

Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana

Volumen 11 No.3 - 2014

Factores de Personalidad y Niveles de ansiedad- depresión en un grupo de pacientes con trastornos en la articulación témporomandibular Personality Factors and Depression- Anxiety Levels on Patients with Tempomandibular Articulation Disorders

Lic. Yanisleidy Hernández Romero,^I Dr. Alejandro Tápanes Domínguez,^{II} Dr. Alejandro Saavedra de la Cruz,^{III} Lic. Raudel Machado Montero,^{IV} Dr. C. Isaura Arreguín Arreguín^V Est. Sarai Andrea Chimal Hernández^{VI}

I Licenciada en Psicología. Profesora Asistente. Hospital Universitario Dr. Miguel Enríquez. La Habana, Cuba.

II Especialista de 1er Grado en Neurocirugía. Hospital Universitario Dr. Miguel Enríquez. La Habana, Cuba.

III Especialista 1er Grado en Medicina Interna. Profesor Instructor. Hospital Psiquiátrico de la Habana Cdte. Bernabé Ordaz. La Habana, Cuba.

IV Licenciado en Psicología. Universidad de la Habana. La Habana, Cuba.,

V Doctorado en Psicología. Universidad de Guanajuato Campus Celaya-Salvatierra. México.

VI Estudiante de la licenciatura en Psicología Clínica en la Universidad de Guanajuato Campus Celaya-Salvatierra. México.

RESUMEN

Introducción: La articulación témporomandibular es un punto álgido en situaciones psicoemocionales mantenidas; la misma se lesiona frecuentemente siendo motivo de consulta de la especialidad de Máxilo Facial del Hospital Dr. Miguel Enríquez.

Objetivo: Identificar los factores de personalidad y estados emocionales que presentan un grupo de pacientes con afectaciones témporomandibulares.

Métodos: se realizó un estudio descriptivo y transversal entre enero y diciembre de 2012. Se tomó una muestra de 38 pacientes de un universo de 52 sujetos. Las técnicas empleadas fueron los test: 16 Factores de Personalidad, Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo, la Autoescala de depresión de Zung y Conde, y una entrevista psicosocial elaborada para el estudio.

Resultados: Se encontró un predominio de niveles altos de ansiedad en mayor medida como estado, niveles medios de depresión y en cuanto a los factores de personalidad en el perfil 1 se ubicó un 74 % de los sujetos, en el perfil 2 un 16 % y en el perfil 3 un 10 %. Por tanto, los pacientes con trastornos en la articulación temporomandibular tienden a ser sujetos reservados, críticos, fríos, apartados, escépticos, esquivos y poco tolerantes a las frustraciones.

Conclusiones: Se evidenció que estos pacientes se caracterizan por tener de base niveles de ansiedad altos y niveles medios de depresión. Se demuestra que los factores de la personalidad tienen un gran peso sobre el comportamiento hacia padecer dichos síntomas témporomandibulares, demostrado por un perfil determinado.

Palabras clave: articulación témporomandibular, personalidad, ansiedad, depresión.

ABSTRACT

Introduction: The temporomandibular articulation is an algid point sustained psychosocial situations. This articulation gets hurt frequently and is a cause of appointments on maxillofacial specialty at the Miguel Enriquez Hospital.

Objective: To identify the personality factors and emotional estates that a group of patients with temporomandibular affectations present.

Methods: It was carried out descriptive and transversal study between January and December 2012. A sample of 38 individuals was taken from 52 patients. Personality 16 Factors, State-

Feature Anxiety Inventory, Zung and Conde's Self Scale of Depression and a psychosocial interview created for this study were the techniques used.

Results: A predominance of high levels of anxiety in a great level was found, as well as middle depression levels. On personality factors: on the profile 1 a 74% of subjects were placed, while on profile 2 16% and on profile 3 10%. Due to this, patients with temporomandibular articulation disorders have a tendency to be reserved individuals characterized by being faultfinder, cold. They also are individuals that stay out, skeptical, evasive, and very little tolerant to frustration.

Conclusions: These patients are characterized by base levels of high anxiety and depression middle levels. Factors personalities are showed to have a great peso over the achievement towards suffer from these temporomandibular symptoms demonstrated by a determined profile.

Keywords: temporomandibular articulation, personality, anxiety, and depression

INTRODUCCIÓN

La articulación témporomandibular (ATM), su funcionamiento y alteraciones son un tema muy controvertido dentro del campo de la medicina y en específico dentro la especialidad de Máxilo Facial. Aunque visto desde el punto de vista psicológico son muy escasas las referencias en este sentido, sobre todo las enfocadas a analizar los niveles de ansiedad y depresión en estos pacientes, tema sobre el cual hasta ahora, se ha investigado muy poco. El interés por este estudio ha surgido del trabajo realizado por un equipo multidisciplinario formado principalmente por especialistas en Máxilo Facial y Psicología, en aras de contribuir a que se preste una mayor atención a la disfunción de la articulación témporomandibular y su tratamiento integrador.

Dentro de las disfunciones de la articulación témporomandibular está incluido el síndrome dolor-disfunción, el cual ha sido objeto de estudio por investigadores de múltiples disciplinas, como son: estomatólogos especialistas en Máxilo Facial, ortodoncistas, neurólogos y otorrinos.¹ De esta forma, distintos autores le han dado diferentes denominaciones al mismo, tales como: disfunción miofacial dolorosa, dolor facial atípico, síndrome miofacial doloroso, entre otros.² Como se puede apreciar existe una diversidad de criterios cuando se trata de diagnosticar y tratar el síndrome dolor-disfunción y por tanto, representa una problemática que afecta principalmente al paciente que padece la enfermedad.

Los hábitos inadecuados del paciente también pueden ser factores que originen o perpetúen una alteración de la articulación témporomandibular, generalmente por abuso muscular o por sobrecarga de estructuras articulares. Existe una infinidad de estos hábitos: el apretamiento dentario y el bruxismo o rechinar dentario, ya sea diurno o nocturno, sostener o mordisquear instrumentos con la boca y las posturas asimétricas son algunos de los más frecuentes.

La tensión emocional es otro factor fundamental en la etiología de las alteraciones témporomandibulares. Los pacientes que presentan dolores en la articulación témporomandibular suelen presentar altos niveles de tensión, tendencia a la dependencia de fármacos u otros tratamientos, pérdida de autoestima, apatía y conducta esquiva y hostilidad.³ Especialmente en pacientes que sufren dolor crónico es frecuente que existan altos niveles de depresión y trastornos por ansiedad; donde estos trastornos psicológicos requieren de tratamiento psiquiátrico y/o psicológico, razón por la que tienden a agudizarse en caso que existan rasgos personales predisponentes a padecer estados de ansiedad y/o depresión. Desde el punto de vista psicológico estos casos son orientados básicamente con terapias de relajación o la práctica de ejercicios relajantes, los cuales reducen la ansiedad y la tensión emocional, sumada a la indicación de Terapia Floral, permitiendo en estos pacientes reducir considerablemente el dolor.^{4,5}

Estas terapias deben comenzar a utilizarse luego de haberle realizado una evaluación psicológica al paciente para medir en qué grado están elevados estos estados emocionales de depresión y ansiedad y a continuación, identificar las situaciones que incrementan dicha tensión para evitarlas, siempre que sea posible realizar actividades que la reduzcan, como el deporte o actividades de recreo.

La relajación, que puede hacerse empleando diversas técnicas, es principalmente efectiva en la

reducción del dolor en pacientes con cefaleas crónicas.^{6,7}

Algunos de los factores que provocan los trastornos temporomandibulares son el rechinar de los dientes, el apretamiento de los dientes, los traumatismos en cabeza, cara y cuello, la artritis entre otros.⁸

Los desórdenes temporomandibulares están considerados como la mayor causa de dolor en la región orofacial de causa no dental. Los síntomas más frecuentes son el dolor en la musculatura masticatoria, dolor en el área preauricular y/o en la ATM.⁹

Una alta proporción de los pacientes que padecen trastornos temporomandibulares tienen trastornos psíquicos, habiéndose identificado diversos tipos, pero los más frecuentes son el estrés, la ansiedad y la depresión.¹⁰

Por lo que nuestro objetivo estuvo encaminado describir socio demográficamente al grupo en estudio e identificar los rasgos de personalidad que presentan estos sujetos, así como valorar la presencia de estados emocionales como la depresión/ansiedad en los pacientes con afectación en la articulación temporomandibular.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, en el periodo de enero y diciembre de 2012.

El universo de estudio estuvo constituido por 52 pacientes con diagnóstico de afectación de la articulación temporomandibular atendidos en el servicio de Máxilo Facial del Hospital Universitario "Miguel Enríquez". La muestra fue probabilística quedando conformada por 38 pacientes de ambos sexos que dieron su consentimiento para participar en la investigación. Se excluyeron aquellos pacientes con antecedentes patológicos personales (APP) de afecciones psiquiátricas y los que presentaban trastornos en la articulación temporomandibular por traumas (quirúrgicos o no).

Se utilizó el inventario de personalidad 16 PF, llamado así por clasificar en 16 factores de la personalidad de un sujeto dado, tiene varias formas de presentación: Inventario de Personalidad 16 PF Forma A, B, C, D, E y F. Autores: Raymond B. Cattell - Herbert W. Eber. 11 La prueba puede ser aplicada de forma individual o colectiva desde los 16 años de edad. La Forma A y B requiere un nivel de enseñanza media o superior. Las Formas C y D es menos exigente en cuanto al nivel educacional, y las Formas E y F están diseñadas para personas que presentan algún déficit en su formación y nivel de comprensión lectora. En la presente investigación se utilizó la forma C del 16 PF. La prueba cuenta con 105 ítems, se aplica sin límite de tiempo, habitualmente la demora de un sujeto en completar el test es alrededor de 40 minutos.

La prueba se basa en los datos aportados por el análisis factorial, y sugiere que existe una estructura natural y unitaria de personalidad donde el rasgo es la tendencia relativamente estable del comportamiento, y que pueden ser llevadas a un cuestionario y medidas en un sujeto.¹¹

Dado los resultados de los factores de personalidad estos se agruparon en tres perfiles.

Perfil 1

Reservado, alejado, crítico, frío, apartado, esquivo. Duro, escéptico. Gusta más de las cosas que de las personas. Trabaja en solitario. Preciso. Rígido, inflexible. Afectado por los sentimientos, poco estable emocionalmente, turbable, emotivo, voluble, hipersensible. Poca tolerancia a la frustración. Evade llamado de la realidad. Evade necesidades. Aprehensivo y preocupado, ansioso, autocensurado, con presagios e ideas largamente gestadas, ante dificultades se presenta infantil y ansioso. Analítico, crítico, liberal, experimental, de ideas libres y pensamiento abierto, librepensador. Se interesa por cuestiones intelectuales y duda de los principios fundamentales. Escéptico. Lleno de ansiedad en su sentido corriente. No necesariamente neurótico, la ansiedad puede ser ocasional. Puede presentar desajustes, como estar insatisfecho con su posibilidad de responder a las urgencias de la vida.

Perfil 2

Pensamiento concreto, poca capacidad para los estudios. Lento para aprender y captar las cosas,

interpreta literalmente. Escasa capacidad intelectual. Cohibido, reprimido, tímido, falta de confianza en sí mismo, timorato, desconfiado, cauteloso, marginado de la actividad social, puede presentar sentimientos de inferioridad. Lento y torpe al hablar. Sensibilidad blanda. Dependiente, sobre-protegido, impresionable, tierno, sensitivo, idealista, soñador, artista. A veces solicita ayuda y atención de los otros. Impaciente. Poco práctico. Dependiente, buen compañero, de fácil unión al grupo, es su seguidor fiel. Prefiere trabajar y tomar decisiones en grupo. Le gusta y depende de la aprobación social. Sigue directivas del grupo. Dependiente, pasivo, conducido por el grupo. Probablemente desee y necesite el apoyo de los demás y oriente su conducta hacia quienes le proporcionan ese soporte.

Perfil 3

Pensamiento abstracto, brillante. Mucha capacidad para los estudios. Rápido para comprender y aprender ideas. Existe alguna relación con el nivel cultural y con la viveza mental.

Independiente, agresivo, competitivo, obstinado, carácter firme, testarudo, autoritario, dogmático. Seguro de sí mismo. De mentalidad independiente austero, hostil, hace caso omiso a toda autoridad. Sensibilidad dura. Confiado en sí mismo, realista, seguro de sí, sensato. Práctico, independiente, responsable, a veces duro, cínico, tiene al grupo trabajando con realismo y sentido práctico. Práctico, cuidadoso, convencional, regulado por realidades externas, formal, correcto, suele mostrarse ansioso por hacer las cosas bien, atento a los problemas prácticos y a lo que es evidente posible. Autosuficiente, prefiere sus propias decisiones. Lleno de recursos. Independiente, acostumbra a seguir su propio camino, toma sus decisiones y actúa por su cuenta.¹¹

En cuanto a la depresión, de mayor utilidad resultó la Autoescala de Depresión de Zung y Conde que data de 1965 y establece la frecuencia de aparición en un sujeto de sensaciones y estados de ánimo como la tristeza, llanto e insatisfacciones.¹²

Se utilizó también el Inventario de Ansiedad, Rasgo-Estado (Idare), la cual es la técnica más usada internacionalmente para evaluar niveles de ansiedad y es considerada la prueba más desarrollada desde los puntos de vista teórico y metodológico. Su autor es el prestigioso psicólogo Norteamericano Charles Spielberger y parte de considerar teóricamente la ansiedad con dos formas de expresión, como estado y como rasgo.¹²

La ansiedad como estado, se refiere al estado emocional transitorio o situacional, que varía en intensidad y fluctúa en el tiempo; mientras que como Rasgo se refiere a diferentes características de personalidad relativamente estables, en cuanto a la tendencia a presentar ansiedad ante situaciones o estímulos con peligro o amenaza.

Se utilizó además de una entrevista psicosocial que se confeccionó para la investigación, con el objetivo de recoger los datos generales de los pacientes estudiados. Se empleó el sistema estadístico SPSS 11.5 para el análisis de los resultados.

RESULTADOS

En el estudio realizado se observó un predominio del sexo femenino 86,8% (33) sobre el masculino con un 13.2 % (5).

El estado civil predominante fue el soltero con un 57.9 % (22), sobre el casado con un 31.6 % (12) y el divorciado 10.5 % (4) Tabla 1.

Tabla 1. Distribución de pacientes según estado civil

Edad	No.	%
Casado	12	31,6
Divorciado	4	10,5
Soltero	22	57,9
Total	38	100.0

Los pacientes entre 21 a 35 años con un 36.8 % (14), es decir, los más activos laboralmente, seguido de los de 45 años o más con 34.2 % (13), luego de 36 a 45 años con 15,8% (6) y en menor medida los de rangos de edades entre 10 a 20 años 13.2 % (5). Tabla 2

Tabla 2. Distribución de pacientes según grupos etarios, consulta de psicología

Edad	No.	%
10-20	5	13,2
21-35	14	36,8
36 a 45	6	15,8
> 45	13	34,2
Total	38	100.0

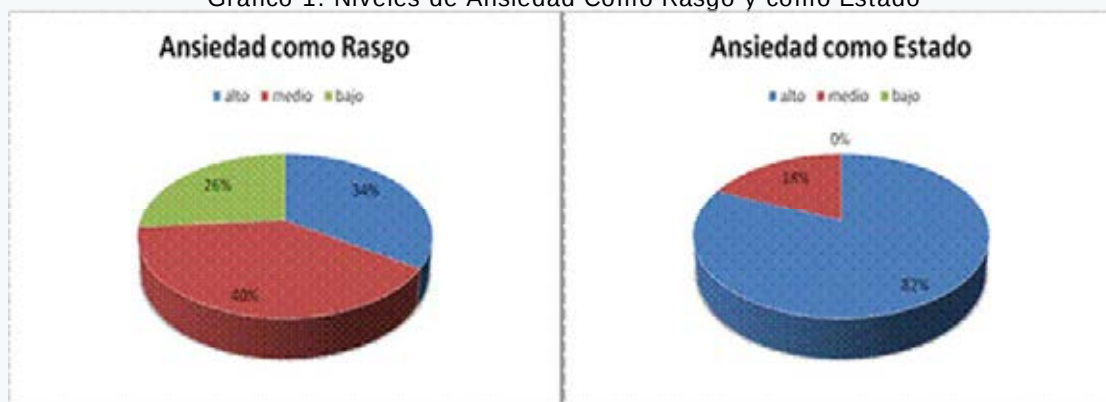
En los niveles de depresión existentes, se pudo apreciar que presentaron una depresión moderada, el 52.6 % (20), seguido de un depresión leve el 36.8 % (14), en menor medida como severa un 10.5 % (4). Tabla 3.

Tabla 3. Distribución de pacientes según niveles de depresión, consulta de psicología.

Depresión	No.	%
Leve	14	36,8
Moderada	20	52,6
Severa	4	10,5
Total	38	100.0

El porcentaje de pacientes con niveles de ansiedad como rasgo, es decir como parte de sus características de personalidad alto en un 34 % (13), medio en un 40 % (15) y bajo en un 26 % (10). En cuanto a los niveles de ansiedad como estado, o sea en el periodo de manifestación de los trastornos en la articulación témporomandibular se encontró alto en un 82 % (31), medio en 10 % (7) y 0 % bajo, lo cual indica que estos son altamente generadores de ansiedad y más aún, cuando existe de base esta patología como rasgo (Gráfico 1).

Gráfico 1. Niveles de Ansiedad Como Rasgo y como Estado



En el 16 PF se encontró en el perfil 1 un 74 % (28), en el perfil 2 un 16 % (6) y en el perfil 3 un 10% (4), lo cual resalta que los pacientes con trastornos en la articulación temporomandibular tienden a tener como principales rasgos en su personalidad los correspondientes al perfil 1 (Gráfico 2).

Gráfico 2. Perfil por factores del 16 PF



DISCUSIÓN

En un estudio realizado por médicos cordobeses revela que las mujeres sufren más dolor en la articulación temporomandibular que los hombres y que la separación o el divorcio están relacionados con un aumento de la intensidad de ese dolor.¹³

Problemas emocionales, como ansiedad y depresión, están relacionados con trastornos en la articulación temporomandibular (ATM), según estudios que presentados durante el Curso de Cirugía ATM, organizado por la Sociedad Española de Cirugía Oral y Maxilofacial (SECOM).¹³ Asimismo, las personas que pasan más tiempo frente al ordenador también son más propensas a padecer esta problemática. En general, las citoquinas originadas por el estrés, además, causan una degeneración del cartílago, como han comprobado recientemente investigadores chinos. De este modo, investigadores del servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial de la Universidad de Greifswald, en Alemania, han propuesto que “los síntomas de depresión y ansiedad deberían ser considerados como factores de riesgo en el dolor del trastorno temporomandibular”, según recoge Journal of Pain.¹³

“Hay una asociación directa entre el estado emocional y la mandíbula, ya que a mayor tensión tendemos a ejercer presión sobre ella, incluso durante la noche, lo que se refleja en síntomas a corto plazo como el dolor en la masticación y que puede degenerar en una artritis”, ha señalado, por su parte, el presidente de la SECOM, el doctor Arturo Bilbao.¹³

Por otro lado, sufrir cefaleas es otro factor de riesgo de experimentar más dolor en la ATM, recoge un estudio publicado en la revista Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal.¹³ Muchos estudios plantean que los desórdenes funcionales temporomandibulares se acompañan a menudo por síntomas mentales como la ansiedad, la depresión con somatización en varios niveles, son muy comunes y afectan entre el 30 y el 50 % de la población y parece ser más predominante entre las mujeres que entre los hombres.^{9,14}

Los factores psicosociales son considerados factores etiopatogénicos con la capacidad añadida de exacerbar el proceso o perpetuarlo. También se ha descrito su influencia sobre los resultados terapéuticos.¹⁵ Sin embargo, la relación entre los factores psicológicos y los trastornos temporomandibulares es compleja. Se observa que la regulación neuromuscular del aparato estomatognático, especialmente de la ATM y de los músculos masticatorios, puede estar alterada en los pacientes con patología psiquiátrica incrementando la posibilidad de desarrollo de trastornos temporomandibulares.¹⁶ Esta teoría se corrobora en estudios como el de Tapies Ledesma y cols.¹⁷ quienes encuentran en los pacientes con trastornos psicológicos tres veces más riesgo de padecer trastornos temporomandibulares. También estos autores encuentran que los pacientes con ansiedad y depresión presentan un mayor riesgo de desarrollar trastornos temporomandibulares, especialmente las mujeres.

Se plantean que el bruxismo nocturno no es responsable del dolor matutino que experimentan estos pacientes, sino que dicho dolor es consecuencia del estrés diario que da origen a una actividad parafuncional de apretamiento diurno que al final del día provoca dolor en la musculatura masticatoria, siendo el dolor matutino un dolor residual de aquel que se produjo el día anterior, y por tanto, su origen primario es el estrés.

Estos resultados están en línea con las últimas teorías que consideran que el bruxismo nocturno, más que ser una consecuencia de factores oclusales, psicológicos, genéticos o fruto del estrés, en realidad se trata en sí mismo de un trastorno del sueño y de tipo locomotor.¹⁸ En un estudio posterior del año 2008, Van Selms¹⁹ concluye que el estrés, y no las actividades parafuncionales, parece estar más relacionado con el dolor muscular crónico.

Los resultados de la mayoría de los estudios permiten observar una evidente relación entre los factores psicosociales y los TTM. Sin embargo, desde el punto de vista psicopatogénico, aún no existe ninguna teoría clara que pueda demostrar tal relación, encontrándonos con la formulación de múltiples hipótesis.

La respuesta nos la da una hipótesis cada vez más demostrada que establece que la conexión entre la psique y el soma se produce a través del eje hipotalámico-hipofisario (EHH). En el dolor orofacial crónico, factores como el estrés, la depresión y la ansiedad, producen cambios cualitativos en el funcionamiento del EHH, manifestados como alteraciones en el nivel de esteroides, fundamentalmente, los cuales serían la base del desencadenamiento del dolor.^{20,21}

En este trabajo se evidencia que el perfil de los pacientes estudiados con trastornos en la articulación temporomandibular, está definido por tener de base niveles de ansiedad entre medios y altos, traducidos como trastornos de ansiedad, que pueden ser un factor desencadenante de la sintomatología dolorosa o no en la articulación temporomandibular; la que una vez instaurada, refuerza la sintomatología emocional. Existió predominio del sexo femenino sobre el masculino. Se observó mayor representación de pacientes solteros sobre los casados y viudos, así como las edades más afectadas se encontraron de 21 a 35 años y los indicadores de ansiedad con un nivel mucho más alto que la depresión.

ANEXO 1

Consentimiento informado

Introducción

Estamos realizando un estudio sobre como usted valora su calidad de vida y satisfacción con su salud general. El mismo es totalmente confidencial y usted esta en todo su derecho de elegir si participa o no. Los resultados obtenidos serán englobados de manera general protegiendo la privacidad de cada paciente. Los cuales nos permitirán establecer relaciones entre su enfermedad, su percepción de salud y su bienestar en general. A continuación le presentaremos unos cuestionarios que deseamos responda con la mayor sinceridad. Agradeciéndole de antemano su colaboración."

Para satisfacción de los derechos del paciente, como instrumento favorecedor del correcto uso de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

Yo _____ (nombre y dos apellidos del paciente)
de _____ años de edad, con domicilio en _____.
CI _____.

Expongo:

Que he sido informado/a por el Dr. /Lic. _____, en
entrevista personal realizada el día _____ que se va a realizar un estudio en el cual estoy
de acuerdo en participar.

Firma del paciente _____

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Yusuf H, Rothwell PS. Temporomandibular joint pain-dysfunction in patients suffering from atypical facial pain. Br Dent J .1986; 161(6):208-12.

2. Helkimo M. Studies on function and dysfunction of the masticatory system. Age and sex distribution of symptoms is dysfunction of the masticatory system in laps in the north of Finland. 1974; 32(4):225-59.
 3. Donaldson D, Kroening R. Recognition and treatment of patients with chronic orofacial pain. 1979; 99:961-6.
 4. Carrington P, Collins GH, Benson H. The use of meditation-relaxation techniques for the management of stress in a working population. 1980; 22:221-31.
 5. Okeson JP, Moody PN, Kemper JT, et al. Evaluation of occlusal splint therapy and relaxation procedures in patients with temporomandibular disorders. 1983; 107:420-4.
 6. Gessel AH, Alderman MM. Management of myofascial pain dysfunction syndrome of the Temporomandibular joint by tension control training. 1971; 12:302-30.
 7. Larsson B, Melin L. Chronic headaches in adolescents: treatment in a school setting with relaxation training a compared with information contact and self-registration. 1986; 25:325-36.
 8. Espinosa, S., Reyes, G., Vaillard, J.E., Vargas. Relación de desórdenes temporomandibulares-perfil psicológico en estudiantes de Puebla. Revista Odontológica Mexicana. 2006; 0(3): 115-8.
 9. Casares G. Clasificación de los desórdenes temporomandibulares. En: García-Fajardo Palacios C, editor. Dolor odonto estomatológico. 1ª ed. Madrid, Ripano, S.A; 2007, 107-111.
 10. Lee LTK, Yeung RWK, Wong MCM, McMillian AS. Diagnostic sub-types, psychological distress and psychosocial dysfunction in southern Chinese people with temporomandibular disorders. J Orofac Pain. 2008; 35: 184-190.
 11. González Llana FM. Instrumentos de evaluación psicológica. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2007.
 12. López Angulo L M. Compendio de instrumentos de Evaluación Psicológica. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2010.
 13. Stefan K, Stefanie S, Mohammad H, Hans J, Olaf B, Reiner B. Depressive and Anxiety Symptoms as Risk Factors for Temporomandibular Joint Pain: A Prospective Cohort Study in the General Population. The Journal of Pain. 09 Nov 2012.
 14. Emodi-Perlman A, Yoffe T, Rosenberg N, Eli I, Winocur E. Prevalence of psychologic, dental, and temporomandibular signs and symptoms among chronic eating disorders patients: a comparative control study. J Orofac Pain. 2008; 22(3).
 15. Gatchel RJ, Stowell AW, Buschang P. The relationship among depression, pain, and masticatory functioning in temporomandibular disorder patients. J Orofac Pain. 2006; 20(4):288-297.
 16. Cruz Rodríguez D, Velasco Ortega E, Torres Núñez R, Medel Soteras R, Velasco Ponderrada C. Los trastornos temporomandibulares en relación con la patología psiquiátrica. Av Odontoestomatol. 2002; 18 (6): 333-4
 17. Tapias Ledesma MA, Martínez Domínguez C, Muñoz García JC, Hernández V. Prevalencia de disfunción craneomandibular en una población de un centro de salud. Arch Odonto Estomatol. 2007; 23 (1): 37-44.
 18. Plaza C, García-Fajardo Palacios C. Bruxismo y disfunción craneomandibular. En García-Fajardo Palacios C., editor. Dolor odonto estomatológico. 1ª ed. Madrid: Ripano, S.A; 2007. pp. 129-37.
 19. Van Selms MKA, Lobbezoo F, Visscher CM, Naeije M. Myofascial temporomandibular disorder pain, parafunctions and psychological stress. J Oral Rehabil. 2008; 35: 45-52.
 20. Bertoli E, de Leeuw R, Schmidt JE, Okeson JP, Carlson CR. Prevalence and impact of post-traumatic stress disorder symptoms in patients with masticatory muscle or temporomandibular joint pain: differences and similarities. J Orofac Pain. 2007; 21 (2): 106-19.
 21. Woda A. Psychologic versus somatic? Is it a pertinent alternative? J Orofac Pain. 2007; 21 (2): 85-6.
-

Recibido: 17 de febrero de 2014
Aceptado: 20 de octubre de 2014.

Yanisleidy Hernández Romero. Hospital Universitario Dr. Miguel Enríquez. La Habana, Cuba. **Correo electrónico:** 5353546219@mms.cubacel.cu