Perfil de Personalidad, niveles de Ansiedad y Depresión en pacientes con disfunción témporomandibular

Yanisleidy Hernández Romero[1]
Isaura Arreguín Arreguín[2]
Isidoro Alejandro Solernou Mesa[3]
Gabriela Lahens Soto[4]

1 Licenciada en Psicología, Máster en Psicología de la Salud, Profesora Auxiliar de la Facultad de Ciencias Médicas "Miguel Enríquez" Departamento de ciencias clínicas, La Habana, Cuba, Correo electrónico yanihdez@infomed.sld.cu

2 Doctora en Psicología. Profesora de Tiempo Completo en Campus Celaya Salvatierra, de la Universidad de Guanajuato, México. Correo electrónico: iarreguina@ugto.mx

3 Licenciado en Pedagogía y Psicología, Máster en Psicología Educativa, Doctor en Ciencias Pedagógicas, Profesor Titular de la Facultad de Ciencias Médicas "Miguel Enríquez". La Habana, Cuba, Correo electrónico iasm@infomed.sld.cu

4 Estudiante de Licenciatura en Psicología. Universidad de La Habana. La Habana, Cuba, Correo electrónico gaba.lahens@gmail.com

Resumen

Introducción: La articulación témporomandibular es un punto frágil ante situaciones psicoemocionales; 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 disfunciones témporomandibulares.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo transversal entre enero y diciembre de 2019. 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 de depresión media. 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: disfunción, articulación témporomandibular, personalidad, ansiedad, depresión.

I. 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. 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 una mayor atención a la disfunción de la articulación témporomandibular y con un 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 rechinamiento 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 sera 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 témporomandibulares son el apretamiento de los dientes, los traumatismos en cabeza, cara y cuello, la artritis entre otros. [8]

Los desórdenes témporomandibulares 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 témporomandibulares 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 témporomandibular.

II. MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, en el periodo de enero y diciembre de 2019. El universo de estudio estuvo constituido por 52 pacientes con diagnóstico de afectación de la articulación témporomandibular 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 témporomandibular 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, falto 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, dogma-tico. 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 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.

III. 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.

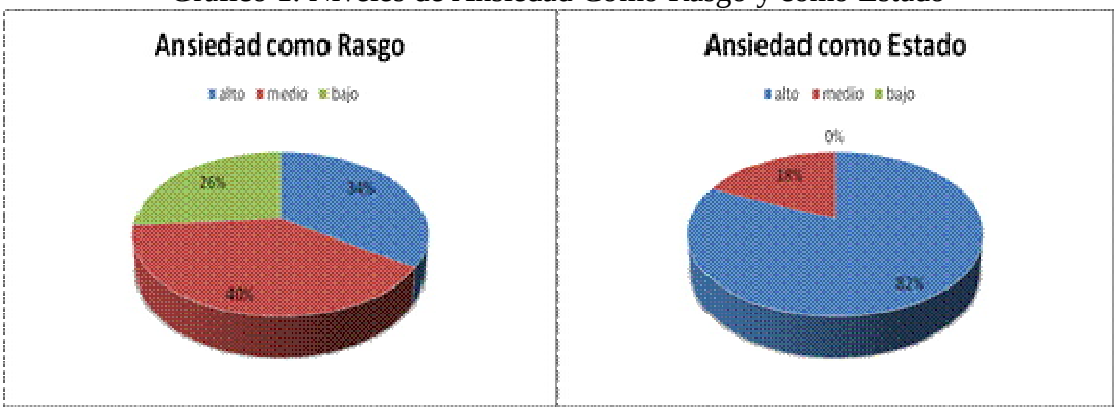
Tabla 3. Distribución de pacientes según niveles de depresión, consulta de psicología

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 indi-

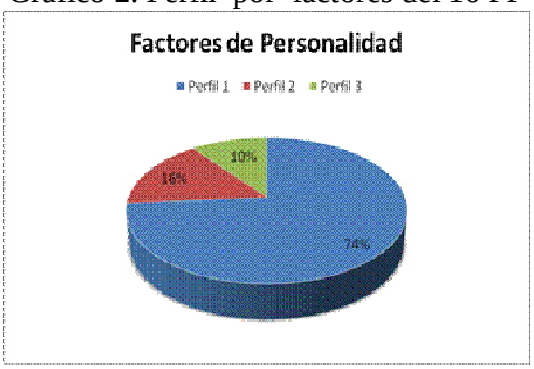
ca que estos son altamente generadores de ansiedad y más aún, cuando existe de base esta patología como rasgo (Gráfico 1).

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



IV. CONCLUSIONES

En este trabajo se evidencia que el perfil de los pacientes estudiados con trastornos en la articulación témporomandibular, 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 témporomandibular; 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.

REFERENCIAS

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 oclusal 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.1rª 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 Llaneza 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.