación unilateral	Sí			No				Total
	% Fila			% Fila				
	No.	% Mastic. Unilateral	% Disfunc	No.	% Mastic. Unilateral	% Disfunc	No.	%
Sí	No.	% Mastic. Unilateral	% Disfunc	No.	% Mastic. Unilateral	% Disfunc	No.	%
	-	63.41	-	-	36.5	-	-	-
	26	-	52	15	-	30	41	41
No	-	30.37	-	-	44.30	-	-	-
	24	-	48	35	-	70	59	59
Total	50	-	-	50	-	-	100	100

Fuente: Cuestionario

$X^2=5$

P= 0.002

V de Cramer=0.22

Tabla No. 6. Ansiedad estado en relación con la disfunción.

Disfunción Temporomandibular								
Niveles de ansiedad estado	Sí			No				
	% Fila			% Fila			Total	
Bajo	No.	%	% Disfunc.	No.	%	% Disfunc.	No.	%
	-	7.69	-	-	92.30	-	-	-
	1	-	2.0	12	-	24.0	13	13
Medio	-	51.92	-	-	48.07	-	-	-
	27	-	54.0	25	-	50	52	52
Alto	22	62.85	44.0	13	37.14	26.0	35	35
Total	50	-	-	50	-	-	100	100

Fuente: Cuestionario

$\chi^2 = 11.699$

P=0.000

V de Cramer=0.342

Tabla No. 7. Ansiedad rasgo en relación con la disfunción.

Disfunción Temporomandibular								
Ansiedad rasgo	Sí			No				
	% Fila			% Fila			Total	
Bajo	No.	%	%Disfunc.	No.	%	%Disfunc.	No.	%
	-	4.76	-	-	95.23	-	-	-
	1	-	2.0	20	-	40	21	21
Medio	-	52.27	-	-	47.72	-	-	-
	23	-	46.0	21	-	42	44	44
Alto	26	74.28	52.0	9	25.71	18	35	35
Total	50	-	-	50	-	-	100	100

Fuente: Cuestionario

$\chi^2 = 25.539$

P=0.000

V de Cramer= 0.505