



“AUTOMANEJO EN EL TRATAMIENTO DE TRASTORNOS TEMPOROMANDIBULARES: SCOPING REVIEW”

Trabajo de Investigación
Requisito para optar al Título de Especialista
En Trastornos Temporomandibulares y Dolor Orofacial

Residentes: Dra. Valeska Fariña Espinosa
Dra. Natalie Jara Muñoz

Docente guía:
Dr. Camilo León Morales

Director de Programa:
Dr. Daniel Lira Alegría

Valparaíso - Chile
2025

ÍNDICE

I.	RESUMEN.....	5
II.	INTRODUCCIÓN	6
III.	MARCO TEÓRICO.....	8
	3.1 Trastornos temporomandibulares.....	8
	3.1.1 Características de los trastornos temporomandibulares.....	8
	3.1.2 Etiología de los trastornos temporomandibulares	8
	3.1.3 Signos y síntomas clínicos.....	9
	3.2 Factores psicosociales y trastornos temporomandibulares	10
	3.3 Trastornos temporomandibulares y cronicidad.....	11
	3.4 Tratamiento de los trastornos temporomandibulares	12
	3.5 Trastornos temporomandibulares y automanejo de la enfermedad	13
	3.6 Elementos de apoyo al automanejo.....	15
	3.7 Problemática actual del automanejo	16
III.	OBJETIVOS.....	18
	4.1 Objetivo General:	18
	4.2 Objetivos Específicos:	18
IV.	METODOLOGÍA	19
	5.1 Diseño del estudio	19
	5.2 Criterios de Elegibilidad	19
	5.3 Fuentes de información	19
	5.4 Estrategia de búsqueda	19
	5.5 Selección de las fuentes de información.....	20
	5.6 Extracción de datos.....	20
	5.7 Datos	21
	5.8 Síntesis de los resultados.....	23
VI.	RESULTADOS	25
	6.1 Selección de las fuentes de evidencia	25
	6.2 Análisis cualitativo de los estudios	25
	6.2.1 Descripción individual de los estudios.	26
	6.2.1.1 Consenso de expertos.....	26
	6.2.1.2 Ensayos clínicos aleatorizados (ECA)	26
	6.2.1.3 Estudios observacionales y longitudinales.....	35
	6.2.1.4 Series de casos	38
	6.2.1.5 Cohortes prospectivos.....	39
	6.2.2 La terminología asociada al automanejo en TTM es heterogénea y se utiliza de	

forma intercambiable en la literatura	40
6.2.3 El uso de términos relacionados con el automanejo en TTM ha aumentado con el tiempo, con un máximo entre 2010 y 2019	41
6.2.4 Componentes del automanejo y elementos del apoyo al automanejo reportados en la literatura científica para el tratamiento de los TTM.....	43
6.2.4.1 Los componentes de automanejo se centran principalmente en la educación y en los ejercicios mandibulares.	43
6.2.4.2 La educación, los ejercicios, la terapia térmica, el automasaje, la modificación de parafunciones y la dieta blanda conforman el núcleo del automanejo en TTM	45
6.2.4.2.1 Educación:	45
6.2.4.2.2 Terapia de autoejercicios:	46
6.2.4.2.3 Terapia térmica:.....	47
6.2.4.2.4 Automasaje:.....	48
6.2.4.2.5 Comportamientos parafuncionales:	49
6.2.4.2.6 Nutrición y dieta:	49
6.2.4.3 Las intervenciones de automanejo logran reducciones del dolor y mejoras de la función mandibular comparables a otras terapias conservadoras en TTM .	50
6.2.4.3.1 Dolor:	50
6.2.4.3.2 Función mandibular:	52
6.2.4.3.3 Calidad de vida:	53
6.2.4.4 En el apoyo al automanejo se priorizan los elementos de cambio de conducta e integran, de forma limitada, el resto de los elementos de apoyo recomendados.	54
6.2.5 Existe un predominio odontológico en la ejecución de los roles de apoyo al automanejo, con una participación limitada de otros profesionales de la salud.	56
VII. DISCUSIÓN	60
7.1 Síntesis de hallazgos principales	60
7.1.1 Variabilidad terminológica, falta de consenso en la definición de Automanejo y su evolución en el tiempo.....	60
7.1.2. Variabilidad de los componentes de automanejo descritos para el tratamiento de los TTM.....	61
7.1.3 Efectividad clínica del automanejo en dolor, función y calidad de vida.....	63
7.1.4 Brechas en el soporte integral: limitaciones en los elementos de apoyo al automanejo	65
7.1.5 El rol profesional y la necesidad de transicionar de educador a facilitador.....	66
7.1.6 Fortalezas y limitaciones de la investigación	68
VIII. CONCLUSIONES	70
REFERENCIAS	71

IX. ANEXO..... 79
 Anexo 1: Resumen de la tabla de extracción de datos de los estudio 79

I. RESUMEN

- **Introducción:** Los trastornos temporomandibulares (TTM) son una causa frecuente de dolor orofacial crónico, con impacto funcional y psicosocial. El automanejo se propone como eje de los abordajes conservadores, pero la terminología, los componentes de los programas y el apoyo profesional no han sido descritos sistemáticamente, lo que dificulta comparar intervenciones y aplicar la evidencia. El objetivo fue identificar los componentes de automanejo en TTM y analizar la terminología, los elementos de apoyo y el rol de los profesionales de la salud en su aplicación.
- **Metodología:** Se realizó una scoping review bajo parámetros PRISMA de estudios publicados entre 1990 y 2025, identificados mediante búsqueda en las bases de datos Pubmed, OVID y Wiley. Se incluyeron consensos de expertos, estudios clínicos aleatorizados y estudios observacionales que describieran intervenciones de automanejo o autocuidado en TTM. Se categorizaron terminología, componentes de automanejo, elementos de apoyo y roles profesionales.
- **Resultados:** Se observó un uso creciente pero heterogéneo de la terminología, con términos como self-management, self-care, educación y consejería utilizados de forma intercambiable y sin definiciones claras. Se identificaron 27 componentes, centrados en un núcleo físico-educativo, mientras que los componentes cognitivo-conductuales y psicosociales fueron menos frecuentes. Los estudios reportaron reducciones de dolor y mejoría funcional comparables a otras terapias conservadoras, pero con escasa evaluación de calidad de vida. Ningún programa integró plenamente elementos de apoyo al automanejo y la mayoría incorporó pocos elementos explícitos o participación multiprofesional, concentrando el rol en el odontólogo.
- **Discusión:** El automanejo se ha consolidado como estrategia relevante para el tratamiento de los TTM, pero su desarrollo conceptual y operativo sigue siendo parcial. El uso limitado de marcos de consenso existentes (como el Delphi de 2016), evidencian la necesidad de fortalecer estos marcos, estandarizar definiciones, componentes y elementos de apoyo al automanejo, y avanzar hacia intervenciones multidisciplinarias centradas en la persona que integren educación, entrenamiento en habilidades, apoyo psicológico, seguimiento y resultados en calidad de vida.

II. INTRODUCCIÓN

Los trastornos temporomandibulares (TTM) comprenden un conjunto de condiciones clínicas caracterizadas por dolor y/o disfunción en la articulación temporomandibular y/o en los músculos masticatorios (E. Schiffman et al., 2014), pudiendo involucrar también estructuras anatómicas adyacentes. Afectan aproximadamente a un tercio de la población y son la principal causa de dolor no odontogénico en la región orofacial, con un impacto significativo en la calidad de vida de los pacientes.

Durante las últimas décadas, la comprensión de los TTM ha evolucionado desde una visión centrada únicamente en factores estructurales hacia un enfoque más amplio que reconoce su naturaleza multifactorial y biopsicosocial. Hoy se sabe que su etiología involucra una compleja interacción entre factores físicos, psicológicos y sociales, lo que exige una aproximación terapéutica que trascienda las intervenciones físicas o farmacológicas tradicionales.

Entre las estrategias terapéuticas actuales, el *automanejo (self-management)* ha surgido como un componente clave, especialmente en el contexto del manejo de enfermedades crónicas (Palmer et al., 2023). Este concepto se refiere a la capacidad del paciente para identificar y controlar los factores de riesgo modificables que pueden perpetuar o exacerbar su sintomatología, fomentando así su empoderamiento y adherencia al tratamiento (Martz, 2017). Diversas guías clínicas reconocen el automanejo como una intervención de primera línea para las patologías crónicas (Richard et al., 2011), incluyendo los TTM, donde la evolución fluctuante y el impacto psicosocial de la enfermedad hacen particularmente relevante su integración en la práctica clínica.

A pesar de su creciente reconocimiento, el automanejo enfrenta incertidumbres significativas: si bien su definición está claramente establecida en la literatura, persiste un uso incorrecto de la terminología, confundiéndolo frecuentemente con conceptos relacionados como el autocuidado o la autorregulación. Esta confusión terminológica dificulta la búsqueda, clasificación y aplicación de la información disponible, generando inconsistencias en la implementación de los distintos componentes del automanejo y en la evaluación de su efectividad. Como consecuencia, la falta de claridad en el uso de los términos limita la adopción sistemática de programas de apoyo al automanejo en la práctica clínica.

Considerando este contexto, la presente revisión tiene como propósito compilar y analizar la evidencia científica actual relativa al automanejo y los componentes del automanejo asociados al

tratamiento de los TTM. El objetivo principal es identificar los componentes de automanejo descritos en la literatura especializada, sistematizar y clasificar la información recopilada, y examinar el rol desempeñado por los profesionales de la salud en la promoción, implementación y seguimiento del cumplimiento del automanejo

III. MARCO TEÓRICO

3.1 Trastornos temporomandibulares

3.1.1 Características de los trastornos temporomandibulares

Los trastornos temporomandibulares (TTM) se definen como un conjunto de condiciones dolorosas y/o disfuncionales que afectan a los músculos masticatorios y/o a la articulación temporomandibular (ATM) (Willeman Bastos Tesch et al., 2014). Se estima que la incidencia anual de aparición de TTM en adultos es de aproximadamente el 4% (Slade et al., 2016). Diversos estudios han evidenciado una mayor prevalencia en mujeres, siendo entre 1,5 y 2 veces más frecuente en comparación con los hombres (Sharma, 2018). Asimismo, se ha reportado que sobre el 30% de los TTM agudos pueden evolucionar a una forma crónica, es decir, con una duración igual o superior a tres meses (Rammelsberg et al., 2003). Es más, se ha determinado que los TTM son la causa –no odontogénica- más común de dolor en la región orofacial y la segunda condición musculoesquelética más frecuente que provoca dolor y/o discapacidad después del dolor lumbar crónico (National Institute of Dental and Craniofacial Research, 2018).

3.1.2 Etiología de los trastornos temporomandibulares

Inicialmente, se pensaba que la etiología de los TTM era consecuencia principalmente de maloclusiones (Al-Ani & Gray, 2007). Sin embargo, investigaciones más recientes han demostrado que su origen es multifactorial, involucrando una compleja interacción entre factores psicológicos, fisiológicos, estructurales, posturales y genéticos, o una combinación de estos (Chisnoiu et al., 2015). Específicamente dentro de los factores que propician el desarrollo de los TTM, se destacan las parafunciones, los traumatismos, los cambios en las estructuras anatómicas y los factores psicológicos (Greene, 2001; Häggman-Henrikson et al., 2014; Miyake et al., 2004; Yap et al., 2002). Estos factores alteran el equilibrio funcional entre los elementos fundamentales del sistema estomatognático: la oclusión dental, los músculos masticatorios y ATM, excediendo la adaptación fisiológica de los tejidos y propendiendo a la enfermedad (Chisnoiu et al., 2015)

3.1.3 Signos y síntomas clínicos

Los TTM representan la principal causa de dolor orofacial de origen no dentario, y se caracterizan por una sintomatología heterogénea que puede afectar de manera significativa la calidad de vida de quienes los padecen. Entre los signos y síntomas más frecuentes se encuentran el dolor musculoesquelético y/o articular, los ruidos articulares tipo clics o crepitaciones, las alteraciones en la dinámica mandibular, la restricción de la apertura oral, y manifestaciones referidas como cefaleas y otalgias (Carlson, 2008; Ghurye et al.; Palmer et al., 2023).

De estos, el dolor es el síntoma más comúnmente reportado, localizándose principalmente en la región peri auricular o en los músculos masticatorios. Puede presentarse de forma aguda o crónica, y en muchos casos se manifiesta con carácter recurrente o persistente (Leeuw et al., 2013). Los ruidos articulares, tanto clics como crepitaciones, suelen producirse durante los movimientos de apertura, cierre, protrusión o lateralidad mandibular. También se identifican los síntomas indoloros, tales como rigidez mandibular, hipertonía muscular, parestesias en puntos gatillo, asimetría funcional durante los movimientos mandibulares y limitación de la apertura bucal (Górecka et al., 2017). Esta tríada clínica característica, que incluye el dolor, los ruidos articulares y la limitación del rango de movimiento suele presentarse de forma combinada y afectar a más de un componente del sistema masticatorio, lo cual complejiza su diagnóstico y manejo clínico (Leeuw et al., 2013).

Más allá de la dimensión clínica, los TTM impactan profundamente en la calidad de vida de los pacientes, interfiriendo en funciones básicas como la masticación, el habla y la expresión emocional. Estos síntomas pueden llegar a generar dificultades en contextos sociales, laborales e incluso en aspectos íntimos de la vida personal (Durham et al., 2007, 2010). El dolor persistente, la limitación funcional y la naturaleza crónica del trastorno pueden, en consecuencia, desencadenar un deterioro progresivo del bienestar general, lo cual refuerza la necesidad de considerar los TTM como condiciones de naturaleza biopsicosocial, cuya complejidad exige un enfoque terapéutico más allá del modelo biomédico tradicional.

3.2 Factores psicosociales y trastornos temporomandibulares

El cuadro clínico de los trastornos temporomandibulares puede presentarse de forma aislada o asociado a otras condiciones de salud, como comorbilidades psiquiátricas, entre las que destacan la depresión y diversos trastornos del estado de ánimo, lo cual contribuye a un mayor deterioro de la calidad de vida de los pacientes (List et al., 2017).

Estas alteraciones psicológicas no solo se asocian a una mayor intensidad y duración de los síntomas clínicos, sino que además pueden actuar como factores predisponentes o perpetuantes del dolor. En particular, los síntomas somáticos y los indicadores de depresión han sido identificados como predictores de la persistencia del dolor en pacientes con TTM (Burris et al., 2009; Manfredini et al., 2010; Yatani et al., 2002). En esta misma línea, evidencia proveniente de estudios longitudinales ha señalado que estos factores no solo inciden en la evolución clínica del trastorno, sino que incluso podrían actuar como elementos etiológicos en el desarrollo de TTM dolorosos. Entre ellos se incluyen los síntomas somáticos, el estado de ánimo negativo, diversos indicadores de estrés y, en algunos casos, la presencia de sintomatología asociada al trastorno de estrés postraumático (Slade et al., 2016).

En respuesta a esta complejidad biopsicosocial, los *Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders* (DC/TMD) representan actualmente el estándar internacional más validado para la evaluación clínica y psicosocial de los TTM. Estos criterios, desarrollados por el consorcio internacional de investigación liderado por Schiffman et al. (2014), se fundamentan en la necesidad de un enfoque diagnóstico integral que reconozca la interrelación entre las dimensiones somáticas y psicosociales del dolor orofacial. Por lo anterior, los criterios se estructuran en dos ejes. El Eje I aborda el diagnóstico físico a través de una examinación clínica estandarizada, la cual permite clasificar a los pacientes en doce subtipos diagnósticos de TTM. Dentro de estos se incluyen entidades como la artralgia, la mialgia local, el dolor miofascial, el dolor miofascial con irradiación (patrón referido), los desplazamientos discales (con y sin reducción), la enfermedad articular degenerativa, la subluxación articular y la cefalea atribuida a TTM. Este eje se basa en criterios clínicos validados, pruebas de palpación y mediciones específicas, lo que permite una mayor objetividad y fiabilidad diagnóstica en contextos clínicos y de investigación.

Por su parte, el Eje II se enfoca en la evaluación de los aspectos psicosociales y del impacto funcional del trastorno en la vida del paciente. Incluye instrumentos estandarizados para medir niveles de depresión, ansiedad, somatización, grado de discapacidad relacionada con el dolor crónico, interferencia funcional mandibular y hábitos parafuncionales asociados. La inclusión de este segundo eje responde a la sólida evidencia que vincula los TTM con factores emocionales y conductuales, así

como con comorbilidades psiquiátricas y otras condiciones de dolor crónico. (Schiffman et al., 2014). En conjunto, el modelo dual propuesto por el DC/TMD se encuentra alineado con los principios del modelo biopsicosocial del dolor. Su aplicación no solo permite comprender mejor la experiencia del paciente, sino que también incrementa la precisión diagnóstica, facilitando la planificación de intervenciones integrales que consideren tanto los factores físicos como los determinantes psicoemocionales del trastorno.

3.3 Trastornos temporomandibulares y cronicidad.

La característica de cronicidad de los TTM se ha vinculado, entre otros factores, a ciertas conductas de riesgo, como las parafunciones orales. En un estudio de cohorte, se identificó que pacientes que reportaban múltiples parafunciones orales, presentaban un riesgo 16 veces mayor de desarrollar un TTM crónico, que aquellos que solo presentaban uno o dos (Slade et al., 2016). Esta cronicidad del dolor suele ser una de las mayores razones del porqué un paciente con TTM busca tratamiento.

Y al igual que otras condiciones de dolor crónico, los TTM puede incidir negativamente en la salud mental de los pacientes, y suelen presentarse como comorbilidad en personas que padecen otras condiciones dolorosas crónicas (Schiffman et al., 2014; Slade et al., 2016).

La asociación entre dolor crónico y factores psicológicos ha sido bien documentada en diversas patologías dolorosas, incluyendo los TTM, donde se ha observado una mayor prevalencia de angustia psicológica, estrés ambiental, catastrofismo y síntomas somáticos en comparación con personas sin dolor crónico (Aggarwal et al., 2010; Dworkin, 1991; Gatchel et al., 2007; Keefe et al., 2004; Sherman et al., 2004).

Y dentro de todos los factores psicológicos asociados, la catastrofización del dolor se ha identificado como el predictor más robusto de cronicidad en pacientes con TTM. Por ello, resulta fundamental considerar las dimensiones psicométricas y psicosociales en el abordaje clínico de estos pacientes, junto con los factores físicos, mecánicos y biológicos tradicionalmente reconocidos (Willassen et al., 2020).

3.4 Tratamiento de los trastornos temporomandibulares

Existe un amplio rango de opciones terapéuticas para los TTM, cuyos objetivos coinciden con las de otras condiciones musculoesqueléticas, fisiátricos o reumatológicos. Entre estos objetivos se incluyen la disminución del dolor, la reducción de la sobrecarga funcional, la restauración de la función mandibular y la reincorporación del paciente a sus actividades diarias normales. El logro de estos resultados se alcanza más eficazmente mediante un enfoque terapéutico integral que contemple tanto el tratamiento de los aspectos físicos incluidos en el Eje I del DC/TMD, como la identificación y manejo de los factores contribuyentes de carácter psicosocial, conductual o ambiental (De Leeuw et al., 2018).

En el caso específico de los TTM dolorosos crónicos, las opciones terapéuticas incluyen intervenciones farmacológicas, terapia física (Paço et al., 2016), el uso de férulas oclusales (Singh et al., 2017), tratamientos quirúrgicos en casos seleccionados y tratamientos de tipo psicológicas, incluyendo los enfoques de automanejo y terapia cognitivo conductual (TCC) (Palmer et al., 2023; Story et al., 2016).

Dentro del tratamiento o manejo del eje II de los TTM, se incluye el manejo de hábitos y parafunciones que podrían constituir parte de su etiología, así como también factores perpetuantes y/o agravantes del cuadro clínico. En este contexto, resulta fundamental considerar la modificación de pensamientos, emociones o actitudes que puedan exacerbar la percepción del dolor, dificultando así, la eliminación de hábitos nocivos e incluso afectando negativamente la adherencia del paciente al tratamiento (Feuerstein et al., 1995). Muchas de estas barreras y/o dificultades se encuentran enlazadas a procesos psicológicos, lo cual justifica la incorporación de herramientas del campo de la psicología para lograr el cumplimiento de dichos objetivos.

Dentro del tratamiento multimodal de los TTM, las terapias psicológicas, pueden formar parte de una estrategia complementaria esencial, cuyo propósito principal es la reducción del dolor y la disminución de la eventual discapacidad asociada. Estas terapias promueven el automanejo al fomentar conductas adaptativas y reduciendo respuestas conductuales disfuncionales. Asimismo, contribuyen a superar las barreras que dificultan la participación y efectiva de paciente en el proceso de automanejo de la enfermedad. (Williams et al., 2012). Esta dimensión del tratamiento, conocida como apoyo al automanejo, comprende las acciones llevadas a cabo por profesionales de la salud con el fin de facilitar la adquisición de habilidades y estrategias que permitan al paciente gestionar adecuadamente su condición (Palmer et al., 2023).

3.5 Trastornos temporomandibulares y automanejo de la enfermedad

El automanejo es un término que engloba toda medida realizada por el paciente para manejar y controlar su enfermedad crónica, incluyendo el seguimiento de las indicaciones de su médico tratante, hasta el cambio de hábitos o rutinas en el hogar (Richard et al., 2011), definiéndose como “la capacidad del individuo para manejar los síntomas, el tratamiento, las consecuencias físicas, psicosociales y los cambios en el estilo de vida inherentes a vivir con un trastorno crónico” (Bodenheimer, 2002; World Health Organization, 2005). A diferencia del concepto de automanejo, el término autocuidado se refiere a las acciones que realiza la persona orientada a mantener o mejorar su salud, pero fuera del contexto de una enfermedad o condición crónica; es decir, se sitúa principalmente en un marco de promoción de la salud y prevención (Lorig et al., 1980; Richard et al., 2011; Riegel et al., 2008). Lo que implica que estrategias o actitudes realizadas como autocuidado no lleguen a ser consideradas dentro de las medidas para lograr posteriormente el automanejo. La gran parte del resto de los términos que se refieren en inglés al “Self” o “auto” en español, son estrategias o herramientas utilizadas dentro del contexto de automanejo o autocuidado, pero no engloban un programa completo o integral para el manejo de la enfermedad, sino más bien aspectos individuales.

Uno de los objetivos más importantes, de los cuales es responsable el tratante, en el tratamiento de los TTM es apoyar para lograr el automanejo por parte del paciente, terapia que está reconocida en las guías nacionales e internacionales como uno de los tratamientos de primera línea para los TTM (De Leeuw et al., 2018; Durham, 2015; Greene, 2010). Este concepto implica que el propio paciente adquiera y utilice diversas estrategias para controlar los síntomas, como el dolor o la disfunción, de la condición o enfermedad que padece (Martz, 2017). Dichas estrategias ayudan a evitar posibles complicaciones y la progresión de la enfermedad, minimizando así el impacto de ésta en la vida de los pacientes (Auduly et al., 2016).

En concordancia con lo anterior, Durham et al. (2016) realizaron un proceso Delphi internacional con expertos en TTM que permitió consensuar una definición operacional de los programas de automanejo y sus componentes centrales. Estos autores plantean que el automanejo en TTM constituye un componente básico y continuo del tratamiento, conformado por un conjunto de procedimientos simples que el paciente puede ejecutar y controlar, con el fin de favorecer la recuperación del sistema musculoesquelético y prevenir nuevas lesiones, dentro de un enfoque biopsicosocial y de alianza terapéutica. El núcleo del programa de automanejo incluye seis componentes: educación; ejercicios mandibulares autoejecutados; automasaje de la musculatura masticatoria; termoterapia (frío y/o calor); recomendaciones dietéticas y de nutrición; e identificación, monitoreo y evitación de conductas parafuncionales.

En la Figura 1 se sintetizan las seis macrocategorías de los componentes de automanejo consensuadas en el estudio Delphi de Durham et al. (2016) (educación, terapia de autoejercicios, modalidades térmicas, automasajes, dieta y nutrición, y manejo de comportamientos parafuncionales) junto con ejemplos de estrategias específicas descritas en la literatura que se integran dentro de cada una de estas categorías.



Figura 1: Componentes de automanejo según Durham (2016) y ejemplos en la literatura.

3.6 Elementos de apoyo al automanejo

El apoyo al automanejo o SMS (self management support) consiste en el apoyo y la capacitación que los proveedores de atención médica, los sistemas de atención médica y los recursos de la comunidad pueden brindar a las personas (Departamento de Salud y Servicios Humanos, 2012), mientras que el automanejo implica la gama de habilidades que tiene una persona y los comportamientos que sigue para controlar su condición de salud crónica (Martz, 2017).

El apoyo del automanejo es esencial en el tratamiento de los TTM, debido a que con frecuencia tienen un curso de carácter crónico, por tres razones principales: el aumento de las comorbilidades de salud general, el incremento de costos asociados a estas condiciones y las limitaciones de tiempo de los profesionales de salud. Estas limitaciones también afectan la frecuencia y duración de las visitas médicas, en las que se dan consejos sobre las mejores prácticas actuales, pero debido a la limitación del tiempo los profesionales a menudo se centran en tratar los síntomas más agudos o problemáticos y brindar consejos sobre el manejo de estos. Sin embargo, la mayoría de las condiciones de salud crónicas requieren un tratamiento diario y constante lo cual requiere que las personas con enfermedades crónicas puedan controlar y manejar sus propios síntomas (Martz, 2017).

Se habla de que un automanejo eficaz debe abarcar la capacidad de monitorear la propia condición y lograr efectuar las respuestas cognitivas, conductuales y emocionales/psicológicas necesarias para mantener una calidad de vida satisfactoria (Martz, 2017). Estas tres aristas también son nombradas en el Reporte de un estudio de consenso sobre TTM de la Academia Nacional de ciencias, donde sugiere que se debe dar herramientas a los pacientes, como las guías de automanejo y que deben personalizar; y estas deben incluir un enfoque educacional y/o cognitivo para el manejo del dolor, uno conductual que se encargue de la reducción de hábitos parafuncionales y un acercamiento a los factores psicosociales que puede incluir el manejo de ansiedad y/o estrés. En este contexto, el apoyo al automanejo es parte esencial de los tratamientos para patologías de carácter crónico como los TTM, por parte de los profesionales de salud, y que debe ser diferenciado del automanejo por sí solo, que proviene desde el individuo, en cambio el "apoyo" consiste el soporte y la capacitación que los proveedores junto con los sistemas de atención médica incluyendo a la comunidad pueden brindar a los individuos (Martz, 2017); y es inherentemente un enfoque psicológico, aunque esto no se menciona explícitamente en la literatura actual sobre los TTM (Penlington et al., 2022).

Los elementos necesarios para el Apoyo al automanejo que se nombran en la literatura científica son diversos, algunos de estos provienen del "Departamento de Salud y Servicios Humanos

de los Estados Unidos (2016)" y de los reportados por Taylor et al. (2014), considerando los siguientes elementos clave para el éxito de los programas de apoyo al automanejo (Martz, 2017):

- Apoyar a las personas que viven con condiciones crónicas, a sus familias y/o cuidadores en el establecimiento de metas, la reevaluación y revisión continua de los mismos según sea necesario.
- Ayudar a las personas a identificar y evaluar la información dada para determinar si es la más adecuada para aplicar en su plan de acción individualizado.
- Asistir en identificar y acceder a recursos comunitarios relacionados con el automanejo, como lo serían grupos de apoyo y/o solicitar apoyo de familiares.
- Ayudar a las personas a aprender estrategias de resolución de problemas en el contexto de sus condiciones crónicas, para adoptar y mantener comportamientos de automanejo e identificar y superar barreras.
- Discutir las posibles respuestas psicológicas emocionales en respuesta a su condición crónica de salud y como estas pueden afectar su capacidad para manejar su enfermedad.
- Utilizar estrategias basadas en evidencia para el cambio de conducta para apoyar el compromiso del paciente en el manejo de las condiciones crónicas.

3.7 Problemática actual del automanejo

La problemática asociada al automanejo se presenta desde diversas perspectivas, siendo una de las principales la confusión terminológica. Con frecuencia, se confunde con otros conceptos que comparten el prefijo "auto", como "autocuidado" o "self-care"; o el "automanejo" o "self-regulation" (autorregulación); o autocontrol o "self-control". Aunque estos términos están relacionados, no son sinónimos, lo que genera dificultades tanto en la búsqueda de información como en la clasificación y estandarización de su aplicación. Por otra parte, diversos estudios han abordado el manejo de los TTM mediante estrategias que podrían incluirse dentro del concepto de "automanejo", como ejercicios terapéuticos, reversión de malos hábitos y terapia cognitivo-conductual, pero no se refieren a ellas como parte de éste. Por lo tanto, la presentación parcial o insuficiente de las medidas de apoyo al automanejo y la confusión terminológica tanto del término en sí, de lo que es o no automanejo en la literatura, dificulta la presencia de un concepto universal sobre las acciones necesarias para garantizar el éxito del tratamiento. Además, la constante incorporación de nueva evidencia y técnicas a lo largo del tiempo han dificultado aún más alcanzar un consenso sobre las medidas necesarias para un apoyo al automanejo adecuado.

En síntesis, los trastornos temporomandibulares representan una condición de etiología multifactorial que suele tener un curso crónico, cuyo abordaje efectivo requiere considerar no solo los factores físicos, sino también los componentes psicológicos y sociales que los perpetúan. En este contexto, el automanejo surge como una estrategia terapéutica clave, ampliamente recomendada por la literatura, pero aún carente de estandarización en su aplicación clínica. La revisión del estado del arte ha evidenciado tanto la riqueza conceptual como las diversas ambigüedades terminológicas y metodológicas que rodean al automanejo, así como la relevancia del rol del profesional tratante en su implementación. Por lo tanto, se hace necesario profundizar en el análisis de las estrategias de automanejo descritas en la literatura científica a lo largo del tiempo, con el fin de contribuir a una comprensión más integrada y aplicable en la práctica clínica.

III. OBJETIVOS

4.1 Objetivo General:

Identificar en la evidencia científica disponible los componentes del automanejo utilizados en el tratamiento de los TTM, publicados hasta la fecha.

4.2 Objetivos Específicos:

4.2.1 Analizar desarrollo histórico de la terminología asociada al automanejo en TTM.

4.2.2 Describir los componentes y elementos de apoyo al automanejo reportados en la literatura científica para el tratamiento de los TTM.

4.2.3 Describir el rol de los profesionales de la salud en la orientación y soporte al automanejo en pacientes con TTM, según la evidencia disponible.

IV. METODOLOGÍA

5.1 Diseño del estudio

Se realizó un scoping review de la literatura que se rigió bajo los estándares de la extensión PRISMA para Scoping Review (Tricco et al., 2018).

5.2 Criterios de Elegibilidad

Se incluyeron estudios primarios que utilizaron el automanejo como tratamiento de los trastornos temporomandibulares: estudios observacionales transversales, de cohortes, de casos y controles, consensos de expertos, ensayos clínicos aleatorizados y comunitarios. Fueron elegibles estudios con texto completo y redactados en inglés o español. Se consideraron estudios publicados entre 1975 y 2025. Se excluyeron estudios secundarios como revisiones literarias, sistemáticas o metaanálisis, además de cartas al editor, comentarios personales, resúmenes de conferencias, libros o artículos de opinión, así como estudios que no mencionaron los componentes de automanejo utilizados y artículos a los que no se pudo acceder.

5.3 Fuentes de información

La búsqueda se realizó en los siguientes buscadores: PUBMED, OVID y WILEY, a los cuales se obtuvo acceso a través de la plataforma de la Universidad de Valparaíso, y que permitían filtrar la búsqueda por términos específicos. La búsqueda fue realizada por 2 investigadoras: la investigadora A revisó la base de datos PUBMED y la investigadora B revisó las bases de datos WILEY y OVID. Luego, cada investigadora se cercioró de que la búsqueda se realizó correctamente, repitiendo el mismo proceso de búsqueda que la otra investigadora. La búsqueda se realizó entre el 15 de julio de 2025 y el día 10 de septiembre de 2025.

5.4 Estrategia de búsqueda

Se utilizaron los términos "Self-Management", "Self-Care" y "Self-Control"; se confirmó que estos términos aparecían con su definición correspondiente en los términos "MeSH" del buscador PUBMED.

Como se observa en la Tabla I, se cruzaron estos términos con otros que describen a los TTM, tanto en grupo como de forma individual. El término "Temporomandibular Disorders" incluye tanto las patologías de la articulación temporomandibular como las de la musculatura del sistema estomatognático. Asimismo, se utilizó el término específico para las patologías articulares: "Temporomandibular Joint Disorders".

Durante la búsqueda en los buscadores OVID y WILEY, se incluyó en la llave de búsqueda la forma plural de los términos “Temporomandibular Joint Disorder” y “Temporomandibular Disorder”, debido a la sensibilidad al uso de singular o plural en estos, evitando perder documentos en la búsqueda. No fue necesario realizar esto en PUBMED, ya que el término MeSH agrupa automáticamente las distintas variantes de escritura, tanto en singular como en plural.

Tabla I: Llave de búsqueda para las bases de datos:

Base de datos	Llave	N° de Estudios
PubMed	((temporomandibular disorders [MeSH Terms]) OR (temporomandibular joint disorders [MeSH Terms])) AND ((self-management[MeSH Terms]) OR (self-care[MeSH Terms]) OR (self-control[MeSH Terms]))	77
WILEY	""Self-Management" OR "Self-Care" OR "Self-Control"" in Keywords and ""Temporomandibular Joint Disorder" OR "Temporomandibular Joint Disorders" OR "Temporomandibular Disorders" OR "Temporomandibular Disorder"" in Keywords	9
OVID	(("Self-Management" or "Self-Control" or "Self-Care") and ("Temporomandibular Joint Disorders" or "Temporomandibular Disorders" or "Temporomandibular Joint Disorder" or "Temporomandibular Disorder")).kw.	13

5.5 Selección de las fuentes de información

Luego de realizar las búsquedas, se cruzó la información de los documentos de cada buscador para eliminar los duplicados. Además, se eliminaron aquellos documentos que no se pudieron descargar o que no presentaban el texto completo, posteriormente, se realizó el cribado de títulos y resúmenes para verificar su relación con el tema “uso de automanejo en el tratamiento de los TTM”. Luego se revisaron los textos completos y se analizaron según los criterios de inclusión y exclusión. En caso de discrepancia en la inclusión de estudios, se llevó a cabo una discusión basada en los criterios de elegibilidad con un tercer investigador.

5.6 Extracción de datos

Se elaboró una planilla de extracción de datos en Microsoft Excel, diseñada conjuntamente por ambas investigadoras y ajustada a las necesidades de la revisión de alcance. En ella se registraron datos descriptivos básicos de cada estudio (listados en el punto 5.7), junto con la información específica extraída de acuerdo con los objetivos de esta tesis. Cada investigadora realizó

inicialmente la extracción de datos correspondiente a la búsqueda que había efectuado y, posteriormente, revisó de forma cruzada los datos extraídos por la otra investigadora.

La clasificación se realizó en las siguientes dimensiones:

- Identificación de estudio
- Caracterización del estudio
- Concepto clave y detalles de las intervenciones
- Resultados y hallazgos

5.7 Datos

Los datos que se recopilaron fueron:

- Identificación de estudio
 - Título de la publicación: Nombre dado para reconocer el estudio
 - Autor(es): Identificación de la fuente/creación
 - Año de publicación: Se consideró el año de publicación declarado en el estudio
 - Caracterización del estudio (Argimon Pallás & Jiménez Villa, 2013).
 - Diseño de estudio: procedimientos, métodos y técnicas mediante los cuales los investigadores seleccionan a los pacientes, recogen datos, los analizan e interpretan los resultados: Longitudinal retrospectivo - Clínico randomizado - Clínico randomizado doble ciego - Longitudinal observacional - Longitudinal prospectivo - Serie de casos - Clínico prospectivo y multicéntrico - Cohorte prospectivo
 - Muestra: grupo de individuos elegidos de una población de acuerdo con un criterio preestablecido, con el fin de obtener información sobre determinadas características de la misma, esta debe de intentar ser sea representativa de la población de estudio
 - Grupos de estudio: Es el conjunto de participantes pertenecientes a la muestra de una investigación que se dividen para poder ser comparados entre sí, analizar diferencias, efectos o relaciones entre variables; su división dependerá del tipo de estudio y objetivos del estudio
- Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

- Concepto clave y detalles de las intervenciones
 - Tipo de intervenciones: Diferentes exposiciones o tratamientos que actúan sobre los pacientes para producir un resultado o respuesta. Cualquier acción (terapéutica, preventiva, diagnóstica) aplicada con el fin de modificar el curso de un proceso (enfermedad, situación fisiológica, hábito, etc.) (ejemplos: Masajes, plano oclusal, automanejo etc.)
 - Componentes de Automanejo: Componentes o acciones específicas de la/s intervención/es que correspondan al tratamiento de Automanejo en TTM por definición, como por ejemplo educación, termoterapia entre otros (Durham et al., 2016).
 - Diagnóstico y clasificación diagnóstica: Los diagnósticos reportados en los estudios se reclasificaron en tres grupos: musculares, articulares o articular y muscular. Se consideraron como trastornos musculares aquellos de origen predominantemente muscular, como mialgia local, dolor miofascial o el dolor miofascial crónico o referido; y como trastornos articulares, aquellos correspondientes a trastornos intraarticulares, trastornos degenerativos de la ATM u otros, para ello se utilizó como guía los lineamientos de DC/TMD (Schiffman et al., 2014). Un diagnóstico se asignó exclusivamente a la categoría muscular o articular cuando en el estudio se explicitaba la exclusión de la otra categoría. Cuando en los criterios de inclusión solo se mencionaban de forma genérica "trastornos temporomandibulares", se asumió que incluían ambas categorías (muscular y articular). Los diagnósticos que no pudieron ser asignados a ninguna de estas categorías se clasificaron como "no especificado" y como los trabajos que no incluían sujetos de estudio (por ejemplo, consensos de expertos), se codificaron como "no aplica".
 - Terminología usada: Término y/o definición usada para referirse al automanejo (autocuidado, automanejo, consejería, educación entre otros)
- Resultados y hallazgos
 - Resultados: Los resultados se extrajeron de la sección de resultados de cada estudio y se contrastaron con los objetivos y mediciones propuestos en la investigación. Cuando algún dato no estaba claramente descrito en el texto, se revisaron tablas, anexos y material complementario de los artículos; si persistía la falta de información, se registró como "no reportado".
 - Elementos de apoyo al automanejo: Corresponde a los elementos que los profesionales de la salud utilizan para apoyar el automanejo, se clasificaron según metas, plan de acción, comunitario, resolución de problemas, psicología y cambio de conducta (Martz,2017)

- Rol de los profesionales: Se contabilizaron e identificaron por artículo los profesionales involucrados en el apoyo al automanejo y las acciones que realizaron.
- Conclusiones: análisis e interpretación de datos recogidos en el estudio que conducen a un conjunto de ideas y comprensión de los resultados de forma objetiva.

5.8 Síntesis de los resultados

Todos los resultados de esta revisión de alcance son de tipo cualitativo.

Inicialmente, los estudios se agruparon según los términos “automanejo”, “autocuidado” y otros sinónimos, realizando un seguimiento y análisis temporal por decenios. Luego, se organizaron y describieron de acuerdo con los componentes de automanejo propuestos en el consenso Delphi de Durham et al. (2016): educación, autoejercicios, modalidades térmicas, automasajes y dieta y nutrición. Finalmente, también se sintetizaron los resultados clínicos del automanejo en el tratamiento de los TTM en torno a dolor, función mandibular y calidad de vida; para esta síntesis solo se incluyeron los estudios que reportaban explícitamente desenlaces cuantitativos, ya fuera en escalas de dolor (por ejemplo, escala análoga visual del dolor, inventario multidimensional del dolor o intensidad del dolor característico); en medidas objetivas de función mandibular (apertura oral y movimientos mandibulares en milímetros) o en cuestionarios validados de calidad de vida (cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud OHIP).

Adicionalmente, para la clasificación de los elementos de apoyo al automanejo se adoptó la tipología propuesta por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (2016) (Martz, 2017), que las divide en seis categorías analíticas esenciales: establecimiento de metas, elaboración de un plan de acción, utilización de recursos comunitarios, resolución de problemas, apoyo psicológico e implementación de estrategias de cambio de conducta. En función de esta clasificación, los elementos de apoyo descritos fueron recodificados de la siguiente manera: metas, plan de acción, comunitario, resolución de problemas, psicología y cambio de conducta.

Posteriormente, con el fin de identificar de manera más precisa las estrategias de cambio de conducta empleadas en los estudios o determinar si estas estaban ausentes, se utilizó como marco de referencia revisiones sistemáticas sobre los componentes conductuales del automanejo (Palmer et al., 2023; Story et al., 2016) que aplican la taxonomía de técnicas de cambio de conducta (Behaviour Change Techniques, BCT) (Michie et al., 2013) al automanejo.

Para describir el rol de los profesionales de la salud en el apoyo al automanejo, se identificaron primero las acciones de automanejo reportadas en los estudios y el profesional explícitamente responsable de cada una de ellas. Solo se incluyeron aquellas indicaciones en las que el artículo

señalaba de manera directa que una acción era realizada por un profesional concreto; en cambio, cuando se empleaban formulaciones impersonales como "se aplicó", "se preguntó" o "se educó", sin atribuir la acción a un responsable definido, estas no fueron consideradas. Posteriormente, las acciones identificadas se agruparon según su recurrencia y similitud, lo que permitió sintetizarlas en ocho categorías de rol profesional en el apoyo al automanejo: (1) proveer o realizar la educación del programa de automanejo y sobre los TTM, el dolor y su tratamiento; (2) actuar como educador y entrenador conductual, orientando el cambio de hábitos; (3) actuar como educador y entrenador cognitivo, favoreciendo el entrenamiento y desarrollo de habilidades cognitivas; (4) enseñar, entrenar y/o corregir la ejecución de ejercicios (autoejercicios, ergonomía, respiración); (5) capacitar a otros profesionales para aplicar automanejo; (6) reforzar el automanejo mediante retroalimentación, motivación, apoyo a la adherencia y monitoreo; (7) delegar el rol o derivar a otros especialistas para aplicar o complementar el automanejo; y (8) indicar el uso de fármacos.

VI. RESULTADOS

6.1 Selección de las fuentes de evidencia

En la figura 2, se encuentran esquematizados los resultados de la búsqueda realizada para esta Scoping Review. Se observa que la búsqueda arrojó un total de 99 estudios, tras eliminar duplicados se obtuvo un total de 84 estudios (15% de pérdida). Al analizar los títulos y resúmenes, se excluyeron 35 artículos por no estar directamente relacionados con la temática de la investigación. Al aplicar los criterios de elegibilidad, se eliminaron 15 estudios por no cumplir el criterio de "tipo de estudio" y uno adicional por imposibilidad de acceder al texto completo. En detalle, se excluyeron 1 libro, 7 revisiones narrativas, 5 revisiones sistemáticas y 1 comentario de expertos, lo que redujo la selección a 33 artículos completos.

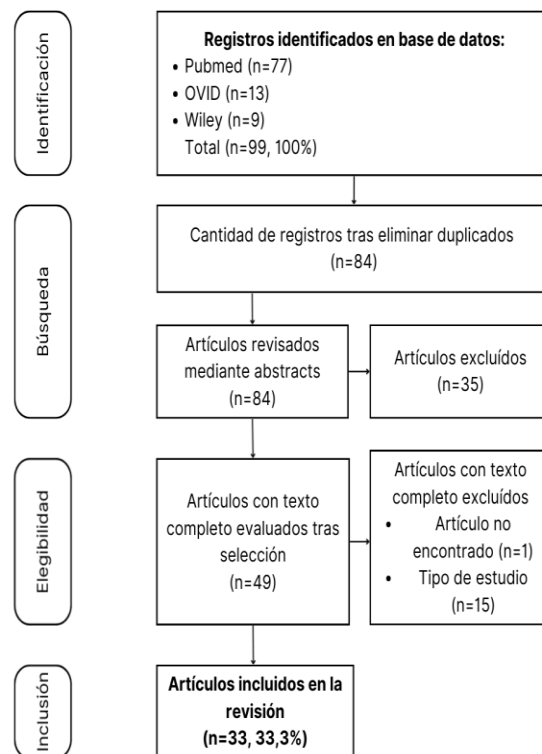


Figura 2: Diagrama de flujo PRIMSA para la selección de artículos.

6.2 Análisis cualitativo de los estudios

Los artículos incluidos en esta revisión fueron publicados entre 1990 y 2025. Se incorporaron un total de 1 consenso de expertos y 20 estudios clínicos aleatorizados, de los cuales 5 fueron de

doble ciego. Además, se integraron 2 estudios transversales, 1 estudio longitudinal retrospectivo, 5 estudios longitudinales prospectivos, 2 estudios de cohorte prospectivos y 2 series de casos. En cuanto a frecuencia, en la primera década entre 1990 y 1999 hubo 1 solo estudio (3.03%) asociado al automanejo en TTM; entre 2000 y 2009 hubo 9 estudios (27.27%); entre 2010 y 2019 fueron 16 estudios (48.48%); y, finalmente, en la década actual, desde 2020, hay 7 estudios (21.21%) hasta la fecha.

En el siguiente apartado se presenta una síntesis narrativa de los estudios, organizada según el tipo de diseño y el rol del automanejo en las intervenciones analizadas. El resumen de la extracción de datos de encuentra en el ANEXO 1.

6.2.1 Descripción individual de los estudios.

6.2.1.1 Consenso de expertos

- El consenso de expertos de **Durham et al. (2016)** se basó en un proceso Delphi internacional con 11 especialistas en TTM, cuyo objetivo fue definir y estandarizar el concepto de automanejo. El panel acordó que el automanejo constituye un componente central del manejo conservador, basado en la alianza terapéutica y en la participación activa del paciente. Se propuso un programa núcleo integrado por seis elementos: educación, ejercicios autoaplicados, automasaje, termoterapia, recomendaciones dietéticas/nutricionales y manejo de conductas parafuncionales. El consenso excluyó las férulas y la farmacoterapia como parte del automanejo y destacó la necesidad de estudios que evalúen la eficacia específica de cada componente y las mejores formas de implementación según el subtipo de TTM.

6.2.1.2 Ensayos clínicos aleatorizados (ECA)

En los ensayos clínicos aleatorizados doble ciego, el automanejo se incorpora como parte del manejo conservador estándar y se compara con la adición de distintos fármacos.

- El estudio de **Wright et al. (2000)** fue diseñado como un ensayo clínico aleatorizado para evaluar si el entrenamiento postural, en conjunto con las instrucciones de automanejo en TTM, era más efectivo que solo las instrucciones de automanejo. Muchos profesionales han especulado que la postura de cabeza adelantada posee un efecto negativo sobre los síntomas de los TTM, ya que incrementa la tensión en los músculos cervicales posteriores y altera la actividad del sistema masticatorio. El ensayo incluyó a 60 pacientes con TTM cuyo dolor era

de origen muscular masticatorio primario. Se dividió en 2 grupos: el grupo de tratamiento recibió el entrenamiento postural (ejercicios repetitivos para estirar estructuras acortadas, fortalecer y crear conciencia sobre la postura deseable) y las instrucciones estándar de automanejo, mientras que el grupo de control solo recibió las instrucciones estándar de automanejo. Luego de cuatro semanas, los resultados demostraron que la combinación de entrenamiento postural y automanejo fue significativamente más efectiva. El grupo de tratamiento reportó una reducción media del 41.9% en los síntomas de TTM y del 38.2% en los síntomas de cuello, cifras notablemente superiores a las reducciones reportadas por el grupo control (8.1% y 9.3%, respectivamente). Además, el grupo de tratamiento experimentó un aumento significativamente mayor en la apertura máxima sin dolor (5.3 mm frente a 1.2 mm del grupo control). Los autores encontraron una correlación significativa entre la mejoría de los síntomas de TTM y la de los síntomas de cuello. El estudio concluye que el entrenamiento postural es beneficioso, especialmente para aquellos pacientes de TTM que presentan la cabeza posicionada significativamente más hacia adelante en relación con los hombros.

- Un ensayo clínico controlado aleatorizado realizado por **Carlson et al. (2001)** evaluó la efectividad, a corto y largo plazo, del Entrenamiento de Autorregulación Física (ARF) para el manejo del dolor miofascial crónico asociado a los TTM. Un total de 44 participantes con diagnóstico de dolor miofascial fueron asignados aleatoriamente a dos grupos: ARF (n=23) o Cuidado Dental Estándar (CDE, n=21). El protocolo ARF consistió en un breve programa de entrenamiento de habilidades, impartido por un dentista en dos sesiones de 50 minutos, que enfatizó la respiración diafragmática, la relajación postural y la reeducación propioceptiva. El grupo CDE incluyó una férula intraoral e instrucciones generales de autocuidado. Los resultados a las 6 semanas mostraron que ambas intervenciones lograron reducciones significativas y equivalentes en la gravedad del dolor y la interferencia en la vida. Sin embargo, en el seguimiento a las 26 semanas, el grupo ARF reportó significativamente menos dolor ($P < 0.04$) y una mayor apertura incisal (con y sin dolor) que el grupo CDE. Los hallazgos respaldan el uso de ARF para el manejo a corto y largo plazo del dolor muscular facial, sugiriendo que proporciona un efecto terapéutico superior a la terapia dental estándar durante un período de 6 meses. El estudio también señala que el enfoque ARF representa una alternativa de tratamiento más económica.
- El estudio realizado por **Dworkin et al. (2002)** fue un ECA diseñado para contrastar el tratamiento conservador habitual de los TTM con una intervención estructurada de autocuidado. Este programa se dirigió a casos clínicos que presentaban niveles mínimos de

disfunción psicosocial (RDC/TMD Eje II, GCP 0, I o II-Low), independientemente de su diagnóstico físico (Eje I). La intervención de autocuidado (AC), impartida por higienistas dentales, fue un programa psicoeducativo breve y adaptado que enfatizó el automanejo e incorporó métodos cognitivo-conductuales. En el seguimiento de 1 año, aunque ambos grupos experimentaron mejoría, los pacientes del programa de autocuidado mostraron resultados significativamente superiores. Se observó una disminución del dolor de TTM, una reducción de la interferencia del dolor en la actividad diaria, y un menor número de músculos masticatorios dolorosos a la palpación. El grupo AC también reportó una satisfacción significativamente mayor y una mayor capacidad para afrontar los TTM. Además, los pacientes de AC realizaron significativamente menos visitas adicionales para su tratamiento durante el período de seguimiento. Estos resultados confirman que el uso del RDC/TMD Eje II puede contribuir a una toma de decisiones clínicas exitosa en el manejo de los TTM.

- **Herman et al. (2002)** realizaron un ECA de triple brazo en 41 pacientes con dolor miofascial y dolor mandibular al despertar, en los que todos recibieron educación sobre TTM y un programa de autocuidados, además de clonazepam, ciclobenzaprina o placebo durante 3 semanas. Los tres grupos mostraron reducciones significativas del dolor al despertar, pero la ciclobenzaprina produjo una disminución mayor de la intensidad del dolor que el clonazepam y el placebo, mientras que la calidad del sueño apenas cambió y los efectos adversos fueron leves.
- El objetivo del este ECA de **Minakuchi et al. (2004)** fue identificar el elemento de tratamiento inicial más apropiado para el desplazamiento discal sin reducción doloroso (DDwor) de la ATM. El estudio incluyó a 69 pacientes con DDwor confirmado mediante resonancia magnética (RNM). Los sujetos fueron divididos aleatoriamente en tres grupos: el grupo de Cuidado Paliativo (medicamentos antiinflamatorios no esteroideos -AINEs- a corto plazo e instrucciones de autocuidado), el grupo de Terapia física (Cuidado Paliativo más una férula oclusal y terapia de movilización activa de la mandíbula) y el grupo Control (sin tratamiento). Los resultados se midieron mediante un cuestionario autoadministrado que evaluó la mejora de los síntomas, la dificultad del tratamiento y la satisfacción. El grupo de Cuidado Paliativo reportó puntuaciones de mejora significativamente superiores a las del grupo de Terapia física o el grupo Control. La dificultad percibida derivada del tratamiento fue significativamente mayor en el grupo de Terapia Física. Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas en las puntuaciones de satisfacción entre los tres grupos. Los hallazgos concluyeron que el cuidado paliativo resulta ser la terapia inicial más apropiada para el DDwor doloroso.

- El ECA prospectivo de **Michellotti et al. (2004)** comparó la eficacia a corto plazo (3 meses) de educación al paciente, versus la combinación de educación y un régimen de fisioterapia (FT) domiciliaria para el tratamiento del dolor miofascial de los músculos de la mandíbula (TTM miógeno). El grupo de solo educación recibió información sobre el autocuidado de la musculatura mandibular, mientras que el grupo de Educación + FT domiciliaria recibió la misma información, junto con ejercicios de autoapoyo, incluyendo estiramiento, automasaje y aplicación de calor. De los 70 pacientes miógenos inicialmente asignados, la tasa de éxito (definida por el Contraste de Tratamiento) fue del 77% en el grupo de combinación y del 57% en el grupo de solo educación, aunque la diferencia no fue estadísticamente significativa. Sin embargo, el grupo de educación + FT domiciliaria mostró una apertura máxima de la mandíbula sin dolor significativamente mayor ($P=.017$). Los hallazgos sugieren que la combinación de educación y FT domiciliaria fue ligeramente más efectiva en el ámbito clínico. Específicamente, en el subgrupo de pacientes considerados "no tratados con éxito", aquellos que recibieron FT reportaron una mejor sensación subjetiva de recuperación y menos dolor al masticar, posiblemente debido a una mayor "dosis" de cuidado. Las conclusiones definitivas están limitadas por la potencia del estudio y por la alta tasa de deserción del 30%.
- El estudio de **Truelove et al. (2006)** corresponde a un ECA con 200 sujetos diagnosticados con TTM; comparó la eficacia de tres protocolos de tratamiento a lo largo de 12 meses. Los grupos incluyeron el Tratamiento Habitual (TH), que consistía en estrategias de autocuidado conservadoras prescritas por el dentista sin ninguna férula. Este incluía el uso de calor y frío, ejercicios de mandíbula, y la reducción de hábitos orales parafuncionales. Los otros grupos recibieron el TH más una férula dura de acrílico (FD), o TH más una férula blanda de vinilo (FB). Los resultados revelaron que no se observaron diferencias significativas entre los grupos en los niveles de dolor relacionado con TTM o en otros signos y síntomas comunes en ningún seguimiento. Todos los pacientes mejoraron con el tiempo. La Intensidad Característica del Dolor (CPI), la medida de resultado principal disminuyó de un promedio de 5.5 al inicio a 3.1 a los 12 meses en todos los grupos. La conclusión principal fue que ninguna de las terapias con férula (FD o FB) proporcionó un beneficio superior al tratamiento de autocuidado sin férula (TH). Estos hallazgos clínicos sugieren que, para la mayoría de los pacientes con TTM, los clínicos deberían considerar prescribir terapias de autocuidado sin férula y de bajo costo.
- **Alencar y Becker (2009)** realizaron un ECA doble ciego en 42 pacientes con dolor miofascial, asignados a tres tipos de férula mandibular (rígida, blanda o no ocluyente), todas combinadas con consejería y un programa de autocuidados (postura mandibular en reposo, masticación bilateral y evitación de la sobrecarga). Durante 90 días, todos los grupos mostraron

reducciones significativas y similares en el índice modificado de severidad de síntomas (Mod-SSI) y en la sensibilidad muscular a la palpación, sin diferencias entre los diseños de férula, lo que sugiere que el componente de consejería y automanejo explica gran parte de la mejoría clínica.

- El ECA de **Turner et al. (2011)** evaluó la eficacia a corto y largo plazo de tres intervenciones para mujeres con dolor asociado a TTM: el entrenamiento en automanejo del dolor (SMT), el SMT focalizado en el ciclo menstrual (TSMT), y la terapia con anticonceptivos orales continuos (COCT). Las intervenciones de automanejo fueron de baja intensidad (dos sesiones presenciales y seis contactos telefónicos) y entregadas por higienistas dentales. Los análisis de intención de tratar respaldaron los beneficios de SMT y TSMT frente a COCT. La superioridad de los tratamientos de automanejo sobre COCT en la reducción de la intensidad del dolor y de la interferencia con la actividad fue significativa a los 12 meses (largo plazo), pero no a los 6 meses. Cabe destacar que focalizar el tratamiento de automanejo en los síntomas relacionados con el ciclo menstrual (TSMT) no aumentó su eficacia en comparación con el SMT estándar. Los grupos de automanejo también mostraron beneficios en las medidas de proceso, con creencias más adaptativas sobre el dolor (mayor control y menor catastrofización) y menores síntomas depresivos en comparación con COCT. La COCT estuvo asociada a múltiples eventos adversos y una baja adherencia (solo el 34% de las participantes completó el protocolo), lo que contrasta con la alta adherencia a las terapias de automanejo. El estudio concluye que este tratamiento de automanejo de baja intensidad ofrece beneficios a largo plazo, seguros y significativos para el dolor TTM.
- El ensayo clínico controlado aleatorizado de **Kalamir et al. (2012)** tuvo como objetivo evaluar la eficacia de la Terapia Miofascial Intraoral (IMT) sola o combinada con educación y autocuidado (IMTESC) frente a la falta de tratamiento durante 1 año. Se reclutaron 93 participantes de 18 a 50 años con diagnóstico de TTM miógeno crónico. Los participantes fueron asignados a tres grupos: IMT (10 sesiones en 5 semanas, que incluyeron liberación del temporal y técnicas de pterigoideo), IMTESC (que sumó educación y ejercicios de autocuidado) y un grupo control. Las mediciones clave incluyeron el dolor de mandíbula (en reposo, al abrir y al apretar) mediante una escala de 11 puntos, el rango de apertura y el reporte global de cambio (GRC). Ambos grupos de tratamiento (IMT e IMTESC) mostraron ser significativamente superiores a la falta de tratamiento en la reducción del dolor y el GRC tanto a los 6 meses como al año. La conclusión principal fue que el grupo IMTESC fue superior al grupo IMT al año, con puntuaciones de dolor significativamente más bajas. Esto sugiere que

la adición de la educación y el autocuidado mantiene los resultados a largo plazo logrados inicialmente por la terapia manual.

- **Michelotti et al. (2012)** realizaron un ECA en 44 pacientes con dolor miofascial de los músculos mandibulares, comparando educación y autocuidados versus férula oclusal sin educación. Tras 3 meses, ambos grupos mejoraron la apertura máxima sin dolor, pero solo el grupo de educación mostró una reducción significativa del dolor muscular espontáneo. No hubo diferencias significativas entre los grupos en cefalea ni en dolor al masticar. Los autores concluyen que, a corto plazo, la educación centrada en autocuidado y reversión de hábitos puede ser ligeramente más eficaz que una férula oclusal utilizada sin un programa educativo asociado.
- En otro ECA doble ciego, **Alencar et al. (2014)** compararon, en 45 pacientes con dolor miofascial y dolor mandibular al despertar, la adición de ciclobenzaprina 10 mg, tizanidina 4 mg o placebo a un mismo programa de educación y autocuidados durante 3 semanas. Todos los grupos redujeron significativamente la intensidad del dolor y los puntajes del índice Mod-SSI, y mejoraron la calidad del sueño, sin diferencias clínicamente relevantes entre fármacos y placebo, pero con mayor frecuencia de efectos adversos en los grupos con medicación activa.
- **Tuncer et al. (2013)** realizaron un ECA que comparó la efectividad a corto plazo de la Terapia Física en Casa (HPT) sola frente a la Terapia Manual en conjunción con HPT (MTeHPT) en 40 sujetos diagnosticados con TTM. Los sujetos presentaban diagnóstico de TTM miógeno (dolor miofascial) y/o desplazamiento anterior del disco con reducción. Ambas intervenciones se llevaron a cabo durante un período de cuatro semanas. La HPT, que incluyó tratamiento de autocuidado, educación del paciente y ejercicios mandibulares y posturales, fue proporcionada a ambos grupos. Los resultados se evaluaron mediante la Escala Analógica Visual (EVA) de la intensidad del dolor (en reposo y con estrés) y la Apertura Máxima de la Boca (MMO). Aunque ambos grupos mejoraron significativamente con el tiempo, la disminución del dolor y el aumento de la MMO sin dolor fueron significativamente mayores en el grupo MTeHPT. Específicamente, el grupo MTeHPT mostró una mejora clínicamente relevante en el dolor con estrés (MCS del 91.3%) y en la MMO (SDD de 10.0 mm), superando el umbral de efectividad clínica. El estudio concluye que, a corto plazo, la combinación de terapia manual con HPT es más efectiva que la HPT sola para el tratamiento de TTM, especialmente para disminuir el dolor y aumentar la apertura bucal.

- El estudio piloto de **DeVocht et al. (2013)**, se diseñó para evaluar la viabilidad de un ECA a gran escala sobre la efectividad del tratamiento quiropráctico para los TTM. Este ECA prospectivo incluyó a 80 participantes con TTM miofascial crónico. Los participantes fueron asignados aleatoriamente a uno de cuatro grupos, todos los cuales recibieron un programa integral de autocuidado: Terapia de Férula Interoclusal Reversible (RIST), Técnica Quiropráctica del Método Activator (AMCT), AMCT simulado (Sham AMCT) y solo autocuidado. Las variables de resultado se midieron a los dos y a los seis meses, incluyendo el dolor actual mediante la Escala de Calificación Numérica (NRS), así como la funcionalidad y la molestia de los síntomas. Los resultados mostraron que todos los grupos presentaron mejoras en la NRS y otros índices a los seis meses. El cambio medio ajustado en el dolor actual (NRS) a los seis meses fue de 2.0 para RIST, 1.7 para solo autocuidado, 1.5 para AMCT y 1.6 para AMCT simulado. Ninguna de las diferencias entre el grupo AMCT y los otros tres grupos fue estadísticamente significativa. Los autores concluyeron que la logística del estudio fue manejable y que se obtuvo conocimiento sustancial para una investigación futura más amplia. Se recomendó que AMCT, RIST y el autocuidado sean evaluados en un futuro estudio de efectividad comparativa.
- En otro ECA doble ciego, **Alencar et al. (2014)** compararon, en 45 pacientes con dolor miofascial y dolor mandibular al despertar, la adición de ciclobenzaprina 10 mg, tizanidina 4 mg o placebo a un mismo programa de educación y autocuidados durante 3 semanas. Todos los grupos redujeron significativamente la intensidad del dolor y los puntajes del índice (Mod-SSI), y mejoraron la calidad del sueño, sin diferencias clínicamente relevantes entre fármacos y placebo, pero con mayor frecuencia de efectos adversos en los grupos con medicación activa.
- El ECA de **Nagata et al. (2015)** tuvo como objetivo evaluar si la adición de la terapia con férula de estabilización mejoraba la eficacia de la terapia multimodal sin férula (NS) en el tratamiento de los TTM. Históricamente, la superioridad de la terapia con férula de estabilización en el manejo de los TTM ha sido controvertida. En el estudio, 181 participantes con TTM fueron asignados aleatoriamente a dos grupos: terapia multimodal sin férula (NS) o terapia multimodal sin férula más férula de estabilización (NS+S). La terapia multimodal NS incluyó auto-ejercicio de la mandíbula, terapia cognitivo-conductual y educación para el automanejo. La eficacia se evaluó mediante la limitación de la apertura bucal, el dolor orofacial y los ruidos de la articulación temporomandibular (ATM). Los resultados mostraron que los tres parámetros mejoraron significativamente con el tiempo en ambos grupos. Sin embargo, el análisis de varianza (ANOVA) reveló que no hubo diferencias estadísticamente significativas

entre los grupos NS y NS+S en la comparación total. Los análisis de subgrupos también arrojaron resultados similares, con una excepción menor en el dolor que se consideró una desigualdad preexistente. El estudio concluye que los efectos adicionales de la férula de estabilización no están respaldados cuando se aplica la terapia multimodal. Por lo tanto, se sugiere que, considerando el costo y la prontitud, se recomiende la terapia multimodal para el manejo inicial del dolor orofacial, la limitación de la apertura bucal y los ruidos de la ATM.

- **Giro et al. (2016)** evaluaron, en un ECA doble ciego, a 52 mujeres con TTM doloroso crónico, el impacto de la educación aislada frente a la combinación de educación + automanejo sobre la cinemática mandibular. Tras 30 días, el grupo educación + automanejo mostró incrementos significativamente mayores en la apertura máxima interincisal, en el movimiento anteroposterior y en la amplitud vertical durante la masticación que los grupos control y educación sola, sin beneficios adicionales al prolongar la intervención a 60 días, lo que respalda el efecto temprano del automanejo sobre la función mandibular.
- **Ram et al. (2021)** ECA, prospectivo y multibrazo cuyo objetivo principal fue comparar la eficacia de diferentes tratamientos en el manejo de los TTM. Se asignó aleatoriamente a 160 participantes con TTM y MMO inferior a 40 mm a cuatro grupos: técnica de energía muscular (MET), Terapia con férula oclusal, tratamiento combinado, o únicamente educación para el automanejo y asesoramiento (control). Es crucial señalar que todos los participantes recibieron los componentes del automanejo. Los resultados se midieron durante 3 meses utilizando la Escala EVA para el dolor y la MMO. Se encontró que los tres grupos activos (MET, Férula y Combinado) lograron una reducción del dolor altamente significativa en comparación con el grupo control, sin diferencias significativas entre sí. Sin embargo, en cuanto a la apertura bucal, la MET y el tratamiento combinado resultaron significativamente superiores al grupo de férula oclusal y al grupo control. La terapia con férula, si bien redujo el dolor, tuvo efectos en la mejora de la MMO similares a los del grupo de control. El estudio concluyó que la MET es efectiva para ambos resultados, y que la combinación de tratamientos no ofreció beneficios adicionales sobre la MET sola.
- **Ferreira et al. (2024)** llevaron a cabo un ECA de 12 semanas en 80 pacientes con TTM doloroso crónico, en el que se comparó la combinación de duloxetina (un inhibidor de la recaptación de serotonina y norepinefrina (SNRI) más estrategias de automanejo frente al automanejo más placebo. Ambos grupos lograron reducciones similares de la intensidad del dolor (alrededor del 30%–36%), sin beneficio adicional clínicamente relevante al añadir duloxetina, pero con mayor frecuencia de efectos adversos, peor sueño y mayor catastrofización en el grupo duloxetina; en cambio, una modulación condicionada del dolor

más eficiente al inicio se asoció con mayor reducción de dolor independientemente del tratamiento farmacológico.

- El análisis post hoc exploratorio de **Ferreira et al. (2024b)** en un ECA y controlado con placebo. Su objetivo fue identificar las características fenotípicas de los pacientes con TTM dolorosos que podrían beneficiarse de la adición de duloxetina, a las estrategias de automanejo. Todos los participantes adultos con TTM doloroso recibieron un programa de automanejo (que incluye información sobre etiología, relajación y control de hábitos), además de ser asignados a duloxetina (60 mg/día) o placebo durante 12 semanas. El resultado principal fue la proporción de 'respondedores' (individuos con $\geq 30\%$ de reducción de la intensidad del dolor) en la semana 12. El análisis post hoc mostró que los participantes tratados con automanejo-duloxetina eran más propensos a responder si presentaban intensidad severa del dolor, discapacidad por dolor, ≥ 1 comorbilidad dolorosa (como cefalea) y síntomas de ansiedad. La conclusión es que la medicina personalizada puede implementarse en el manejo de TTM doloroso, ya que las características fenotípicas relacionadas con los dominios de dolor y psicológico predicen qué individuos tienen más probabilidades de beneficiarse de agregar ISRS a las estrategias de automanejo para lograr una reducción del dolor clínicamente significativa
- El ECA piloto de **Cho et al. (2024)** tuvo como objetivo evaluar la viabilidad y la eficacia inicial de una intervención de automanejo asistida por redes sociales (SNS) para el TTM en adultos jóvenes. La muestra incluyó a sesenta y seis participantes ($n=66$) de habla coreana, de 20 a 29 años, con dolor en la articulación temporomandibular. La intervención de una semana comparó la Educación en Neurociencia del Dolor (PNE), entregada mediante videos animados, combinada con instrucciones de automanejo, frente a un grupo de control que recibió solo el automanejo. La intervención fue considerada factible, con una tasa de retención favorable que superó el 87% y alta satisfacción de los participantes. Respecto a los resultados exploratorios, el grupo que recibió la PNE, además del automanejo, mostró una reducción significativa en la somatización del dolor en comparación con el grupo de control ($t = 2.03$, $p = .046$), aunque las diferencias en el dolor o en la depresión no fueron estadísticamente significativas entre grupos. Los autores concluyen que la PNE es una adición valiosa al automanejo para abordar los aspectos psicológicos del dolor en el tratamiento del TTM en adultos jóvenes.

6.2.1.3 Estudios observacionales y longitudinales

En los estudios transversales, el automanejo se presenta principalmente como parte del manejo conservador inicial del TTM doloroso en atención primaria y en servicios públicos de salud.

- El estudio retrospectivo a largo plazo (1 a 7,5 años) de **Randolph et al. (1990)** evaluó a 110 pacientes adultos con TTM, que incluían problemas miofasciales y desórdenes internos de la ATM. El propósito fue comparar la efectividad de la terapia conservadora reversible combinada con consejo de automanejo frente al consejo solo. Los componentes de automanejo enfatizaron el uso de calor húmedo y ejercicio, y la evitación de hábitos parafuncionales. Los resultados generales fueron exitosos: el 88% de los pacientes reportó una mejoría sustancial o total del dolor y de la disfunción, y el 68% reportó pocos o ningún síntoma recurrente a largo plazo. El análisis ridit reveló que no hubo diferencias significativas en los resultados entre las distintas categorías diagnósticas de TTM, ni entre los pacientes tratados en la clínica universitaria y los de práctica privada. Se encontró una tendencia a que los pacientes con síntomas agudos (duración ≤ 4 meses) mejoraran más (84% sin recurrencia) que los crónicos (65% sin recurrencia). Los autores concluyeron que la terapia conservadora, incluido el consejo de automanejo, fue considerada adecuada y apropiada para la mayoría de los pacientes. Un hallazgo relevante fue que el click o ruido de la ATM, incluso en pacientes sintomáticos, generalmente no se asoció con una "progresión natural" hacia un aumento del dolor o la disfunción.
- El estudio longitudinal y prospectivo de **Riley et al. (2007)** examinó la frecuencia y la eficacia percibida de las conductas de autocuidado en 126 pacientes con dolor crónico por TTM miofascial. Las conductas pasivas fueron las más comunes, destacando el descanso (66%) y las técnicas de relajación (62%). Los pacientes informaron que las compresas frías/calientes y el masaje proporcionaron el mayor alivio del dolor. El descanso, la relajación y el masaje se asociaron con un mayor control del dolor. El hallazgo más notable fue que la frecuencia del autocuidado no se asoció de manera consistente con los niveles de dolor. Sin embargo, sí se encontró una fuerte asociación entre la frecuencia de autocuidado y la mejora de los resultados psicosociales, como la depresión y la calidad del sueño. Específicamente, el uso de estiramiento/ejercicio y relajación predijo la reducción de la depresión. El descanso, el masaje y la relajación predijeron una mejora en la calidad del sueño a los 30 días. Se concluye que los clínicos deben discutir las estrategias de autocuidado con los pacientes regularmente, ya que el autocuidado paliativo puede tener utilidad al reducir el dolor a través de la mejora de la depresión y el sueño.

- **Velly et al. (2013)** realizaron un estudio transversal en 654 dentistas generales pertenecientes a redes de investigación en práctica, para describir cómo manejan el dolor asociado a TTM y evaluar la factibilidad de un ensayo clínico aleatorizado en este contexto. La mayoría trataba en promedio tres pacientes con TTM doloroso al mes y utilizaba un protocolo diagnóstico combinado de historia clínica y examen físico. Los tratamientos más frecuentes fueron férulas (97,6 %), estrategias de autocuidado (85,9 %) e indicación de uso de medicamentos de venta libre o prescritos (84,6 %), mientras que el ajuste oclusal también se empleaba de forma relevante. Un 80,3 % de los dentistas declaró disposición a participar en un ECA, prefiriendo comparar férulas, autocuidado y medicación antes que incluir grupos placebo o sin tratamiento.
- **Kirschneck et al. (2013)** realizaron un estudio prospectivo en la consulta que evaluó el perfil psicológico y la efectividad a corto plazo de un entrenamiento de relajación autoadministrado en 100 pacientes con dolor craneofacial y diagnóstico presuntivo de TTM. El estudio clasificó a los pacientes en tres subtipos: (1) baja carga, (2) disfunción psicosocial y (3) afrontamiento adaptativo. La intervención consistió en que los pacientes utilizaran una cinta de audio con instrucciones de relajación progresiva durante 3 meses. Los resultados mostraron que la intensidad del dolor disminuyó significativamente en todos los pacientes tras 3 meses de seguimiento, independientemente de su subtipo. Sin embargo, el alivio autoevaluado fue significativamente distinto entre los clústeres. La interferencia relacionada con el dolor solo mejoró significativamente en los pacientes disfuncionales y adaptativos, siendo estos últimos los que mostraron las mejoras más globales. La conclusión principal es que los pacientes con dolor craneofacial pueden dividirse en subtipos significativos y que el entrenamiento de relajación autoadministrada, que es rentable y ahorra tiempo, generalmente tiene efectos positivos en la percepción del dolor. No obstante, el beneficio es más prometedor en los subtipos con mayor impacto sintomático (disfuncionales y adaptativos).
- **Sander et al. (2016)** realizaron un seguimiento de dos años y emplearon modelos lineales multinivel (MLMs) para determinar si una intervención bioconductual (HR/BB) era más efectiva para pacientes con TTM miógeno agudo, en comparación con una intervención de autocuidado (HR/SC) o ningún tratamiento. La muestra incluyó a participantes de clínicas dentales comunitarias, reclutados entre 2008 y 2013. Los grupos de estudio consistieron en pacientes clasificados como de alto riesgo (HR) o bajo riesgo (LR) de desarrollar cronicidad. Las intervenciones consistieron en terapia cognitivo-conductual y biofeedback (HR/BB), o en una intervención de autocuidado (HR/SC) que incluía materiales educativos para el

automanejo. Las mediciones realizadas evaluaron el malestar psicosocial, el dolor (autoinformado, al masticar, somatización dolorosa) y el funcionamiento masticatorio. Contrario a las expectativas, los resultados mostraron que los pacientes no respondieron de manera distinta a las intervenciones según su diagnóstico. Sin embargo, los pacientes con TTM miógeno agudo, especialmente aquellos con diagnósticos comórbidos de TTM, reportaron los niveles más altos de dolor y síntomas relacionados, y un funcionamiento de la mandíbula más deficiente. Las conclusiones apoyan que el TTM miógeno agudo tiende a resultar en síntomas más graves, pero la efectividad del tratamiento bioconductual o autocuidado no varía en función del diagnóstico.

- En el estudio transversal de **Chanton et al. (2017)** se encuestó a 502 dentistas del sistema público en Tailandia central y observaron que el 85,1% reportó haber atendido pacientes con TTM y el 70,9% los trató en el último año y solo la mitad de ellos aproximadamente diagnosticó subcategorías específicas de TTM antes de realizar un tratamiento. Las modalidades más utilizadas fueron principalmente educación al paciente y autocuidado, seguidos de farmacoterapia y fisioterapia, mientras que las férulas y terapias oclusales se usaron con menor frecuencia.
- Es un estudio de **Henien y Sproat (2017)** que evalúa un programa grupal interactivo de 30 minutos para pacientes con dolor miofascial, centrado en educación, consejería y técnicas simples de autocuidado. En 10 meses participaron 55 pacientes; tras la sesión, el 71% optó por el alta a atención primaria reportando suficiente confianza para automanejarse. Las puntuaciones de "estar informado", "entender su dolor" y "confianza para manejarlo" aumentaron notablemente inmediatamente después y se mantuvieron durante el seguimiento telefónico hasta 11 meses. Ningún paciente contactado requirió una nueva derivación a segundo nivel por TTM. Los autores concluyen que esta modalidad grupal promueve el automanejo, mejora la satisfacción y utiliza el tiempo clínico de forma más eficiente
- El estudio observacional y multicéntrico "Osteovox self-management concept (OSMC) study. Part 2: focus on the therapy" por **L'homme et al. (2019)**, se centró en evaluar el efecto del programa en 107 participantes adultos con TTM doloroso y comportamientos parafuncionales. Esta consiste en una terapia eficaz, simple, breve (2-3 sesiones) y de bajo costo, alineada con las recomendaciones internacionales para el uso de tratamientos reversibles. Basada en el automanejo, incorpora terapia manual, despertar sensoriomotor y facilita el aprendizaje de autonormalización. La medida de resultado primaria (Overall Relief - OR) mostró que la eficacia era alta, con un OR promedio del 77% a los seis meses. El 80.11% de los sujetos obtuvieron un alivio general significativo (60% a 100%). El OSMC fue eficaz en la reducción

de comportamientos parafuncionales y síntomas otológicos. Además, se observó una fuerte correlación entre el OR y la conformidad del paciente con el tratamiento. Los autores concluyen que el OSMC, al ser aplicable por diversos profesionales de la salud, debe generalizarse como tratamiento de primera línea para los TTM.

6.2.1.4 Series de casos

- **Marcos-Martín et al. (2018)** desarrollaron una serie de casos prospectiva con nueve pacientes adultos con dolor cervico-craniofacial crónico de origen muscular, diagnosticados con TTM miofascial y dolor cervical concurrente, con el objetivo de describir los cambios tras un programa de fisioterapia multimodal basado en un enfoque bioconductual. La intervención consistió en seis sesiones en dos semanas de fisioterapia ortopédica manual (movilizaciones articulares temporomandibulares y cervicales, movilización neurodinámica y técnicas de tejido blando), ejercicios terapéuticos de control motor y resistencia, y educación del paciente centrada en la neurofisiología del dolor, el afrontamiento activo, la corrección de parafunciones y pautas de automanejo en la vida diaria. Se evaluaron discapacidad craneofacial (CF-PDI) y cervical (NDI), kinesiofobia (TSK-11), catastrofización (PCS), amplitud de movimiento mandibular y cervical y postura craneocervical al inicio, a las 2 y a las 14 semanas. Los resultados mostraron mejoras estadística y clínicamente significativas a las 14 semanas: disminución de la discapacidad craneofacial y cervical, reducción de la kinesiofobia y la catastrofización con tamaños de efecto grandes, incremento relevante de la MMO activa y pasiva y aumento de la extensión cervical y de la alineación craneocervical, con la mayoría de los pacientes superando los cambios mínimos detectables. Los autores concluyen que la combinación de terapia manual, ejercicio y educación con estrategias de automanejo puede mejorar de forma sostenida la discapacidad, los factores psicológicos y la función mandibular y cervical en pacientes con dolor cervico-craniofacial crónico.
- **Figueiró et al. (2024)** realizaron una serie de casos prospectiva en 15 pacientes con TTM miofascial atendidos en una clínica universitaria brasileña, con el propósito de analizar los cambios en la calidad de vida relacionada con la salud oral tras un programa estructurado de autocuidados. Todos los participantes recibieron en la primera consulta una guía escrita y explicación verbal de medidas de automanejo que incluían: modificación de hábitos parafuncionales (mantener los dientes separados, evitar morder objetos o tejidos blandos, no abrir excesivamente la boca ni mascar alimentos duros o chicle), higiene del sueño, técnicas sencillas de relajación, ejercicios de control mandibular con la lengua en el paladar y estiramientos cervicales, junto con recomendaciones posturales; estas indicaciones se reforzaron a los 30 y 60 días. La variable principal fue la calidad de vida específica para TTM

medida con el cuestionario OHIP-TMD en tres momentos (basal, 30 y 60 días). Se observó una reducción significativa del puntaje total de OHIP-TMD y de múltiples dominios -limitación funcional, dolor físico, incapacidad psicológica y social e incapacidad general- a los 30 y 60 días, con mayores tamaños de efecto en el dolor físico y la esfera social. El estudio sugiere que un programa de automanejo bien estructurado, basado en educación y ejercicios simples, es capaz de mejorar el dolor y la calidad de vida relacionada con la salud oral a corto y mediano plazo en pacientes con dolor miofascial asociado a TTM.

6.2.1.5 Cohortes prospectivos

- El estudio de cohorte prospectivo de **Aggarwal et al. (2021)** realizaron una evaluación destinada a implementar y evaluar el impacto del apoyo biopsicosocial al automanejo en pacientes con dolor orofacial primario crónico. Sesenta y seis pacientes con diagnósticos como TTM o síndrome de boca ardiente (BMS) recibieron hasta 8 sesiones de automanejo asistido. La intervención incorporó un enfoque biopsicosocial mediante el control de la postura, la activación conductual y la reestructuración cognitiva. Los resultados demostraron una mejora significativa en la salud. La gravedad del dolor, medida por el inventario breve del dolor (BPI), se redujo de un promedio de 5.70 a 3.78 ($p < .001$), y la interferencia del dolor en la vida diaria se redujo de 19.95 a 12.05 ($p < .001$). El uso de servicios de atención médica disminuyó, con una reducción significativa en las consultas mensuales promedio (de 0.42/mes a 0.16/mes, $p = .001$) y esto resultó en un ahorro de costos. Los autores concluyen que el automanejo asistido tiene un impacto positivo en la salud y reduce la carga económica y de servicios, y recomiendan priorizar la implementación temprana de dichas intervenciones.
- El estudio realizado por **Velly et al. (2022)** es un estudio de cohorte prospectivo de 6 meses cuyo objetivo fue describir el manejo inicial de los TTM dolorosos por parte de los profesionales dentales en EE.UU. Se reclutaron 1.901 pacientes, con características demográficas típicas de la población TTM de EE.UU. Los diagnósticos más frecuentes establecidos por los profesionales fueron la mialgia (72.4%) y el dolor de cabeza atribuido a TTM (51.0%). Los profesionales de la red gestionaron los TTM mediante tratamientos típicamente conservadores. Las intervenciones más recomendadas incluyeron la instrucción de autocuidado (89.4%), el uso de aparatos intraorales (75.4%) y la administración de medicamentos (57.6%). La autoeficacia para el automanejo de los síntomas se midió en el seguimiento tras 1 mes. En cuanto a los resultados iniciales, la intensidad característica del dolor (CPI, 0-100) media ajustada fue de 49,7. Además, el 40,3 % de los pacientes presentaba dolor de baja intensidad, con nula o baja discapacidad (GCPS grado I). El estudio proporciona datos creíbles sobre los

diagnósticos y las recomendaciones de tratamientos conservadores en entorno a la práctica clínica.

6.2.2 La terminología asociada al automanejo en TTM es heterogénea y se utiliza de forma intercambiable en la literatura

En primer lugar, el término “self-management” fue empleado en 23 investigaciones de los cuales 9 lo emplearon de forma exclusiva. Por otro lado, 23 estudios utilizaron la expresión “self-care”, aunque solo 10 lo usan de manera exclusiva. Un estudio alude al concepto como “home care” o con un enfoque “cognitive-behavioral”, mientras otro añade el término “physical self-regulation” como programa independiente además de “self-care”. Asimismo, 7 artículos combinaron alguno de los términos principales - “self-management” o “self-care”- con “education” o “counseling”. Finalmente, 11 estudios describieron componentes característicos del automanejo — como la farmacoterapia, los ejercicios domiciliarios, los automasajes, el manejo del estrés o la relajación— como intervenciones separadas.

Además de los estudios que utilizan “education” y “counselling” diferenciándolos del automanejo pero a la vez formando parte de la misma intervención en conjunto, se encontraron estudios que dentro de sus intervenciones se refieren a componentes del automanejo como terapias o indicaciones diferentes, como ocurre en Wright et al. (2000), donde separa “posture training” como un componente diferente al automanejo, lo mismo ocurre con Michelotti et al (2004) quien diferencia “education” y “home physical therapy” del automanejo. Lo mismo ocurre en al menos otros 4 estudios donde elementos de las intervenciones no son considerados como automanejo a pesar de si corresponder a este (Carlson et al., 2001; S. F. Dworkin et al., 2002; Giro et al., 2016; Sanders et al., 2016). Estos resultados se resumen en la tabla II.

Tabla II: Uso de terminología en los estudios al referirse al automanejo.

Términos	Nº de estudios	%
Self-care	8	24.24
Self-care + otro término*	2	6.06
Self-care y self-management	13	39.39
Self-management	9	27.27
Self-management + otro término*	1	3.03

**Counselling, education*

6.2.3 El uso de términos relacionados con el automanejo en TTM ha aumentado con el tiempo, con un máximo entre 2010 y 2019

La figura 3 muestra que la utilización de términos relacionados con el automanejo en TTM sigue una trayectoria ascendente desde la década de 1990 hasta alcanzar valores máximos en el periodo 2010-2019, con un descenso posterior entre 2020-2025. En los años 1990-1999 se identificó un estudio que utilizó explícitamente el concepto de automanejo sin usar ningún otro término junto a su uso. En el periodo 2000-2009 se observa un aumento sostenido, especialmente de los términos "automanejo" y "autocuidado", que pasan a ser los rótulos predominantes para referirse a estas estrategias.

El máximo desarrollo terminológico se concentra en 2010-2019, donde se registra el mayor número de estudios que emplean "automanejo" y "autocuidado", y donde además se incrementa el uso de términos asociados como "educación" y "consejería", a la par de los términos principales, usándolos casi como sinónimos o descripción de cómo se entrega la intervención. En ningún documento definen los términos por separado, para lograr una diferenciación. En contraste, el término "autorregulación física" permanece prácticamente ausente o con presencia marginal en todos los periodos, lo que indica que, aun cuando las intervenciones incluyen componentes físicos, rara vez se los denomina así en la literatura.

En el periodo 2020-2025 se constata una reducción en el número de estudios para casi todos los términos, excepto el de "automanejo", que, si bien disminuye, es el de mayor prevalencia (85,71%), incluso utilizado de forma individual (57,14%), aunque esta disminución puede deberse a que corresponde a un intervalo temporal más corto que el de los decenios anteriores.

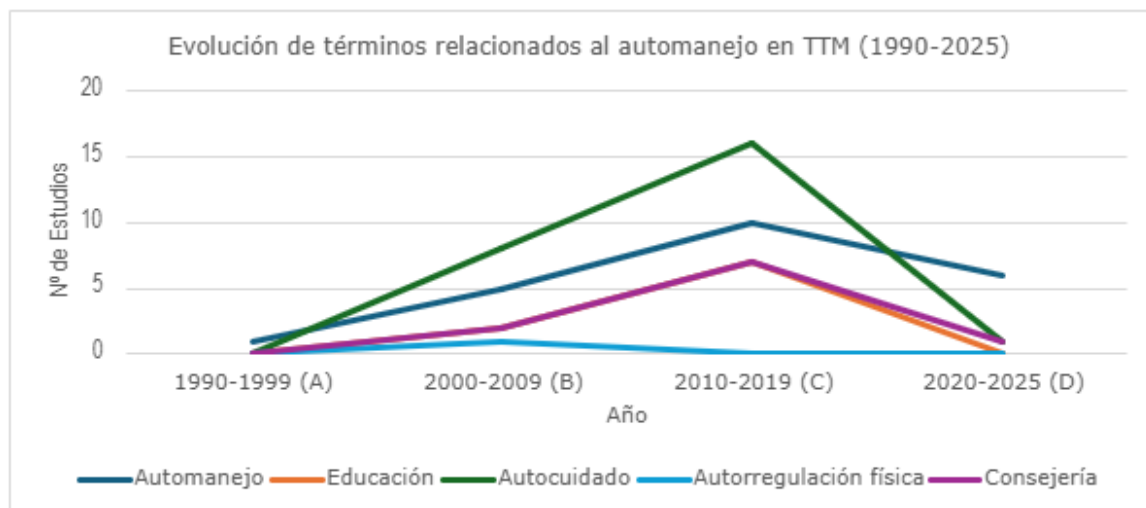


Figura 3: Evolución temporal de términos relacionados al automanejo en TTM. Para la realización del gráfico se contabilizó el uso de los términos en cada estudio, de forma unitaria o aislada, independientemente de si se utiliza en paralelo con otro o más de uno se menciona en un mismo documento.

6.2.4 Componentes del automanejo y elementos del apoyo al automanejo reportados en la literatura científica para el tratamiento de los TTM.

6.2.4.1 Los componentes de automanejo se centran principalmente en la educación y en los ejercicios mandibulares.

En los 33 artículos revisados, se encontraron 27 componentes del automanejo que han sido mencionados en la literatura con una distribución asimétrica; esto se debe a que pocas intervenciones concentran la mayor parte de las menciones.

Como se observa en la figura 4, los componentes del automanejo que encabezan el tratamiento de los TTM, son la educación en TTM (73%, n=24), ejercicios mandibulares (70%; n=23), evitar hábitos parafuncionales (67%; n=22) y técnicas de relajación (64%; n=21), seguidos por terapia térmica 52%; n=17). Además, destacan otras estrategias clave como limitación de la función mandibular, dieta blanda, uso de fármacos, control postural, concientización sobre hábitos orales y educación en higiene del sueño, todas con porcentajes mayores al 30%.

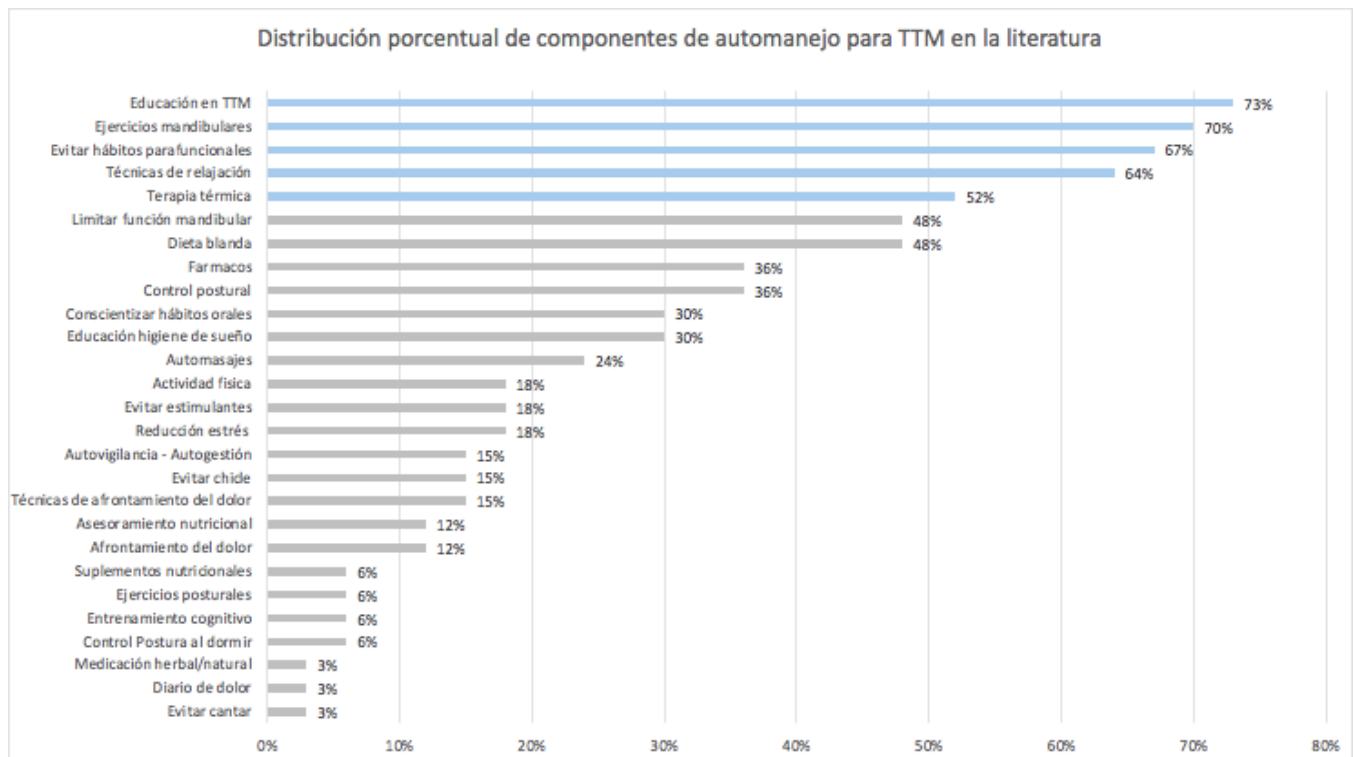


Figura 4: Distribución porcentual de componentes de automanejos para trastornos temporomandibulares mencionados en la literatura.

El estudio de Durham et al. (2016) presenta la mayor cantidad de componentes nombrados (25 de 27 componentes) y a la vez desarrolla cada uno de ellos, le sigue en número el estudio de Guedes con 12 componentes y los estudios de Carlson del año 2001 y Dworkin del año 2022 con 11 componentes cada uno. Los únicos componentes no reportados por el estudio Delphi fueron el "entrenamiento cognitivo" y el "afrentamiento del dolor", que fueron mencionados solo por 5 estudios que tienen como temática la cronicidad del dolor (Aggarwal et al., 2021; Carlson, 2001; Cho et al., 2025; Marcos-Martín et al., 2018; Sanders et al., 2016).

En cuanto al desarrollo de los componentes 5 estudios (Alencar et al., 2009; Herman et al., 2002; Minakuchi et al., 2004; Randolph et al., 1990; Truelove et al., 2006) enunciaron los componentes en no más de un párrafo y sin definición o descripción de estos; en cambio Dworkin et al. (2016) presentó un anexo donde define los componentes a detalle, pero no operacionaliza el cómo realizarlos, y otros 9 autores describen y presentan protocolos con la operacionalización, detallando las sesiones que realizaron y el tiempo estimado de estas (Aggarwal et al., 2021; Carlson et al., 2001; S. F. Dworkin et al., 2002; Ferreira, Soares, et al., 2024; L'homme et al., 2022; Marcos-Martín et al., 2018a; Michelotti et al., 2012; Michelotti, Steenks, et al., 2004; Turner, Mancl, Huggins, Sherman, Lentz, & LeResche, 2011).

El estudio Delphi clasifica los componentes de automanejo en 6 macro categorías -Educación, terapia de autoejercicios, modalidades térmicas, terapia de automasajes, dieta y nutrición y comportamientos parafuncionales- y explica cada una de las categorías, además de entregar un protocolo escrito que aconseja también frecuencia de aplicación y el orden de aplicación; en contraste otros estudios que presentan sus protocolos incluyen también apoyo de imágenes para los componentes de ejercicios (Figueiró et al., 2024; Kalamir et al., 2012; Marcos-Martín et al., 2018; Wright et al., 2000).

6.2.4.2 La educación, los ejercicios, la terapia térmica, el automasaje, la modificación de parafunciones y la dieta blanda conforman el núcleo del automanejo en TTM

6.2.4.2.1 Educación:

La educación se configura como un eje transversal de las intervenciones de automanejo en TTM, lo cual se evidencia en que el 73% de los estudios utilizan esta estrategia en el tratamiento de los TTM. Los contenidos abordados incluyen la etiología de los TTM (Alencar et al., 2009; Carlson et al., 2001; Ferreira et al., 2024; Michelotti et al., 2012; Tuncer et al., 2013; Turner et al., 2011), la anatomía básica de la ATM (Henien et al., 2017), así como aspectos de biomecánica, desplazamiento discal y disfunción. De manera consistente, se releva el rol de los factores psicoemocionales en la aparición, mantenimiento y exacerbación de los síntomas (Kalamir et al., 2012). Por otra parte, la educación integra la discusión del estrés y las emociones como moduladores del dolor, la identificación de factores modificables útiles para orientar el autocuidado y la planificación de estrategias para mantener las ganancias y prevenir recaídas (Turner et al., 2011). Se enfatiza, además, la naturaleza cíclica y, en muchos casos, autolimitada del dolor miofascial, subrayando el papel central del autocuidado (Henien et al., 2017).

Diversos estudios profundizan en factores que contribuyen a la perpetuación del dolor miofascial: patrones alimentarios (p. ej., hipoglucemia por un bajo número de comidas al día), insuficiente ingesta hídrica (deshidratación), alto consumo de cafeína como estimulante central y apretamiento dentario diurno (Alencar et al., 2014). En otros, se explican los mecanismos fisiopatológicos de los subtipos de dolor orofacial crónico y los procesos psicológicos implicados (Cho et al., 2025) en las vías del dolor—incluida la teoría de la compuerta—, introduciendo el autocuidado y destacando al paciente como agente de cambio y responsable de su propio control. También se describe el funcionamiento normal de la musculatura masticatoria, destacando que la sobrecarga muscular puede constituir una causa directa del dolor (Ferreira et al., 2024; Giro et al., 2016; Michelotti et al., 2012). Se revisan los tipos de tratamiento disponibles (Turner et al., 2011) y se comunica el buen pronóstico habitual del cuadro (Devocht et al., 2013; Ferreira et al., 2024; Michelotti et al., 2012). En el plano cognitivo-conductual, algunos trabajos enfatizan el establecimiento de objetivos terapéuticos ajustados a las necesidades del paciente y la reestructuración cognitiva (Aggarwal et al., 2021), junto con estrategias de afrontamiento del dolor y del estrés (Nagata et al., 2015) e intervenciones como el biofeedback en marcos de terapia cognitivo-conductual (Sanders et al., 2016).

La educación incorpora además instrucciones prácticas de uso cotidiano como promover la masticación bilateral simultánea para evitar sobrecargas articulares o musculares (Alencar et al., 2014; Alencar et al., 2009; Velly et al., 2022); instruir la postura mandibular de reposo (lengua suavemente en paladar y dientes separados) para facilitar la relajación mandibular (Alencar et al., 2014; Alencar et al., 2009; Ferreira et al., 2024; Giro et al., 2016; Michelotti et al., 2012; Turner et al., 2011) y evitar aperturas máximas o movimientos mandibulares excesivos (Alencar et al., 2014; Ferreira et al., 2024; Giro et al., 2016). En paralelo, se recomiendan medidas posturales y de higiene del sueño: mejorar la postura corporal (Aggarwal et al., 2021; Nagata et al., 2015; Randolph et al., 1990; Tuncer et al., 2013; Wright et al., 2000) y aplicar rutinas de sueño saludables (Carlson et al., 2001; Ferreira, et al., 2024b; Ferreira, et al., 2024), incluyendo la reducción del consumo de cafeína (Ferreira, et al., 2024; Ferreira et al., 2024b; Velly et al., 2022)

El manejo del estrés es otro componente recurrente: se promueve la práctica de técnicas de relajación y respiración (Ferreira et al., 2024b, Ferreira et al., 2024; Dworkin et al., 2002; Michelotti et al., 2004, 2012; Riley III et al., 2007; Truelove et al., 2006; Tuncer et al., 2013; Turner et al., 2011), con pautas específicas como relajación muscular progresiva (Kirschneck et al., 2013) y respiración diafragmática (Carlson et al., 2001).

Finalmente, se destaca la actividad física como estrategia de apoyo (Carlson et al., 2001; Ferreira et al., 2024a); en particular, se recomienda realizar al menos 150 minutos semanales, conforme a las indicaciones de la Organización Mundial de la Salud (Ferreira et al., 2024b). En estudios sobre el autocuidado del dolor miofascial, la relajación se asocia con niveles más altos de control percibido del dolor (Riley III et al., 2007). De forma coherente, en investigaciones centradas en TTM dolorosos, las recomendaciones clínicas más frecuentes emitidas por profesionales son evitar hábitos orales y relajar la musculatura mandibular (Velly et al., 2022).

6.2.4.2.2 Terapia de autoejercicios:

Los programas de autoejercicios en TTM combinan trabajo mandibular, fuerza y estiramiento, coordinación y corrección postural, con prescripciones diarias y una progresión cuidadosa de la carga.

En primer término, se emplean ejercicios mandibulares como intervención basal (Velly et al., 2022). De forma complementaria, se incorporan ejercicios de corrección postural y un repertorio de ejercicios mandibulares que incluyen estiramientos musculares asistidos, repetitivos, de apertura y cierre, deslizamientos medial y lateral y de resistencia (Tuncer et al., 2013).

Para el control motor y la coordinación, se indican tres sesiones diarias de apertura y cierre

lentos en línea recta (20 repeticiones por sesión), junto con un protocolo de estiramientos: apertura lenta hasta la primera sensación de dolor, asistencia con índice y pulgar para ampliar levemente la apertura y mantención de 1 minuto; este estiramiento se repite 6 veces al día, cada 2 horas (Michelotti et al., 2004). En la misma línea, se describen estiramientos pasivos de apertura (Devocht et al., 2013; Truelove et al., 2006).

Asimismo, en un estudio que compara la terapia miofascial intraoral con una terapia de ejercicios en casa, reporta como terapia en casa una rutina dos veces al día (mañana y noche) basada en la "técnica de masticación con presión cruzada del cuerpo mandibular y el cóndilo", además agrega estiramientos de relajación post-isométricos de laterotrusión y apertura con resistencia isométrica en el mentón durante 10 segundos por repetición (Kalamir et al., 2012).

Finalmente, en otro estudio se prescriben movimientos controlados de la mandíbula para mejorar la coordinación y ampliar la extensión de los movimientos, incluyendo la apertura con resistencia con una mano bajo el mentón y la apertura recta coordinada; todas las tareas se realizan en 6 repeticiones, 3 veces al día (Giro et al., 2016).

En conjunto, los protocolos convergen en frecuencias de 2 a 6 sesiones diarias según el objetivo (movilidad, coordinación o fuerza), con repeticiones estructuradas y tiempos de mantención definidos; se prioriza la calidad del movimiento, la dosificación gradual y la integración de la postura para reducir la sobrecarga muscular y optimizar la función mandibular.

6.2.4.2.3 Terapia térmica:

La terapia térmica se integra como componente de automanejo para modular el dolor, mejorar el tono muscular y promover la relajación de la musculatura masticatoria. Diversos estudios recomiendan aplicar calor (Henien et al., 2017)_o frío en las zonas más dolorosas de los músculos masticatorios (Minakuchi et al., 2004; Velly et al., 2022; Wright et al., 2000), mediante packs térmicos (Devocht et al., 2013; Truelove et al., 2006). En términos de dosificación, se describen protocolos con calor moderado de 40–50 °C, aplicado bilateralmente una vez al día durante 10 minutos (Michelotti et al., 2004); en otros, se sugiere colocar compresas calientes sobre los músculos dolorosos durante 15 minutos, 3 veces al día (Giro et al., 2016). También, existen recomendaciones específicas para el dolor miofascial que priorizan el calor: aplicar tres veces al día y evitar el frío (Alencar et al., 2014).

De forma coherente con el uso extendido de estas modalidades, en un estudio sobre autocuidados para el dolor miofascial, los packs fríos o calientes fueron valorados como las opciones

que proporcionan el mayor alivio del dolor (Riley III et al., 2007).

En síntesis, la evidencia disponible describe modalidades térmicas complementarias (calor y/o frío) con rangos de 10–15 minutos por aplicación y frecuencias entre 1 y 3 veces diarias, destacando el énfasis en el calor cuando el objetivo principal es reducir dolor miofascial y facilitar la relajación (Alencar et al., 2014; Devocht et al., 2013; Giro et al., 2016; Henien et al., 2017; Michelotti et al., 2004; Minakuchi et al., 2004; Riley III et al., 2007; Truelove et al., 2006; Velly et al., 2022; Wright et al., 2000).

6.2.4.2.4 Automasaje:

El automasaje se incorpora como estrategia de automanejo para modular el dolor y la tensión de la musculatura masticatoria, respaldado por múltiples estudios (Henien et al., 2017; Randolph et al., 1990; Velly et al., 2022). La intervención se centra en la localización precisa de los músculos diana y en la dosificación de la presión en función del síntoma: se recomienda aplicar una fuerza ligeramente superior al umbral doloroso, ajustándola proporcionalmente al nivel de dolor percibido (Michelotti et al., 2004).

En cuanto a la técnica, el masetero se trabaja mediante movimientos circulares de los dedos índice y medio en plano extraoral, acompañados de contrapresión intraoral con el pulgar. Para el temporal, se emplean movimientos circulares ipsilaterales con los dedos índice, medio y anular (Michelotti et al., 2004). Algunos protocolos formalizan la frecuencia y las áreas de aplicación: masaje bilateral de maseteros y temporales, tres veces al día, mediante movimientos circulares, con el objetivo de mejorar la circulación sanguínea y atenuar el dolor y el espasmo muscular (Giro et al., 2016).

La aceptabilidad y la utilidad percibida del automasaje son altas en poblaciones con dolor miofascial: en estudios de autocuidado, el descanso, la relajación y el masaje figuran entre las medidas más utilizadas, y el masaje se reporta de forma consistente como una de las estrategias que mayor alivio y control del dolor proporcionan (Riley III et al., 2007)

En síntesis, el automasaje -bien instruido y dosificado- conforma un componente práctico y de bajo costo dentro del automanejo de TTM, con técnicas estandarizadas (masetero y temporal), frecuencias claras (hasta tres veces al día) y un énfasis en la autorregulación de la presión para maximizar beneficios y minimizar la reactividad dolorosa (Giro et al., 2016; Henien et al., 2017; Michelotti et al., 2004; Randolph et al., 1990; Riley III et al., 2007; Velly et al., 2022).

6.2.4.2.5 Comportamientos parafuncionales:

La intervención sobre comportamientos parafuncionales en TTM se estructura en dos ejes complementarios: (1) monitoreo y autorregulación de la actividad muscular orofacial y de la función mandibular, y (2) suspensión sistemática de hábitos orales nocivos y de movimientos mandibulares excesivos.

En primer lugar, se promueve el monitoreo y la reducción de parafunciones musculares de la cabeza y el cuello a lo largo del día, con énfasis en la conciencia situacional (p. ej., detectar episodios de tensión o apriete) y en el ajuste voluntario hacia patrones funcionales más neutros (Carlson et al., 2001; Truelove et al., 2006). Este enfoque se complementa con el seguimiento de la función mandibular -observación de las trayectorias de apertura/cierre, simetría y control de la posición de reposo- como base para la autorregulación (Ferreira et al., 2024; Michelotti et al., 2004, 2012; Truelove et al., 2006).

En segundo término, se recomienda evitar hábitos orales nocivos y movimientos mandibulares excesivos que incrementen la carga funcional sobre la musculatura y la ATM (Michelotti et al., 2012). Entre las conductas específicas, se destaca discontinuar la masticación de chicle y evitar comerlo de forma habitual (Nagata et al., 2015; Schiffman et al., 2002; Velly et al., 2022), así como eliminar el apriete dentario mediante la vigilancia activa de los momentos gatillantes (Nagata et al., 2015; Wright et al., 2000). De manera coherente, diversos protocolos subrayan la reducción de comportamientos parafuncionales como objetivo explícito del tratamiento (Devocht et al., 2013), mientras que otras guías insisten en la supresión de hábitos orales dañinos en el plan de automanejo (Ferreira et al., 2024b; Ferreira et al., 2024; Giro et al., 2016).

Estas recomendaciones convergen en una estrategia educativa-conductual que combina conciencia y registro de la función mandibular con eliminación priorizada de parafunciones -en particular, chicle y apriete dentario- y la limitación de movimientos excesivos, con el fin de disminuir la sobrecarga y optimizar la función (Carlson et al., 2001; Devocht et al., 2013; Ferreira et al., 2024b, 2024; Giro et al., 2016; Herman et al., 2002; Dworkin et al., 2002; Michelotti et al., 2004, 2012; Nagata et al., 2015; Truelove et al., 2006; Velly et al., 2022; Wright et al., 2000)

6.2.4.2.6 Nutrición y dieta:

El manejo nutricional e hídrico forma parte del automanejo de los TTM con el propósito de disminuir la carga mecánica masticatoria, reducir la irritación miofascial y favorecer la recuperación

funcional. En este sentido, se recomienda ajustar la hidratación y la alimentación según el estado sintomático del paciente (Carlson et al., 2001).

De manera consistente, múltiples estudios proponen una dieta blanda como medida transitoria durante las fases dolorosas o de reagudización, con el fin de limitar los esfuerzos de apertura amplia, la masticación vigorosa y la tracción sostenida de los músculos y de la ATM. Esta pauta implica preferir alimentos de consistencia blanda y evitar preparaciones duras, pegajosas o crujientes, así como masticaciones prolongadas o bolos voluminosos; la reintroducción de texturas más firmes debe realizarse de forma gradual según tolerancia (Alencar et al., 2014; Ferreira et al., 2024b; Michelotti et al., 2004, 2012; Minakuchi et al., 2004; Nagata et al., 2015; Randolph et al., 1990; Velly et al., 2022)

En suma, la optimización de la hidratación y la dieta blanda actúan como medidas conservadoras de bajo riesgo y alta aceptabilidad, contribuyendo a modular el dolor, evitar la sobrecarga y favorecer la función durante el curso del tratamiento (Alencar et al., 2014; Carlson et al., 2001; Ferreira et al., 2024; Michelotti et al., 2004, 2012; Minakuchi et al., 2004; Nagata et al., 2015; Randolph et al., 1990; Velly et al., 2022).

6.2.4.3 Las intervenciones de automanejo logran reducciones del dolor y mejoras de la función mandibular comparables a otras terapias conservadoras en TTM

6.2.4.3.1 Dolor:

Al revisar los estudios clínicos incluidos en esta revisión, los resultados confirman que las intervenciones de automanejo constituyen la primera línea terapéutica conservadora para los TTM. En un estudio clásico del año 1990, se demostró que el 60% de los pacientes que recibieron solo consejos de automanejo reportaron pocos o ningún síntoma recurrente de TTM en un cuestionario estandarizado a 1–2 años, superando a quienes recibieron consejos de automanejo junto con tratamiento conservador (Randolph et al., 1990). Al analizar los componentes de automanejo y la respuesta que logran en el dolor por TTM se ha observado que la educación por si sola (explicación del normal funcionamiento de los músculos masticatorios, evitar hábitos orales y movimientos excesivos mandibulares y mantener una postura de reposo mandibular) reduce el dolor espontáneo, cefalea y dolor al masticar en pacientes con dolor miofascial y que la adición de una rutina de terapia en casa no produce cambios significativos en las puntuaciones en la escala EVA para los grupos estudiados (Michelotti et al., 2004).

Respecto de la comparación con férulas oclusales, la evidencia es consistente: Carlson et al. (2001) hallaron que la autorregulación física y el uso de férula redujeron significativamente el dolor en la escala de EVA y en el inventario multidimensional del dolor (MPI), pero que a las 26 semanas el grupo de autorregulación reportó menos dolor que el de férula; ambos, no obstante, mostraron descensos en interferencia por dolor. Por otra parte, en el estudio de Truelove et al. (2006) se observó que un tratamiento conservador con estrategias de automanejo, en comparación con el uso de férulas rígidas y blandas, disminuyó los niveles de intensidad del dolor característico (CPI) a los 3 y 12 meses, sin diferencias entre los grupos. En otro estudio que comparó la efectividad de un programa educativo con férula oclusal para el tratamiento del dolor miofascial, se observó que la apertura máxima sin dolor y la intensidad del dolor muscular espontáneo no difirieron entre los grupos de tratamiento a los 3 meses. (Michelotti et al., 2012). En la misma línea, Nagata et al. (2015) no encontraron beneficio adicional de incorporar férula de estabilización a un programa multimodal (educación, autoejercicios, TCC, control de rechinar) a las 10 semanas. Incluso, Dworkin et al. (2002) informaron CPI significativamente menor con autocuidado estructurado frente al tratamiento usual con férulas a los 12 meses. Una excepción puntual la ofrece Ram et al. (2021): en donde se comprueba que el uso de férula, técnica de energía muscular (MET) y su combinación fueron superiores a educación sola para reducir el dolor en el corto plazo, sugiriendo que intervenciones activas superan a consejería aislada.

Al analizar componentes y cointervenciones, el entrenamiento postural añadido al automanejo mejora significativamente síntomas y umbral de dolor a la presión frente al automanejo solo (Wright et al., 2000). En un estudio observacional, la termoterapia (calor/frío) y el automasaje se asociaron con el mayor alivio del dolor, mientras que el descanso, la relajación y el masaje se relacionaron con un mayor control del dolor percibido (Riley III, Myers, et al., 2007). Tuncer (2013) mostró que ejercicios domiciliarios con o sin terapia manual reducen el dolor en reposo y bajo estrés y aumentan la apertura, con mayor descenso bajo estrés cuando se añade terapia manual. En el ámbito de técnicas específicas, la terapia miofuncional intraoral (IMT) superó al grupo control tras el período inicial, y su combinación con educación y autocuidado mantuvo puntuaciones de dolor más bajas que IMT sola a 12 meses (Kalamir et al., 2012). DeVocht et al. (2013), al comparar AMCT (técnica quiropráctica), férula, autocuidado y simulación de AMCT, observaron mejoras en la intensidad del dolor en la escala numérica (NRS) en todos los grupos a los 2 y 6 meses, lo que confirma la efectividad global de los abordajes conservadores.

En un estudio que comparó la educación versus la adición de ciclobenzaprina o clonazepam para el tratamiento del dolor mandibular al despertar, se observó que la adición de ciclobenzaprina es estadísticamente superior a la educación sola o a la educación más clonazepam en disminuir el dolor

matutino a las 3 semanas de tratamiento. (Schiffman et al., 2002). En contraposición, otro estudio comprobó que la adición de tratamiento farmacológico, como ciclobenzaprina o tizanidina, a la educación y al autocuidado de pacientes con dolor mandibular al despertar no mostró diferencias significativas entre los grupos a las 3 semanas de tratamiento (Alencar et al., 2014). Más recientemente, en el estudio de Ferreira del año 2024 se observó que la adición de duloxetina a un programa de automanejo (educación, control de parafunciones, dieta y nutrición) en el tratamiento de TTM doloroso no cambia el promedio de intensidad del dolor las 12 semanas de tratamiento, sugiriendo que el beneficio central sigue radicando en la intervención de automanejo (Ferreira et al., 2024).

6.2.4.3.2 Función mandibular:

La evidencia disponible muestra que los programas de automanejo -por sí solos o combinados con intervenciones específicas- logran mejoras clínicamente relevantes en la función mandibular, en particular en la apertura. Cuando el automanejo se integra con entrenamiento postural, el beneficio es mayor: Wright et al. (2000) informan un aumento de 5,3 mm en la apertura máxima sin dolor, superior al obtenido con el automanejo aislado. En un diseño comparativo con férula, Carlson et al. (2001) observaron que tanto la autorregulación física como el tratamiento estándar con férula incrementaron significativamente la apertura interincisal sin dolor, pero en el seguimiento, el grupo de autorregulación mostró una mayor apertura que el grupo estándar, sugiriendo que el componente educativo-conductual puede sostener mejor la ganancia funcional.

No todos los ensayos muestran diferencias entre los abordajes conservadores. Dworkin et al. (2002) compararon el autocuidado con el manejo estándar mediante férulas y no hallaron diferencias en la apertura máxima sin dolor, la apertura máxima con dolor (no asistida) ni la apertura máxima con dolor (asistida). En la misma línea, Truelove et al. (2006) -al contrastar estrategias de autocuidado y tratamientos con férulas rígidas y blandas- no encontraron diferencias a los 3 y 12 meses en la apertura bucal, las excursiones laterales ni la protrusión. Michelotti et al. (2012) también reportaron la ausencia de diferencias en la mejora de la apertura al comparar, a los 3 meses, un programa educativo con férula.

Cuando el automanejo se combina con ejercicios domiciliarios estructurados o con terapia manual, la apertura tiende a mejorar aún más. En el estudio de Michelotti et al. (2004), educación más terapia física en casa produjo una apertura máxima libre de dolor significativamente mayor que educación sola. Tuncer et al. (2013) mostraron que los ejercicios domiciliarios (con o sin terapia manual) mejoran la apertura, con un aumento mayor en el grupo combinado. Resultados similares se observan cuando se añade terapia miofuncional intraoral (IMT): Kalamir et al. (2012) hallaron

que la IMT ± educación/autocuidado mejora la apertura frente al control a los 6–12 meses, con una ventaja sostenida al integrar el componente de autocuidado. En esta misma línea, el estudio de Hardik Ram comparó férula oclusal, técnica de energía muscular (TEM), tratamiento combinado (TEM más férula) y un control educativo, en este estudio todos los abordajes activos mejoraron la función, pero TEM y el tratamiento combinado fueron superiores para incrementar la apertura bucal respecto de los otros grupos, reforzando que sumar intervenciones activas al automanejo potencia la ganancia de apertura (Ram et al., 2021). En un enfoque multimodal, Nagata et al. (2015) mostraron que añadir férula no aporta beneficios adicionales sobre la limitación de la apertura cuando ya existe un programa robusto de automanejo.

La cinemática también refleja estos efectos. Giro et al. (2016) observaron que educación más autocuidado mejoró la apertura máxima y el movimiento anteroposterior mandibular frente a educación sola o ningún tratamiento a 30 días. Complementariamente, en un seguimiento prospectivo con fisioterapia multimodal más educación, Marcos-Martín et al. (2018) documentaron cambios significativos no solo en la apertura activa y pasiva, sino también en las excursiones laterales (derecha e izquierda) y la protrusión.

En conjunto, los estudios convergen en que el automanejo bien estructurado mejora la función mandibular de forma comparable a las férulas y, cuando se potencia con postura, ejercicios domiciliarios y/o terapia manual/IMT, puede ampliar la magnitud y persistencia de las ganancias en apertura, lateralidades y protrusión.

6.2.4.3.3 Calidad de vida:

En cuanto a los cambios en la calidad de vida, dos estudios evaluaron la calidad de vida relacionada con la salud oral mediante los cuestionarios OHIP-14 (Oral health impact profile) (Devocht et al., 2013a) y OHRQoL (Oral health related quality of life) en la versión específica para TTM (OHIP-TMD) (Figueiró et al., 2024). En el ensayo clínico piloto de DeVocht et al. (2013), que comparó AMCT (técnica quiropráctica), férula, autocuidado y simulación de AMCT, todos los grupos mostraron mejorías en OHIP-14 a 2 y 6 meses. Por su parte, un estudio prospectivo en pacientes con dolor miofascial tratados exclusivamente con autocuidado (guía de hábitos, higiene del sueño, ejercicios orofaciales y estiramientos cervicales) registró descensos significativos del OHIP-TMD global, con mejoras en los dominios de limitación funcional, dolor físico, incapacidad psicológica y social e incapacidad (al mes y 2 meses), y disminución del malestar psicológico a los 2 meses (Figueiró et al., 2024).

6.2.4.4 En el apoyo al automanejo se priorizan los elementos de cambio de conducta e integran, de forma limitada, el resto de los elementos de apoyo recomendados.

En cuanto a los elementos de apoyo al automanejo, estos clasifican en 6 categorías (metas, plan de acción, comunitario, resolución de problemas, psicología y cambio de conducta). En la Figura 5 se observa que ningún estudio incorporó los 6 elementos descritos. Solo el 6,1% (2 estudios) incluyó cinco elementos, mientras que 5 estudios (15,2%) consideraron cuatro elementos y 2 estudios adicionales (6,1%) integraron tres. La mayoría de las publicaciones (15 estudios, 45,5%) utilizaron únicamente dos elementos de apoyo. Finalmente, 9 estudios (27,3%) incorporaron solo uno de los seis elementos posibles. En conjunto, menos de un tercio de los estudios incluyó al menos tres elementos de apoyo al automanejo.

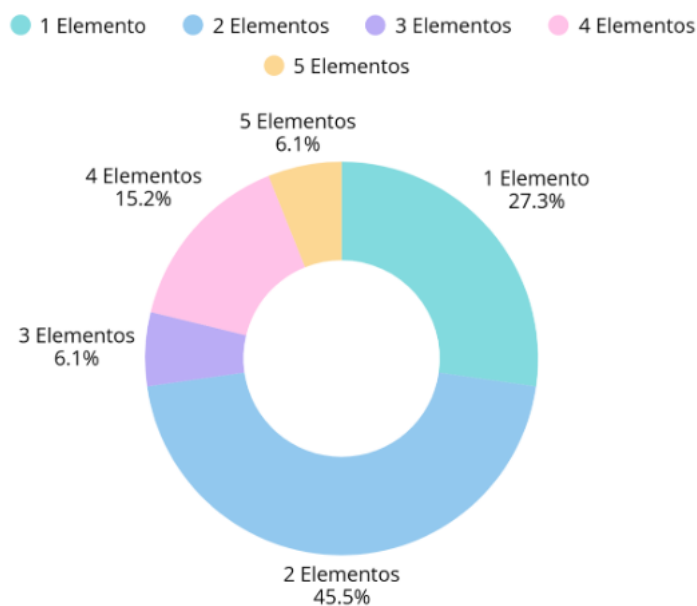


Figura 5: Número y porcentaje de elementos de apoyo al automanejo utilizados en los estudios en las intervenciones realizadas.

La figura 6 muestra la distribución de los seis elementos de apoyo al automanejo identificados en los estudios. El componente más frecuente fue el cambio de conducta, presente en la totalidad de las intervenciones analizadas (100%, 33 estudios). Este se operacionalizó mediante distintas técnicas de intervención, identificadas y confirmadas a partir de la taxonomía de técnicas de cambio de conducta (Michie et al., 2013). El número de técnicas empleadas por estudio varió entre 2 y 13, siendo las más frecuentes "instrucciones sobre cómo llevar a cabo una conducta", "argumento persuasivo/fuente creíble", "automonitoreo de la conducta" y "sustitución de conducta".

En segundo lugar, se encuentra el elemento de "plan de acción" con una frecuencia de 22 estudios y tal como se observa en la Figura 6 el resto de los elementos presentó una frecuencia igual o menor a 8, destacando que el "establecimiento de metas" fue el menos representado, con tan solo 2 estudios.

Los 2 estudios que incorporaron 5 elementos del apoyo al automanejo fueron, a su vez, los únicos que incluyeron el elemento de "establecimiento de metas"; y en ambos casos, el único elemento ausente fue "recursos comunitarios" (Aggarwal et al., 2021; Turner et al., 2011). Este último se registró únicamente en tres estudios y con enfoques distintos: uno considerando el apoyo del entorno cercano, de algún familiar y/o amigo (Riley III et al., 2007), otro desde el punto de vista comunitario al realizar sesiones grupales (Henien & Sproat, 2017) y el último al implementar la intervención como un recurso social de fácil acceso por medio de una plataforma en línea (Cho et al., 2025).

De los 9 estudios con el mayor número de elementos empleados, solo 2 no incluyeron "resolución de problemas" (Cho et al., 2025; Henien et al., 2017). De ellos, solo 2 no consideraron el elemento "psicológico" (Henien et al., 2017; L'homme et al., 2022).

De los 24 estudios restantes con 1 y 2 elementos, solo 1 utilizó el elemento de "psicología" (Nagata et al., 2015), otro consideró el elemento de "recurso comunitario" (Riley III et al., 2007); ninguno de ellos incluyó el elemento de "resolución de problemas".

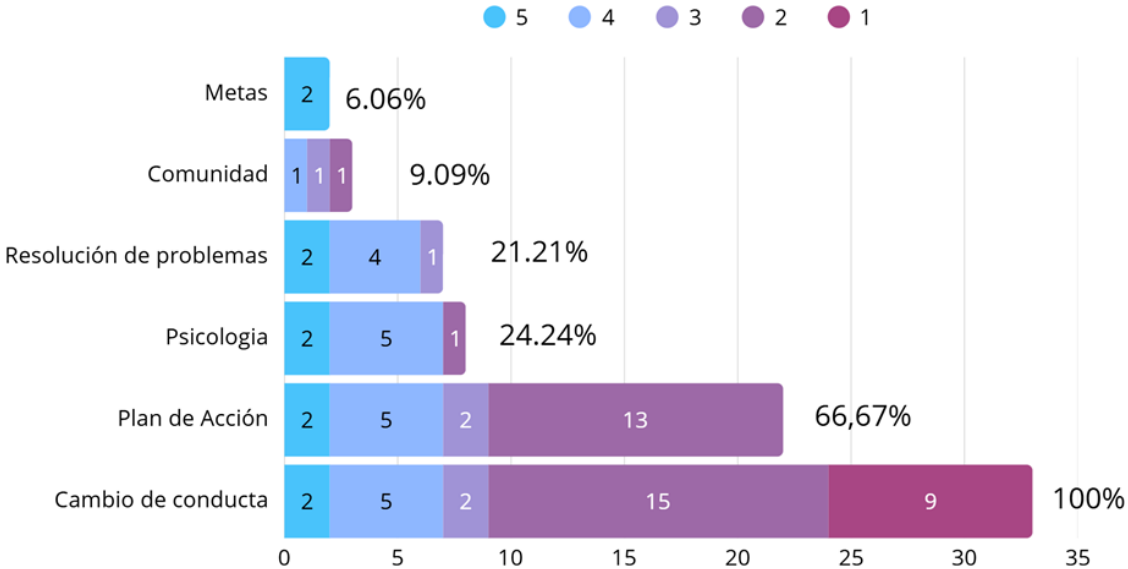


Figura 6: Frecuencia de los elementos del "Apoyo al automanejo" utilizados por los estudios.

6.2.5 Existe un predominio odontológico en la ejecución de los roles de apoyo al automanejo, con una participación limitada de otros profesionales de la salud.

Para describir los roles profesionales de salud en relación al apoyo al automanejo, se buscó primero identificar los roles enunciados, que se clasificaron en ocho categorías: (1) provee o realiza la educación del programa de automanejo (AM): refiriendo a aquel que entrega las indicaciones básicas de las instrucciones del automanejo y educa sobre los TTM, dolor y su tratamiento; (2) educador y entrenador conductual (cambio de hábitos); (3) educador y entrenador cognitivo (entrenamiento y desarrollo de habilidades cognitivas); (4) enseña, entrena y/o corrige la ejecución de ejercicios (autoejercicios, ergonomía, respiración); (5) capacita a otros profesionales para aplicar automanejo; (6) refuerza el automanejo mediante retroalimentación, motivación, apoyo a la adherencia y monitoreo; (7) delega el rol o deriva a otros especialistas para aplicar o complementar el automanejo; y (8) indica el uso de fármacos. Al igual que en el análisis de los elementos de apoyo al automanejo, estas categorías fueron recodificadas para facilitar su manejo en las siguientes etiquetas resumidas: educación en AM, cambios conductuales, habilidades cognitivas, ejercicios y ergonomía, capacitar profesionales, refuerzo al AM, derivar o delegar e indicar fármacos. Y luego de identificar los roles, se buscó cuál o cuáles profesionales los realizaban.

De los 33 documentos analizados (Figura 7), 8 (24.24%) documentos no asociaron ningún rol a un profesional en particular (Alencar et al., 2009; Kirschneck et al., 2013; Minakuchi et al., 2004; Nagata et al., 2015; Randolph et al., 1990; Sanders et al., 2016), en algunos casos, se especifica el lugar donde se lleva a cabo la intervención (por ejemplo, "...Northwestern University Dental School TMJ Clinic..." (Randolph et al., 1990), otros declaran quien realizo el diagnostico o la distribución de grupos; sin embargo, al detallar la intervención se recurre a fórmulas impersonales como "...todos los participantes fueron instruidos..." (Nagata et al., 2015), "... se les proporcionó ..." (Kirschneck et al., 2013; Minakuchi et al., 2004) o "Todos los pacientes fueron educados..." (Alencar et al., 2009), sin nombrar a un responsable específico o dejando al lector la responsabilidad de inferir quién ejecuta la intervención por la ubicación (escuela de odontología) o porque quien conduce la investigación (profesión del investigador). Una situación distinta se observa en Riley et al. (2007), donde no se describe un rol profesional, ya que el foco del estudio está en los hábitos de automanejo del propio paciente, sin participación directa de un profesional. De modo similar, Cho et al. (2024) analizan la implementación del automanejo mediante una aplicación y material audiovisual en redes sociales, sin contacto presencial con un profesional, dado que el objetivo es desarrollar y evaluar una herramienta digital para la entrega del automanejo.

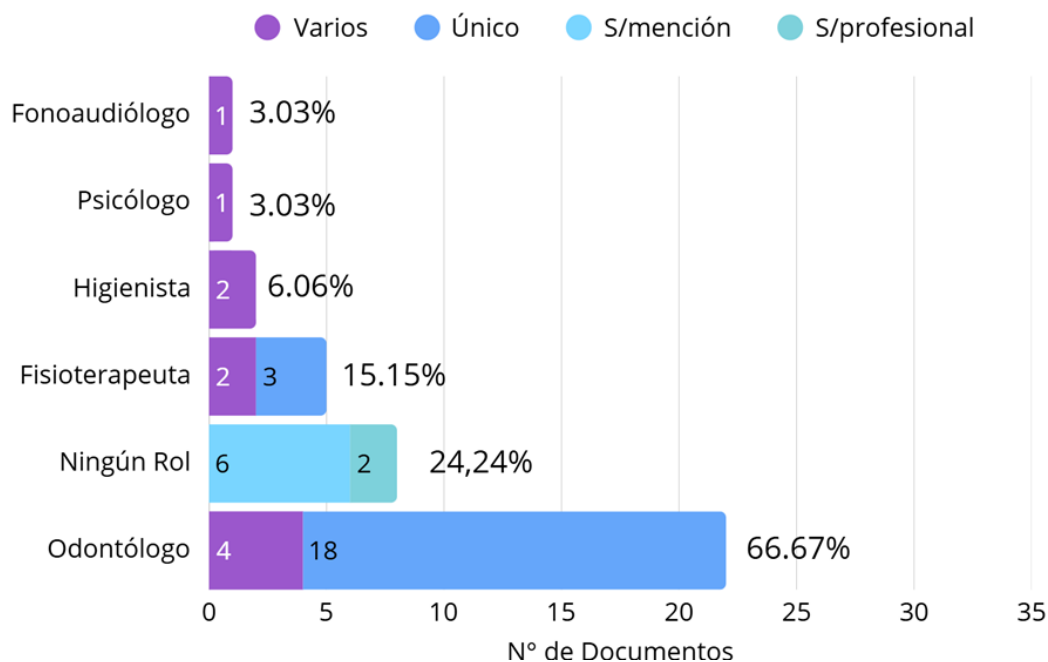


Figura 7: Frecuencia de mención de los profesionales en los artículos.

*Varios: Documentos que mencionan más de 1 profesional *Único: Documentos que mencionan 1 solo profesional *S/mención: Se indica existencia de un profesional, pero no especifica cuál. *S/profesional: Se describe intervención sin participación directa de un profesional

Como se observa en la Tabla III, los profesionales mencionados con un rol en la implementación de las terapias de automanejo fueron odontólogos (especialistas y no especialistas en TTM), higienistas dentales, fisioterapeutas, quiroprácticos, fonoaudiólogos (logopedistas) y/o psicólogos.

De los 33 documentos analizados, 25 (75.76%) asociaron al menos un profesional a algún rol, 22 (66.67%) de ellos mencionaron a un odontólogo; dentro de este grupo, solo 5 (15.5%) correspondieron a especialistas de TTM. Dos estudios (6.06%) nombraron a higienistas dentales, donde cumplieron el rol principal en la implementación de la intervención de automanejo, 5 (15.5%) mencionaron fisioterapeutas, quiroprácticos y/o osteópatas, 1 estudio (3.03%) mencionó a un fonoaudiólogo (logopedista) y 1(3.03%) a un psicólogo.

4 estudios (12.12%) nombraron más de un profesional, Dworkin et al. (2002) describe la participación conjunta de un odontólogo e higienista, Turner et al. (2011) incluyen a un odontólogo, un higienista y un psicólogo, Kalamir et al. (2012) menciona a un odontólogo y un fisioterapeuta y por último L´homme et al. (2019) reportan la intervención de un odontólogo, fisioterapeuta y

fonoaudiólogo.

Finalmente, de los 21 documentos (63.64%) que nombraron a un solo profesional, 18 (54.55% del total) fueron odontólogos y 3 (9.09%) a un fisioterapeuta, lo que refuerza el predominio de la odontología en las intervenciones de automanejo para TTM.

En la Tabla III se observan los roles identificados en los artículos y realizados por los profesionales: el odontólogo es el único que realiza los 8 roles descritos; le sigue el fisioterapeuta, con 6 roles; los higienistas dentales, con 4; los psicólogos, con 2; y los fonoaudiólogos, con 1 rol. También muestra el número de profesionales que realizan cada rol; el de educación en automanejo presenta el mayor número de tipos de profesionales que lo ejercieron: 4 odontólogos, fisioterapeutas, higienistas y psicólogos. Luego, con frecuencia, de 3 profesionales se encuentran cambios conductuales, ejercicios y ergonomía, capacitar a profesionales y el refuerzo al automanejo. El rol realizado solo por un profesional, en este caso, el odontólogo, fue la indicación de fármacos.

Tabla III: Roles realizados por cada profesional y número de profesionales que realizaron cada rol.

Profesionales/Roles	Roles								Total Roles	
	Educación	Cambio conductual	Habilidades cognitivas	Ejercicios ergonomía	Capacitar	Refuerzo	Delegar	Fármacos		
Odontologos	X	X	X	X	X	X	X	X	1	8
Fisioterapeutas	X	X	X	X		X	X		0	6
Higienistas	X	X				X	X		0	4
Psicologos	X					X			0	2
Fonoaudiologo				X					0	1
Total de Profesionales	4	3	2	3	3	3	2	1		

* X: Realizó un rol

Por otra parte, la Figura 8 muestra los ocho roles identificados en los artículos y, para cada rol, se muestran barras que indican cuántos documentos asignó ese rol a cada tipo de profesional. Donde se visualiza nuevamente el predominio de los odontólogos en la mayoría de las categorías, y la menor representación de otros profesionales en la literatura revisada.

El rol más frecuente fue el de educación en automanejo, atribuido principalmente a odontólogos (22 documentos, 66.67%), seguido de fisioterapeutas (3, 9.09%), higienistas (2, 6.06%) y psicólogos (1, 3.03%). Otros roles con alta presencia fueron el refuerzo al automanejo con 9 (27.27%) documentos para odontólogos, 3 (9.09%) para fisioterapeutas y 2 (6.06%) para higienistas y cambio conductual, 7 (21.21%) para odontólogos, 3 (9.09%) para fisioterapeutas y 2

(6.06%) para higienistas. El rol de ejercicios y ergonomía fue el único en el que odontólogos y fisioterapeutas tuvieron igual representación, 5 (15.15%) cada uno. En contraste, roles como capacitar a profesionales, derivar y/o delegar e indicar fármacos mostraron menor frecuencia y una participación casi exclusiva de odontólogos.

En conjunto, se evidencia que los odontólogos concentran la mayor parte de las funciones descritas en los documentos revisados, mientras que la participación de otros profesionales se limita a roles específicos y en menor medida. Los fisioterapeutas aparecen con relevancia en roles específicos (ejercicios/ergonomía, cambio conductual, refuerzo), con valores que oscilan entre 1 y 5 documentos. Los higienistas, psicólogos y fonoaudiólogos tienen una participación limitada, están mencionados en muy pocos documentos y desempeñan roles específicos.

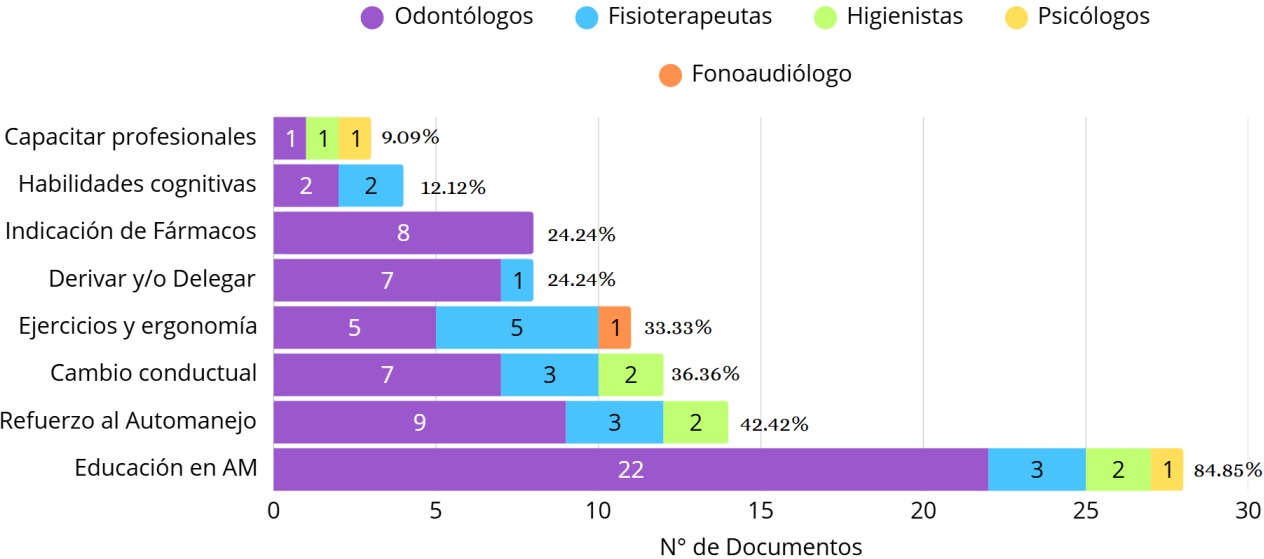


Figura 8: Cantidad de documentos que mencionaron cada rol asociado al profesional que lo realiza.

VII. DISCUSIÓN

7.1 Síntesis de hallazgos principales

En las últimas décadas, el automanejo se ha consolidado como una estrategia terapéutica clave en el tratamiento de los TTM. En el análisis histórico y temporal de la terminología, se identificó una amplia diversidad de conceptos empleados para describir las intervenciones orientadas al automanejo en pacientes con TTM. Los estudios muestran un uso extendido pero heterogéneo de términos como automanejo, autocuidado, educación y consejería para referirse a intervenciones de automanejo, con definiciones poco explícitas y escasa diferenciación entre conceptos, aun así, la terminología relacionada con el automanejo ha mostrado un aumento sostenido a lo largo de los años analizados. En cuanto a la caracterización de sus componentes, se identificaron 27 elementos distintos, organizados en torno a un núcleo físico-educativo ampliamente compartido (educación sobre TTM, autoejercicios mandibulares, control de comportamientos parafuncionales, terapia térmica, automasaje, ajustes en la dieta, hidratación, postura y sueño), aunque con una presencia limitada de estrategias cognitivo-conductuales y de afrontamiento del dolor. En lo referido a la efectividad clínica, los programas de automanejo muestran resultados comparables a las férulas y otras terapias conservadoras en la reducción del dolor y la mejora de la función mandibular, aunque con escasa evaluación de la calidad de vida. De forma complementaria, el análisis de los elementos de apoyo al automanejo evidenció que ningún estudio integra de manera sistemática las seis dimensiones propuestas en marcos teóricos internacionales, predominando las técnicas de cambio conductual por encima del establecimiento de metas, la resolución de problemas, el apoyo psicológico estructurado o el uso de recursos comunitarios. Finalmente, los artículos muestran que el odontólogo es el principal profesional que ofrece estrategias de automanejo en TTM, por encima de otros profesionales de la salud.

7.1.1 Variabilidad terminológica, falta de consenso en la definición de Automanejo y su evolución en el tiempo.

En el análisis histórico y temporal de la terminología asociada al automanejo, se identificó una amplia diversidad de conceptos empleados para describir las intervenciones orientadas al automanejo en pacientes con TTM. Esta variabilidad terminológica no solo refleja diferencias conceptuales entre autores, sino también matices en el enfoque terapéutico de cada investigación. “automanejo” y “autocuidado” son los términos predominantes y ambos se utilizan de forma intercambiable y, con

frecuencia, acompañados de etiquetas como “educación” o “consejería” sin que se expliciten definiciones claras ni límites entre conceptos, a pesar de que estos no signifiquen lo mismo. Esta falta de claridad repercute directamente en la posibilidad de comparar intervenciones, replicar protocolos y evaluar con precisión sus componentes. Una problemática similar se ha descrito en el manejo de otras enfermedades crónicas, como distintos tipos de artritis y condiciones de dolor crónico, donde las guías recomiendan el automanejo, pero los protocolos varían ampliamente en su contenido y grado de detalle (National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2021)

Lo observado en TTM no es un fenómeno aislado, sino que se alinea con lo descrito en el manejo de otras enfermedades crónicas (Grady & Gough, 2014), quienes señalan que el automanejo se ha convertido en un eje transversal en la atención de las condiciones crónicas y que su uso se ha extendido progresivamente a diversos contextos y especialidades. De forma complementaria, análisis de concepto recientes subrayan la coexistencia de definiciones y usos diversos del término y la necesidad de clarificarlo antes de su aplicación práctica (Gosak et al., 2022). En este sentido, los patrones identificados en TTM dialogan con la literatura internacional y ponen de relieve la necesidad de avanzar hacia una terminología más unificada y operacionalizable del automanejo, que facilite la comparación entre estudios y sienta bases más sólidas para el diseño de programas clínicos.

7.1.2. Variabilidad de los componentes de automanejo descritos para el tratamiento de los TTM

Entre los documentos analizados, no todos definieron con precisión los componentes del automanejo a utilizar, en aquellos que sí lo hacían, algunos profundizaban en determinados aspectos, mientras que otros presentaban descripciones generales o poco detalladas, algunos incluso limitándose solo a enumerar las indicaciones dadas en no más de un párrafo (Alencar et al., 2009; Herman et al., 2002; Minakuchi et al., 2004; Randolph et al., 1990; Truelove et al., 2006) ; versus otros como Dworkin et al. (2016) que presenta un anexo donde define los componentes a detalle, también otros llegaron a presentar protocolos incluyendo el detalle de las sesiones que realizaron y el tiempo estimado de estas (Aggarwal et al., 2021; Carlson et al., 2001; Dworkin et al., 2002; Ferreira et al., 2024; L’homme et al., 2022; Marcos-Martín et al., 2018; Michelotti et al., 2012; Michelotti et al., 2004; Turner et al., 2011). Esta falta de profundidad en los componentes de las intervenciones, desde la descripción de la intervención y la definición de los componentes hasta el

número de sesiones, impide su estandarización para una correcta práctica clínica basada en evidencia.

Se identificaron 27 componentes de automanejo, pero se observa que un grupo reducido de estudios concentra la mayor parte de las menciones lo que destaca la relevancia de las medidas físicas y educativas en la práctica clínica. No obstante, cuando estos hallazgos se contrastan con propuestas más integradoras, como la de Durham et al., que agrupan 25 de los 27 componentes identificados en seis macrocategorías, se evidencia que la mayoría de las intervenciones publicadas no alcanza ese nivel de complejidad ni de coherencia con el enfoque de apoyo al automanejo.

Entre los componentes de automanejo, la educación aparece como eje transversal en cerca de tres cuartas partes de los estudios, integrando información sobre etiología, biomecánica, factores psicoemocionales y pronóstico, junto con instrucciones prácticas sobre postura mandibular, hábitos de sueño, actividad física y manejo del estrés (Alencar et al., 2009; Michelotti et al., 2012; Turner et al., 2011). Esta base educativa se complementa con programas estructurados de autoejercicios, que combinan movilidad, estiramiento, coordinación y corrección postural (Kalamir et al., 2012; Tuncer et al., 2013), así como con el uso sistemático de terapia térmica, automasaje y ajustes en nutrición e hidratación para reducir la sobrecarga muscular y articular (DeVocht et al., 2013; Giro et al., 2016; Riley III, Myers, et al., 2007). En paralelo, la monitorización y supresión de comportamientos parafuncionales (especialmente el apriete dentario) constituyen un pilar conductual clave (Ferreira et al., 2024b; Nagata et al., 2015; Velly et al., 2022). Pese a que los TTM constituyen un conjunto de condiciones específicas, comparten algunas similitudes con otras enfermedades crónicas de dolor musculoesquelético y articular, en las que el automanejo y, especialmente, la educación, forma parte de su tratamiento integral. Por ejemplo, en una revisión de alcance sobre el automanejo y apoyo al automanejo en artritis inflamatoria, se identificó que los pacientes demandan información continua sobre la enfermedad, las opciones terapéuticas y las estrategias no farmacológicas, y que las intervenciones eficaces combinan educación, ejercicio, apoyo psicosocial y enfoques cognitivo-conductuales, ofrecidos en formatos presenciales, grupales y digitales para reforzar la autoeficacia y el afrontamiento activo (Damgaard et al., 2023).

En esta investigación, se observó que solo un número reducido de estudios incorpora explícitamente el entrenamiento cognitivo (Aggarwal et al., 2021; Cho et al., 2025; Sanders et al., 2016) y las estrategias de afrontamiento del dolor (Aggarwal et al., 2021; Cho et al., 2025b; Durham et al., 2016; S. F.2002; Marcos-Martín et al., 2018; Sanders et al., 2016; Turner, Mancl, Huggins, Sherman, Lentz, & Leresche, 2011) lo cual resulta llamativo si se considera el peso de los factores psicosociales en la génesis y el mantenimiento de los TTM. En contraste, una revisión sobre automanejo del dolor crónico releva la importancia de las intervenciones psicológicas y la educación

en torno al modelo biopsicosocial del dolor, reestructuración de creencias catastrofistas, entrenamiento en solución de problemas, clarificación de valores personales y fijación de metas funcionales, lo que se asocia a mejoras pequeñas pero consistentes en dolor, discapacidad y calidad de vida en distintos formatos de entrega (Vase et al., 2025). Esta comparación sugiere que el campo de los TTM podría estar infrautilizando recursos terapéuticos respaldados por la evidencia en otras patologías crónicas, y refuerza la necesidad de que futuras intervenciones integren de manera más sistemática los componentes cognitivo-conductuales y psicosociales dentro de los programas de automanejo, adhiriendo a marco biopsicosocial de la salud.

7.1.3 Efectividad clínica del automanejo en dolor, función y calidad de vida.

En términos de efectividad clínica, los estudios incluidos muestran de manera consistente que los programas de automanejo alcanzan reducciones del dolor comparables a las obtenidas con férulas u otras terapias conservadoras, lo que respalda su uso como alternativa de primera línea en TTM dolorosos. No obstante, se observan matices relevantes: en algunos ensayos, la combinación de automanejo con férulas o técnicas manuales ofrece una mayor mejoría del dolor a corto plazo (Alencar et al., 2009; DeVocht et al., 2013; Tuncer et al., 2013), mientras que, en otros, el automanejo estructurado mantiene o incluso supera los resultados a mediano plazo, especialmente cuando se enfatiza la adherencia y el seguimiento (Michelotti et al., 2004; Truelove et al., 2006; Turner et al., 2011). En cuanto a la función mandibular, la mayoría de los abordajes conservadores, incluido el automanejo, se asocia con un aumento de la apertura bucal y con cambios favorables en la cinemática mandibular (DeVocht et al., 2013; Giro et al., 2016; Michelotti et al., 2012; Michelotti et al., 2004; Truelove et al., 2006; Tuncer et al., 2013); estos efectos suelen ser más pronunciados cuando el automanejo se integra con ejercicios específicos, corrección postural o terapia manual (Ferreira et al., 2024; Kalamir et al., 2012). Sin embargo, la calidad de vida ha sido escasamente explorada: solo un estudio incluido en esta revisión utilizó el OHIP para evaluarla y reportó una mejoría tras la intervención, lo que evidencia una importante brecha en la literatura (DeVocht et al., 2013).

Los hallazgos de esta investigación respecto a reducciones del dolor comparables a las de otras terapias conservadoras sitúan el automanejo en TTM en una posición similar a la observada en otras enfermedades musculoesqueléticas de curso crónico. En condiciones como la artritis y otros cuadros de dolor musculoesquelético crónico, la revisión sistemática y metaanálisis de (Du et al., 2011) mostró que, en artritis, los programas de automanejo alcanzan reducciones del dolor de

magnitud moderada a los 4 y 6 meses y pequeñas, pero estadísticamente significativas a los 12 meses, medidas principalmente con escalas EVA las que se contrastaron con la terapia convencional o intervenciones de control. Aunque algunos ensayos individuales no evidenciaron diferencias significativas, la tendencia global del metaanálisis favoreció al grupo de automanejo, respaldando su recomendación como estrategia segura y efectiva para el tratamiento de enfermedades musculoesqueléticas como la artritis. De forma complementaria, en osteoartritis de rodilla, la revisión sistemática y metaanálisis de (Wu et al., 2022) sintetizó 13 ECA y mostró que los programas estructurados de automanejo (basados de forma casi universal en educación sobre la enfermedad y ejercicio terapéutico, con componentes adicionales de manejo del dolor, ajuste del estilo de vida, fijación de metas y comunicación paciente-terapeuta) se asocian a mejorías pequeñas a moderadas en el dolor y en la función de rodilla en comparación con la atención habitual u otras intervenciones de control. Aunque no todos los ensayos individuales mostraron diferencias significativas y la heterogeneidad fue elevada, el metaanálisis sugiere que el automanejo puede contribuir a reducir el dolor y mejorar la función articular en la artrosis de rodilla, con un nivel de evidencia global moderado y sin efectos claros sobre indicadores más globales como el puntaje total de WOMAC (Índice de Osteoartritis de las Universidades de Western Ontario y McMaster) o la función física general. De forma concordante, en lumbalgia crónica, la revisión sistemática y metaanálisis de (Du et al., 2017) que incluyó 13 ensayos clínicos aleatorizados, mostró que los programas de automanejo producen mejorías pequeñas a moderadas tanto en la intensidad del dolor como en la discapacidad, con efectos que tienden a mantenerse desde el periodo inmediato postintervención hasta los seguimientos a más largo plazo. En síntesis, estos resultados respaldan la consideración del automanejo como una estrategia eficaz y clínicamente relevante para la lumbalgia crónica. En conjunto, esta evidencia refuerza la idea de que el patrón de mejorías modestas pero consistentes observado en TTM cuando se implementan intervenciones de automanejo estructuradas es coherente con lo descrito en otras condiciones musculoesqueléticas crónicas, lo que respalda su incorporación como componente de primera línea dentro de un abordaje conservador y biopsicosocial.

En relación con la calidad de vida, los hallazgos de esta revisión se sustentan en un número muy limitado de estudios que utilizaron instrumentos derivados del OHIP y coinciden en mostrar cambios favorables tras intervenciones de automanejo. En el ensayo clínico de (Devocht et al., 2013) tanto el grupo de autocuidado como los grupos comparadores mostraron mejoría de los puntajes de OHIP-14 a los 2 y 6 meses, mientras que en el estudio prospectivo de Figueiró et al. (2024) un programa basado exclusivamente en autocuidados se asoció con una reducción significativa del impacto del TTM en la calidad de vida oral medida con OHIP-TMD. Al contrastar estos resultados con la literatura en otras enfermedades musculoesqueléticas crónicas, se observa un panorama heterogéneo: en osteoartritis de rodilla, la revisión sistemática y metaanálisis de (Wu et al., 2022) identificó que solo

dos de los trece ensayos incluidos evaluaron la calidad de vida mediante SF-36 (Short Form-36 Health Survey) o KOOS (Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score), y en ambos estudios la combinación de automanejo con la atención habitual o con el tratamiento estándar se asoció con una mejoría significativa de los puntajes de calidad de vida en comparación con los grupos que recibieron únicamente la atención rutinaria o el tratamiento estándar ($p < 0,05$). De forma consistente con estos hallazgos, ensayos individuales sobre osteoartrosis de rodilla, como los de (Biscaro et al., 2022), (Khachian et al., 2020) y (Jokar et al., 2024), informan mejorías significativas en cuestionarios de calidad de vida, como el SF-36, en los grupos de automanejo frente al tratamiento convencional. En conjunto, esta evidencia sugiere que el automanejo tiene potencial para influir positivamente en la calidad de vida en condiciones musculoesqueléticas crónicas, pero que la consistencia de dicho efecto dependen del diseño, la intensidad y el contenido de los programas; en el caso de los TTM, la escasez de estudios con medidas específicas de calidad de vida continúa siendo una brecha importante y subraya la necesidad de futuras investigaciones que aborden este resultado de forma más sistemática.

7.1.4 Brechas en el soporte integral: limitaciones en los elementos de apoyo al automanejo

Al analizar los elementos de apoyo del automanejo, esenciales para una correcta implementación, se busca que el paciente pueda realizar las indicaciones dadas de forma íntegra y no solo dar un listado de instrucciones. En esta investigación se observó que ninguno de los programas revisados cumple plenamente con este componente y que la mayoría de ellos (72,8 %) incorpora uno o incluso ninguno de los elementos de apoyo definidos en esta revisión.

Considerando aún más, que diversos autores (National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2021; Dworkin et al., 1994; Dworkin et al., 2002; Grady & Gough, 2014; Martz, 2017; Taylor et al., 2014), describen que los programas de apoyo de automanejo deberían integrar, como base, el desarrollo de habilidades de resolución de problemas, la formulación de metas individualizadas y significativas para la persona, y el abordaje de las dimensiones psicológicas implicadas en el dolor y su cronificación, los resultados de esta revisión sugieren que muchos programas se quedan al debe en estas áreas. Es posible que algunos de estos elementos se entreguen de forma implícita en la práctica clínica; sin embargo, su escasa presencia en la descripción de las intervenciones indica que aún no se incorporan de manera estructurada ni se reconocen como componentes indispensables de un programa integral de automanejo.

Esta situación contrasta con experiencias en otras enfermedades crónicas, donde se han implementado programas de automanejo más sistemáticos y alineados con las recomendaciones internacionales. Diversas iniciativas para artritis y dolor musculoesquelético crónico promovidas por organismos como los Centers for Disease Control and Prevention (CDC) y el National Institute for Health and Care Excellence (NICE) incorporan de forma explícita metas compartidas, educación estructurada, estrategias de resolución de problemas, apoyo psicosocial y seguimiento continuo como parte del apoyo al automanejo, y se han traducido en protocolos replicables y recomendados a nivel de políticas de salud. De manera similar, algunos programas más recientes en dolor musculoesquelético y en TTM, como los descritos por Aggarwal et al. (2021), avanzan hacia intervenciones más completas que combinan educación, entrenamiento de habilidades, supervisión de ejercicios y evaluación sistemática de la adherencia. Estas experiencias muestran que es posible diseñar programas de apoyo al automanejo más robustos y ofrecen un referente concreto frente a las brechas identificadas en los estudios de TTM incluidos en esta revisión.

7.1.5 El rol profesional y la necesidad de transicionar de educador a facilitador

Los resultados de esta revisión muestran que el rol en el apoyo al automanejo se concentra principalmente en el odontólogo, quien asume la mayor parte de las funciones descritas, mientras que la participación de otros profesionales de la salud se reporta de forma esporádica. Solo en 22 estudios se explicita algún rol profesional vinculado al automanejo y, en muchos casos, la intervención se reduce a la entrega de educación e instrucciones generales, sin describir con claridad estrategias de acompañamiento, seguimiento o trabajo interdisciplinario. Con esto queda en claro la importancia del rol del profesional que imparte el automanejo: este no debe ser un simple proveedor de información de instrucciones a seguir sino un agente activo en la enseñanza y entrenamiento del cambio conductual y de las habilidades cognitivas, así como en la instrucción y corrección de ejercicios y ergonomía.

El delegar o derivar también forma parte esencial de este rol, ya que aporta más recursos al paciente, sobre todo cuando se requiere un enfoque integral, como ocurre en la presencia de comorbilidades psicológicas/psiquiátricas (Dworkin et al., 2002; Velly et al., 2022). Por último, una parte esencial para lograr la mantención del automanejo es el refuerzo, que incluye seguimiento, monitoreo, retroalimentación y evaluación de la adherencia, para asegurar que los cambios e instrucciones dadas sean mantenidos a lo largo del tiempo (Feuerstein & Beattie, 1995; Martz, 2017),

ya que finalmente el paciente afronta una enfermedad/trastorno de carácter crónico. Si bien estos roles esenciales fueron identificados, solo un número reducido de estudios los describe, con un máximo de 9 menciones para el rol de refuerzo, en comparación con el de educación e indicación del programa de automanejo mencionado 22 veces, que corresponde a la intervención más básica.

Estos hallazgos son coherentes con la literatura reciente sobre el apoyo al automanejo en el dolor musculoesquelético crónico y en el dolor crónico, que concibe el apoyo al automanejo como un proceso de coproducción entre paciente y equipo de salud, más que como una transferencia unidireccional de información (Healey et al., 2023; Kang et al., 2024). En el ámbito del dolor crónico, se ha enfatizado que el profesional no solo debe entregar educación, sino también validar la experiencia del dolor, favorecer la toma de decisiones compartida, ayudar a trazar planes de acción realistas y facilitar el acceso a recursos comunitarios y a intervenciones de automanejo consistentes con los valores y capacidades del paciente (Kang et al., 2024). De forma complementaria, el modelo de apoyo al automanejo propuesto en el contexto del dolor musculoesquelético plantea que el apoyo eficaz requiere equipos multiprofesionales, formación específica para quienes imparten las intervenciones, materiales y formatos de entrega adaptados al nivel de alfabetización en salud y una combinación flexible de modalidades presenciales y remotas (Healey et al., 2023). Esta evidencia refuerza la idea de que el rol profesional en el automanejo de condiciones crónicas dolorosas (incluidos los TTM) debería ir más allá de la mera indicación de un programa, incorporando competencias en comunicación, acompañamiento, trabajo interdisciplinario y adaptación a las necesidades psicosociales y contextuales de cada paciente.

Por otra parte, en la investigación se observó que los elementos de apoyo al automanejo estaban centrados en el odontólogo, lo que desde la perspectiva de la eficiencia del sistema resultan cuestionables. Existe evidencia, incluso en TTM, que muestran que intervenciones estructuradas de autocuidado pueden ser impartidas por profesionales más técnicos sin detrimento de los resultados clínicos: en el ensayo de Dworkin et al. (2002), un programa de automanejo entregado por higienistas dentales obtuvo mayores reducciones de dolor, menor interferencia funcional y menos visitas adicionales que el tratamiento habitual brindado por especialistas en TTM. Del mismo modo en el ámbito de las enfermedades crónicas, los análisis económicos de programas de educación y seguimiento liderados por enfermeras, técnicos o agentes comunitarios han demostrado que estas intervenciones son de bajo costo por paciente y, en varios casos costo-efectivas en comparación con la atención convencional centrada en el médico (HIQA, 2015; Iovino et al., 2024). En este contexto, nuestros hallazgos respaldan la necesidad de reconfigurar el rol del odontólogo desde ejecutor exclusivo de la educación hacia un coordinador-facilitador del automanejo, que delega

sistemáticamente tareas de educación, refuerzo y seguimiento en técnicos en odontología y otros profesionales, con el potencial de mejorar la relación costo-efectividad del tratamiento de los TTM.

7.1.6 Fortalezas y limitaciones de la investigación

Esta revisión presenta varias fortalezas que ayudan a comprender con mayor profundidad el lugar que ocupa el automanejo en los TTM dolorosos. En primer lugar, se utilizó un enfoque de scoping review que permitió integrar un amplio espectro de diseños de estudio (consensos de expertos, ensayos clínicos aleatorizados, estudios prospectivos y retrospectivos, estudios transversales y series de casos), lo que ofreció una mirada amplia y actualizada del campo. Además, el análisis no se limitó a describir los resultados clínicos, sino que incluyó la caracterización detallada de los componentes de las intervenciones, de los elementos de apoyo al automanejo y de los roles profesionales, aspectos poco abordados de manera sistemática en la literatura previa. En conjunto, este enfoque aporta insumos concretos para orientar futuras investigaciones y el diseño de programas de automanejo más estructurados y coherentes con las necesidades de las personas que viven con TTM.

No obstante, es importante considerar varias limitaciones al interpretar estos hallazgos. La heterogeneidad de los estudios incluidos en cuanto a diseños, poblaciones, duración de las intervenciones y desenlaces dificulta la comparación directa entre trabajos y no permite establecer estimaciones precisas de efecto; por ello, los resultados deben entenderse como patrones más bien generales. Asimismo, la clasificación de componentes, elementos de apoyo y roles profesionales se basó en la información reportada por los autores, lo que implica que las intervenciones potencialmente más complejas pudieran haber sido subrepresentadas si sus descripciones fueron breves o poco detalladas. Estas lagunas o deficiencias en el diseño y la descripción de las intervenciones también condicionan la interpretación de los resultados: la falta de estandarización en la duración, frecuencia, intensidad y combinación de componentes de los programas dificulta la comparación entre estudios; la escasa integración explícita de técnicas psicológicas más allá de la psicoeducación limita el abordaje de factores emocionales y cognitivos que se sabe contribuyen de forma decisiva a la cronificación del dolor; y la ausencia casi completa de mediciones sistemáticas de adherencia y de autonomía percibida impide evaluar con rigor el grado en que los pacientes logran incorporar y mantener las estrategias de automanejo (Dimitroulis et al., 1995; Taylor et al., 2014). Estas limitaciones ponen de manifiesto la ausencia de un sistema de clasificación y de reporte estandarizado para el automanejo en TTM y evidencian la necesidad de avanzar hacia marcos consensuados que definan categorías y criterios mínimos de descripción. En este sentido, una

oportunidad clave para futuras investigaciones es desarrollar y validar, idealmente mediante procesos de consenso multiprofesional, taxonomías y guías de reporte que permitan describir de forma homogénea los componentes, los elementos de apoyo y los roles profesionales, facilitando la comparación entre intervenciones y la síntesis de la evidencia.

Finalmente, el reducido número de estudios que evaluaron la calidad de vida y desenlaces psicosociales específicos en TTM limita la posibilidad de valorar el impacto global del automanejo desde la perspectiva de quienes viven con esta condición.

En síntesis, los resultados de esta revisión permiten afirmar que el automanejo ocupa un lugar cada vez más central en el abordaje conservador de los TTM dolorosos, pero que su desarrollo actual sigue siendo parcial e inequitativo respecto de las recomendaciones internacionales para el manejo de condiciones crónicas. Fortalecer la claridad conceptual, explicitar y estandarizar los componentes y apoyos de las intervenciones, incorporar desenlaces centrados en la persona (incluida la calidad de vida) y consolidar el rol de equipos multiprofesionales en el apoyo al automanejo emergen como prioridades concretas tanto para la investigación futura como para la práctica clínica en TTM, con el objetivo final de ofrecer respuestas más coherentes a la complejidad que representa el dolor crónico y las experiencias de las personas afectadas.

VIII. CONCLUSIONES

Los resultados de esta revisión permitieron identificarlos componentes de automanejo utilizados en el tratamiento de los TTM según la evidencia disponible. Se constató que, a lo largo de las últimas décadas, el automanejo ha ido ocupando un lugar cada vez más visible en el abordaje conservador de los TTM, aunque su desarrollo conceptual todavía es incompleto.

El análisis histórico de la terminología mostró un uso creciente, pero heterogéneo, de conceptos como self-management, self-care, educación y consejería, empleados con frecuencia de forma intercambiable y sin definiciones operativas claras. Esta diversidad y la falta de precisión dificultan la comparación entre estudios y la delimitación de lo que se entiende exactamente por automanejo en el contexto de los TTM.

Además, fue posible describir de manera sistemática los componentes y los elementos de apoyo al automanejo reportados en la literatura. Se identificaron 27 componentes distintos organizados en torno a un núcleo físico-educativo común (educación sobre la condición, autoejercicios mandibulares, control de parafunciones, terapia térmica, automasaje y ajustes en la dieta, hidratación, postura y sueño), mientras que los componentes cognitivo-conductuales y psicosociales aparecen con menor frecuencia y menor grado de estructuración. Asimismo, ninguno de los programas revisados incorporó de manera completa las dimensiones de apoyo al automanejo consideradas en esta tesis, y la mayoría incluyó uno o ningún elemento de apoyo explícito, lo que indica que el soporte al automanejo sigue centrado en la entrega de indicaciones más que en un acompañamiento sistemático orientado a metas, resolución de problemas, apoyo psicológico y seguimiento de la adherencia.

Finalmente, la revisión permitió describir el rol de los profesionales de la salud en la orientación y soporte al automanejo en TTM. La evidencia muestra que este rol recae principalmente en el odontólogo, quien se encarga de la planificación y la ejecución de las intervenciones, mientras que la participación de otros profesionales se reporta de manera esporádica y poco detallada. Esta organización refuerza un modelo con escasa presencia del trabajo interdisciplinario. En conjunto, los hallazgos señalan la necesidad de avanzar hacia una definición más clara y consensuada de automanejo en TTM, de fortalecer la integración de componentes cognitivo-conductuales y de apoyo estructurado, y de ampliar y consolidar el rol de los equipos multiprofesionales en la orientación y mantenimiento del automanejo en esta población.

REFERENCIAS

- Aggarwal, V. R., Tickle, M., Javidi, H., & Peters, S. (2010). Reviewing the evidence: can cognitive behavioral therapy improve outcomes for patients with chronic orofacial pain? *Journal of orofacial pain*, 24(2), 163–171.
- Aggarwal, V. R., Wu, J., Fox, F., Howdon, D., Guthrie, E., & Mighell, A. (2021). Implementation of biopsychosocial supported self-management for chronic primary oro-facial pain including temporomandibular disorders: A theory, person and evidence-based approach. *Journal of Oral Rehabilitation*, 48(10), 1118–1128. <https://doi.org/10.1111/joor.13229>
- Al-Ani, Z., & Gray, R. (2007). TMD Current Concepts: 1. An Update. *Dental Update*, 34(5), 278–288. <https://doi.org/10.12968/denu.2007.34.5.278>
- Alencar, F., & Becker, A. (2009). Evaluation of different occlusal splints and counselling in the management of myofascial pain dysfunction. *Journal of Oral Rehabilitation*, 36(2), 79–85. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2842.2008.01913.x>
- Alencar, F., Viana, P., Zamperini, C., & Becker, A. (2014). Patient Education and Self-Care for the Management of Jaw Pain upon Awakening: A Randomized Controlled Clinical Trial Comparing the Effectiveness of Adding Pharmacologic Treatment with Cyclobenzaprine or Tizanidine. *Journal of Oral & Facial Pain and Headache*, 28(2). <https://doi.org/10.11607/ofph.963>
- Argimon Pallás, J. M., & Jiménez Villa, J. (2013). Métodos de investigación clínica y epidemiológica. En *Gaceta Sanitaria* (Vol. 27, Número 6). <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2013.04.002>
- Audulv, Å., Packer, T., Hutchinson, S., Roger, K. S., & Kephart, G. (2016). Coping, adapting or self-managing- what is the difference? A concept review based on the neurological literature. *Journal of Advanced Nursing*, 72, 2629–2643.
- Biscaro, R. C., Ochoa, P. G. G., Ocampos, G. P., Arouca, M. M., Camargo, O. P. de, & Rezende, M. U. de. (2022). SELF-MANAGEMENT PROGRAM (PARQVE) IMPROVES QUALITY OF LIFE IN SEVERE KNEE OSTEOARTHRITIS. *Acta Ortopédica Brasileira*, 30(spe1). <https://doi.org/10.1590/1413-785220223001e255939>
- Bodenheimer, T. (2002). Patient Self-management of Chronic Disease in Primary Care. *JAMA*, 288(19), 2469. <https://doi.org/10.1001/jama.288.19.2469>
- Burris, J. L., Cyders, M. A., de Leeuw, R., Smith, G. T., & Carlson, C. R. (2009). Posttraumatic stress disorder symptoms and chronic orofacial pain: an empirical examination of the mutual maintenance model. *Journal of orofacial pain*, 23(3).
- Carlson, C. R. (2008). Psychological Considerations for Chronic Orofacial Pain. En *Oral and Maxillofacial Surgery Clinics of North America* (Vol. 20, Número 2, pp. 185–195). <https://doi.org/10.1016/j.coms.2007.12.002>
- Carlson, C. R., Bertrand, P. M., Ehrlich, A. D., Maxwell, A. W., & Burton, R. G. (2001). Physical self-regulation training for the management of temporomandibular disorders. *Journal of orofacial pain*, 15(1), 47–55.
- Chisnoiu, A. M., Picos, A. M., Popa, S., Chisnoiu, P. D., Lascu, L., Picos, A., & Chisnoiu, R. (2015). Factors involved in the etiology of temporomandibular disorders - a literature review. En *Clujul Medical* (Vol. 88, Número 4). <https://doi.org/10.15386/cjmed-485>
- Cho, Y. K., Jung, Y. L., Im, A., Hong, S. J., & Kim, K. (2025). Social Media-Based Pain Neuroscience Education for Temporomandibular Joint Disorder: A Randomized Controlled Trial. *Pain Management Nursing*, 26(3), e261–e269. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2024.12.010>
- Chronic pain (primary and secondary) in over 16s: assessment of all chronic pain and management of chronic primary pain.* (2021). National Institute for Health and Care Excellence.

- Damgaard, A. J., Primdahl, J., Esbensen, B. A., Latocha, K. M., & Bremander, A. (2023). Self-management support needs of patients with inflammatory arthritis and the content of self-management interventions: a scoping review. En *Seminars in Arthritis and Rheumatism* (Vol. 60). W.B. Saunders. <https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2023.152203>
- De Leeuw, R., & Klasser, G. D. (2018). *Orofacial Pain: Guidelines for Assessment, Diagnosis, and Management* (R. De Leeuw & G. D. Klasser, Eds.). Quintessence Books.
- Devocht, J. W., Goertz, C. M., Hondras, M. A., Long, C. R., Schaeffer, W., Thomann, L., Specter, M., & Stanford, C. M. (2013). A pilot study of a chiropractic intervention for management of chronic myofascial temporomandibular disorder. *Journal of the American Dental Association, 144*(10), 1154–1163. <https://doi.org/10.14219/jada.archive.2013.0034>
- Dimitroulis, G., Gremillion, H. A., Dolwick, M. F., & Walter, J. H. (1995). Temporomandibular disorders. 2. Non-surgical treatment. *Australian Dental Journal, 40*(6), 372–376. <https://doi.org/10.1111/j.1834-7819.1995.tb04835.x>
- Du, S., Hu, L., Dong, J., Xu, G., Chen, X., Jin, S., Zhang, H., & Yin, H. (2017). Self-management program for chronic low back pain: A systematic review and meta-analysis. *Patient Education and Counseling, 100*(1), 37–49. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.07.029>
- Du, S., Yuan, C., Xiao, X., Chu, J., Qiu, Y., & Qian, H. (2011). Self-management programs for chronic musculoskeletal pain conditions: A systematic review and meta-analysis. *Patient Education and Counseling, 85*(3), e299–e310. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2011.02.021>
- Durham, J. (2015). Summary of Royal College of Surgeons' (England) clinical guidelines on management of temporomandibular disorders in primary care. *British Dental Journal, 218*(6), 355–356. <https://doi.org/10.1038/sj.bdj.2015.194>
- Durham, J., Al-Baghdadi, M., Baad-Hansen, L., Breckons, M., Goulet, J., Lobbezoo, F., List, T., Michelotti, A., Nixdorf, D., Peck, C., Raphael, K., Schiffman, E., Steele, J., Story, W., & Ohrbach, R. (2016). *Self-management programmes in TMD: results from an international Delphi process*.
- Durham, J., Exley, C., Wassell, R., & Steele, J. G. (2007). "Management is a black art" – professional ideologies with respect to temporomandibular disorders. *British Dental Journal, 202*(11), E29–E29. <https://doi.org/10.1038/bdj.2007.369>
- Durham, J., Steele, J. G., Wassell, R. W., & Exley, C. (2010). Living with Uncertainty. *Journal of Dental Research, 89*(8), 827–830. <https://doi.org/10.1177/0022034510368648>
- Dworkin, S. F. (1991). Illness behavior and dysfunction: review of concepts and application to chronic pain. *Canadian Journal of Physiology and Pharmacology, 69*(5), 662–671. <https://doi.org/10.1139/y91-099>
- Dworkin, S. F., Huggins, K. H., Wilson, L., Mancl, L., Turner, J., Massoth, D., LeResche, L., & Truelove, E. (2002). A randomized clinical trial using research diagnostic criteria for temporomandibular disorders-axis II to target clinic cases for a tailored self-care TMD treatment program. *Journal of orofacial pain, 16*(1), 48–63.
- Dworkin, S., Turner, J., Wilson, L., Massoth, D., Whitney, C., Huggins, K. H., Burgess, J., Sommers, E., & Truelove, E. (1994). Brief group cognitive-behavioral intervention for temporomandibular disorders. En *Pain* (Vol. 59).
- Ferreira, D. M. A. O., Soares, F. F. C., Raimundini, A. A., Bonjardim, L. R., Costa, Y. M., & Conti, P. C. R. (2024). Duloxetine in addition to self-management for painful temporomandibular disorders: a post hoc responder analysis of a randomized, placebo-controlled clinical trial. *Journal of applied oral science: revista FOB, 32*, e20240035. <https://doi.org/10.1590/1678-7757-2024-0035>
- Ferreira, D. M. A. O., Soares, F. F. C., Raimundini, A. A., Bonjardim, L. R., Costa, Y. M., & Conti, P.

- C. R. (2024b). Prediction of duloxetine efficacy in addition to self-management in painful temporomandibular disorders: A randomised, placebo-controlled clinical trial. *Journal of Oral Rehabilitation*, 51(3), 476–486. <https://doi.org/10.1111/joor.13628>
- Feuerstein, M., & Beattie, P. (1995). Biobehavioral factors affecting pain and disability in low back pain: Mechanisms and assessment. En *Physical Therapy* (Vol. 75, Número 4). <https://doi.org/10.1093/ptj/75.4.267>
- Figueiró, C., Knorst, J. K., Fensterseifer, C. K., Folchini, S., Milanese, J. D. M., Bernardon Silva, T., & Marquezan, M. (2024). Changes in oral health-related quality of life after self-care treatment in patients with myofascial pain. *Cranio - Journal of Craniomandibular and Sleep Practice*, 42(2). <https://doi.org/10.1080/08869634.2021.1922229>
- Gatchel, R. J., Peng, Y. B., Peters, M. L., Fuchs, P. N., & Turk, D. C. (2007). The Biopsychosocial Approach to Chronic Pain: Scientific Advances and Future Directions. *Psychological Bulletin*, 133(4). <https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.4.581>
- Ghurye, S., & McMillan, R. (2015). Pain-related temporomandibular disorder – current perspectives and evidence-based management. *Dental Update*, 42(6), 533–546. <https://doi.org/10.12968/denu.2015.42.6.533>
- Giro, G., Policastro, V. B., Scavassin, P. M., Leite, A. R. P., Mendoza Marin, D. O., Gonçalves, D. A. de G., Compagnoni, M. A., & Pero, A. C. (2016). Mandibular kinesiographic pattern of women with chronic TMD after management with educational and self-care therapies: A double-blind, randomized clinical trial. *The Journal of Prosthetic Dentistry*, 116(5), 749–755. <https://doi.org/10.1016/j.prosdent.2016.03.021>
- Górecka, M., Pihut, M., & Kulesa-Mrowiecka, M. (2017). Analysis of pain and painless symptoms in temporomandibular joints dysfunction in adult patients. *FOLIA MEDICA CRACOVIENSIA*, 4, 71–81.
- Gosak, L., Vrbnjak, D., & Pajnikihar, M. (2022). Self-management of chronic diseases: a concept analysis. *Pielegniarstwo XXI wieku / Nursing in the 21st Century*, 21(2), 115–121. <https://doi.org/10.2478/pielxxiw-2022-0006>
- Grady, P. A., & Gough, L. L. (2014). Self-Management: A Comprehensive Approach to Management of Chronic Conditions. *American Journal of Public Health*, 104(8), e25–e31. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302041>
- Greene, C. S. (2001). The etiology of temporomandibular disorders: implications for treatment. *Journal of orofacial pain*, 15(2), 93–105; discussion 106–16.
- Greene, C. S. (2010). Managing the Care of Patients With Temporomandibular Disorders. *The Journal of the American Dental Association*, 141(9), 1086–1088. <https://doi.org/10.14219/jada.archive.2010.0337>
- Häggman-Henrikson, B., Rezvani, M., & List, T. (2014). Prevalence of whiplash trauma in <sc>TMD</sc> patients: a systematic review. *Journal of Oral Rehabilitation*, 41(1), 59–68. <https://doi.org/10.1111/joor.12123>
- Healey, E. L., Lewis, M., Corp, N., Shivji, N. A., van der Windt, D. A., Babatunde, O. O., Simkins, J., Bartlam, B., Rowlands, G., & Protheroe, J. (2023). Supported self-management for all with musculoskeletal pain: an inclusive approach to intervention development: the EASIER study. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 24(1), 474. <https://doi.org/10.1186/s12891-023-06452-4>
- Henien, M., & Sproat, C. (2017). Interactive group therapy for the management of myofascial temporomandibular pain. *British Dental Journal*, 223(2), 90–95. <https://doi.org/10.1038/sj.bdj.2017.622>
- Herman, C. R., Schiffman, E. L., Look, J. O., & Rindal, D. B. (2002). The effectiveness of adding

- pharmacologic treatment with clonazepam or cyclobenzaprine to patient education and self-care for the treatment of jaw pain upon awakening: a randomized clinical trial. *Journal of orofacial pain*, 16(1), 64–70.
- HIQA. (2015). *DRAFT-Health technology assessment of chronic disease self management support interventions-Phase I Health technology assessment of chronic disease self-management support interventions Safer Better Care*.
- Huggins, K. H., Research Manager, B., Wilson, L., Assistant Professor, A., Mancl, L., Turner, J., Blake Professor of Health Psychology, K. G., Massoth, D., LeResche, L., Research Professor, S., Truelove, E., & Professor, M. (2002). *A Randomized Clinical Trial Using Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders-Axis II to Target Clinic Cases for a Tailored Self-Care TMD Treatment Program* (Vol. 16, Número 1).
- Iovino, P., D'Angelo, D., Vellone, E., & Ruggeri, M. (2024). A cost-effectiveness analysis of community nurse-led self-care education for heart failure patients. *Collegian*, 31(4), 258–266. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2024.05.003>
- Jokar, Z., Hosseinabadi, Z., Rustaee, S., & Bijani, M. (2024). Self-Care Education on the Pain, Quality of Life, and Consequences of Disease in Patients with Knee Osteoarthritis. *SAGE Open Nursing*, 10. <https://doi.org/10.1177/23779608241260822>
- Kalamir, A., Bonello, R., Graham, P., Vitiello, A. L., & Pollard, H. (2012). Intraoral myofascial therapy for chronic myogenous temporomandibular disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics*, 35(1), 26–37. <https://doi.org/10.1016/j.jmpt.2011.09.004>
- Kang, Y., Trewern, L., Jackman, J., Irani (nee Soni), A., & McCartney, D. (2024). Chronic pain: supported self-management. *BMJ*, 384, e072362. <https://doi.org/10.1136/bmj-2022-072362>
- Keefe, F. J., Rumble, M. E., Scipio, C. D., Giordano, L. A., & Perri, L. C. M. (2004). Psychological aspects of persistent pain: Current state of the science. En *Journal of Pain* (Vol. 5, Número 4). <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2004.02.576>
- Khachian, A., Seyedoshohadaei, M., Haghani, H., & Amiri, F. (2020). Effect of self-management program on outcome of adult knee osteoarthritis. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*, 39, 100797. <https://doi.org/10.1016/j.ijotn.2020.100797>
- Kirschneck, C., Römer, P., Proff, P., & Lippold, C. (2013). Psychological profile and self-administered relaxation in patients with craniofacial pain: A prospective in-office study. *Head and Face Medicine*, 9(1). <https://doi.org/10.1186/1746-160X-9-31>
- Leeuw, R. de, & Klasser, G. D. (2013). *Orofacial pain: guidelines for assessment, diagnosis, and management* (Fifth edition.). Quintessence Publishing Co, Inc.
- L'homme, S., Piron, A., Pirard, B., Thiry, X., Sbarbaro, M., & Garcion, C. (2022). Osteovox self-management concept study. Part 2: focus on the therapy. *CRANIO®*, 40(1), 23–32. <https://doi.org/10.1080/08869634.2019.1672406>
- List, T., & Jensen, R. H. (2017). Temporomandibular disorders: Old ideas and new concepts. *Cephalalgia*, 37(7), 692–704. <https://doi.org/10.1177/0333102416686302>
- Lorig, K., & Fries, J. F. (1980). *The Arthritis Helpbook: What You Can Do for Your Arthritis*. Addison-Wesley Publishing Company. <https://books.google.cl/books?id=AS9IAAAIAAJ>
- Manfredini, D., Winocur, E., Ahlberg, J., Guarda-Nardini, L., & Lobbezoo, F. (2010). Psychosocial impairment in temporomandibular disorders patients. RDC/TMD axis II findings from a multicentre study. *Journal of Dentistry*, 38(10). <https://doi.org/10.1016/j.jdent.2010.06.007>
- Marcos-Martín, F., González-Ferrero, L., Martín-Alcocer, N., Paris-Aleman, A., & La Touche, R. (2018). Multimodal physiotherapy treatment based on a biobehavioral approach for patients

- with chronic cervico-craniofacial pain: a prospective case series. *Physiotherapy Theory and Practice*, 34(9), 671–681. <https://doi.org/10.1080/09593985.2017.1423522>
- Martz, E. (Ed.). (2017). *Promoting Self-Management of Chronic Health Conditions* (Vol. 1). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190606145.001.0001>
- Michelotti, A., Iodice, G., Vollaro, S., Steenks, M. H., & Farella, M. (2012). Evaluation of the short-term effectiveness of education versus an occlusal splint for the treatment of myofascial pain of the jaw muscles. *The Journal of the American Dental Association*, 143(1), 47–53. <https://doi.org/10.14219/jada.archive.2012.0018>
- Michelotti, A., Orthod Associate Professor, P., Steenks, M. H., Martina, R., & Orthod Professor, P. (2004). The Additional Value of a Home Physical Therapy Regimen Versus Patient Education Only for the Treatment of Myofascial Pain of the Jaw Muscles: Short-term Results of a Randomized Clinical Trial. En *J OROFAC PAIN* (Vol. 114, Número 2).
- Michie, S., Richardson, M., Johnston, M., Abraham, C., Francis, J., Hardeman, W., Eccles, M. P., Cane, J., & Wood, C. E. (2013). The Behavior Change Technique Taxonomy (v1) of 93 Hierarchically Clustered Techniques: Building an International Consensus for the Reporting of Behavior Change Interventions. *Annals of Behavioral Medicine*, 46(1), 81–95. <https://doi.org/10.1007/s12160-013-9486-6>
- Minakuchi, H., Kuboki, T., Maekawa, K., Matsuka, Y., & Yatani, H. (2004). Self-reported remission, difficulty, and satisfaction with nonsurgical therapy used to treat anterior disc displacement without reduction. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontology*, 98(4), 435–440. <https://doi.org/10.1016/j.tripleo.2003.11.013>
- Miyake, R., Ohkubo, R., Takehara, J., & Morita, M. (2004). Oral parafunctions and association with symptoms of temporomandibular disorders in Japanese university students. *Journal of Oral Rehabilitation*, 31(6), 518–523. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2842.2004.01269.x>
- Nagata, K., Maruyama, H., Mizuhashi, R., Morita, S., Hori, S., Yokoe, T., & Sugawara, Y. (2015). Efficacy of stabilisation splint therapy combined with non-splint multimodal therapy for treating <sc>RDC</sc> / <sc>TMD</sc> axis I patients: a randomised controlled trial. *Journal of Oral Rehabilitation*, 42(12), 890–899. <https://doi.org/10.1111/joor.12332>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2021). *Chronic pain (primary and secondary) in over 16s: assessment of all chronic pain and management of chronic primary pain*. National Institute for Health and Care Excellence.
- National Institute of Dental and Craniofacial Research. (2018, julio). *Facial Pain*. National Institute of Dental and Craniofacial Research. <https://www.nidcr.nih.gov/research/data-statistics/facial-pain>
- Paço, M., Peleteiro, B., Duarte, J., & Pinho, T. (2016). The Effectiveness of Physiotherapy in the Management of Temporomandibular Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Oral & Facial Pain and Headache*, 30(3), 210–220. <https://doi.org/10.11607/ofph.1661>
- Palmer, J., Penlington, C., & Durham, J. (2023). Supported self-management in temporomandibular disorders: A systematic review of behavioural components. En *Oral Surgery* (Vol. 16, Número 2, pp. 228–236). John Wiley and Sons Inc. <https://doi.org/10.1111/ors.12773>
- Penlington, C., Bowes, C., Taylor, G., Otemade, A. A., Waterhouse, P., Durham, J., & Ohrbach, R. (2022). Psychological therapies for temporomandibular disorders (TMDs). En *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Vol. 2022, Número 8). John Wiley and Sons Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013515.pub2>
- Ram, H., & Shah, D. (2021). Comparative evaluation of occlusal splint therapy and muscle energy technique in the management of temporomandibular disorders: A randomized controlled clinical

- trial. *Journal of Indian Prosthodontic Society*, 21(4), 356–365. https://doi.org/10.4103/jips.jips_332_21
- Rammelsberg, P., LeResche, L., Dworkin, S., & Mancl, L. (2003). Longitudinal outcome of temporomandibular disorders: A 5-year epidemiologic study of muscle disorders defined by research diagnostic criteria for temporomandibular disorders. *Journal of Orofacial Pain*, 17(1).
- Randolph, C. S., Greene, C. S., Moretti, R., Forbes, D., & Perry, H. T. (1990). Conservative management of temporomandibular disorders: A posttreatment comparison between patients from a university clinic and from private practice. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*, 98(1), 77–82. [https://doi.org/10.1016/0889-5406\(90\)70035-B](https://doi.org/10.1016/0889-5406(90)70035-B)
- Richard, A. A., & Shea, K. (2011). Delineation of Self-Care and Associated Concepts. *Journal of Nursing Scholarship*, no-no. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2011.01404.x>
- Riegel, B., & Dickson, V. V. (2008). A Situation-Specific Theory of Heart Failure Self-care. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 23(3), 190–196. <https://doi.org/10.1097/01.JCN.0000305091.35259.85>
- Riley III, J. L., Myers, C. D., Currie, T. P., Mayoral, Oliver., Fisher, J. A., Gremillion, H. A., & Robinson, M. E. (2007). Self-Care Behaviors Associated with Myofascial Temporomandibular Disorder Pain. *Journal of Oral & Facial Pain and Headache*, 21(3), 194–202.
- Sanders, C., Dougall, A., Haggard, R., Buschang, P., Karbowski, S., Riggs, R., & Gatchel, R. (2016). Temporomandibular Disorder Diagnostic Groups Affect Outcomes Independently of Treatment in Patients at Risk for Developing Chronicity: A 2-Year Follow-Up Study. *Journal of Oral & Facial Pain and Headache*, 30(3), 187–202. <https://doi.org/10.11607/ofph.1613>
- Schiffman, E. L., Look, J. O., Rindal, D. B., & Herman, C. (2002). *The Effectiveness of Adding Pharmacologic Treatment with Clonazepam or Cyclobenzaprine to Patient Education and Self-Care for the Treatment of Jaw Pain upon Awakening: A Randomized Clinical Trial* (Vol. 64, Número 1).
- Schiffman, E., Ohrbach, R., Truelove, E., Look, J., Anderson, G., Goulet, J.-P., List, T., Svensson, P., Gonzalez, Y., Lobbezoo, F., Michelotti, A., Brooks, S. L., Ceusters, W., Drangsholt, M., Ettlin, D., Gaul, C., Goldberg, L. J., Haythornthwaite, J. A., Hollender, L., ... Dworkin, S. F. (2014). Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) for Clinical and Research Applications: Recommendations of the International RDC/TMD Consortium Network* and Orofacial Pain Special Interest Group†. *Journal of Oral & Facial Pain and Headache*, 28(1), 6–27. <https://doi.org/10.11607/jop.1151>
- Sharma, S. O. Richard. (2018). Definition, aetiology, and epidemiology of temporomandibular disorders. En C. Fernández-de-las- Peñas & J. Mesa-Jiménez (Eds.), *Temporomandibular Disorders: Manual Therapy, Exercise and Needling Therapies*. Handspring Publishing.
- Sherman, J. J., LeResche, L., Huggins, K. H., Mancl, L. A., Sage, J. C., & Dworkin, S. F. (2004). The Relationship of Somatization and Depression to Experimental Pain Response in Women With Temporomandibular Disorders. *Psychosomatic Medicine*, 66(6), 852–860. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000140006.48316.80>
- Singh, B. P., Jayaraman, S., Kirubakaran, R., Joseph, S., Muthu, M. S., Jivnani, H., Hua, F., & Singh, N. (2017). Occlusal interventions for managing temporomandibular disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012850>
- Slade, G. D., Ohrbach, R., Greenspan, J. D., Fillingim, R. B., Bair, E., Sanders, A. E., Dubner, R., Diatchenko, L., Meloto, C. B., Smith, S., & Maixner, W. (2016). Painful Temporomandibular Disorder. *Journal of Dental Research*, 95(10), 1084–1092. <https://doi.org/10.1177/0022034516653743>

- Story, W. P., Durham, J., Al-Baghdadi, M., Steele, J., & Araujo-Soares, V. (2016). Self-management in temporomandibular disorders: a systematic review of behavioural components. *Journal of Oral Rehabilitation*, 43(10), 759–770. <https://doi.org/10.1111/joor.12422>
- Taylor, S. J., Pinnock, H., Epiphaniou, E., Pearce, G., Parke, H. L., Schwappach, A., Purushotham, N., Jacob, S., Griffiths, C. J., Greenhalgh, T., & Sheikh, A. (2014). A rapid synthesis of the evidence on interventions supporting self-management for people with long-term conditions: PRISMS – Practical systematic Review of Self-Management Support for long-term conditions. *Health Services and Delivery Research*, 2(53), 1–580. <https://doi.org/10.3310/hsdr02530>
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, C., ... Straus, S. E. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Annals of Internal Medicine*, 169(7), 467–473. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
- Truelove, E., Huggins, K. H., Mancl, L., & Dworkin, S. F. (2006). The efficacy of traditional, low-cost and nonsplint therapies for temporomandibular disorder. *The Journal of the American Dental Association*, 137(8), 1099–1107. <https://doi.org/10.14219/jada.archive.2006.0348>
- Tuncer, A. B., Ergun, N., Tuncer, A. H., & Karahan, S. (2013). Effectiveness of manual therapy and home physical therapy in patients with temporomandibular disorders: A randomized controlled trial. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 17(3), 302–308. <https://doi.org/10.1016/j.jbmt.2012.10.006>
- Turner, J. A., Mancl, L., Huggins, K. H., Sherman, J. J., Lentz, G., & LeResche, L. (2011). Targeting temporomandibular disorder pain treatment to hormonal fluctuations: A randomized clinical trial. *Pain*, 152(9), 2074–2084. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2011.05.005>
- Vase, L., Wager, T. D., & Eccleston, C. (2025). Opportunities for chronic pain self-management: core psychological principles and neurobiological underpinnings. *The Lancet*, 405(10491), 1781–1790. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(25\)00404-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(25)00404-0)
- Velly, A. M., Anderson, G. C., Look, J. O., Riley, J. L., Rindal, D. B., Johnson, K., Wang, Q., Friction, J., Huff, K., Ohrbach, R., Gilbert, G. H., & Schiffman, E. (2022). Management of painful temporomandibular disorders. *The Journal of the American Dental Association*, 153(2), 144–157. <https://doi.org/10.1016/j.adaj.2021.07.027>
- Willassen, L., Johansson, A. A., Kvinnsland, S., Staniszewski, K., Berge, T., & Rosén, A. (2020). Catastrophizing Has a Better Prediction for TMD Than Other Psychometric and Experimental Pain Variables. *Pain Research and Management*, 2020, 1–8. <https://doi.org/10.1155/2020/7893023>
- Willeman Bastos Tesch, L. V., Souza Tesch, R. de, & Pereira Jr., F. J. (2014). Trastornos temporomandibulares y dolor orofacial crónico: al final, ¿a qué área pertenecen? *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 21(2). <https://doi.org/10.4321/s1134-80462014000200002>
- Williams, A. C. de C., Eccleston, C., & Morley, S. (2012). Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007407.pub3>
- World Health Organization. (2005). Preparing a healthcare workforce for the 21st century: the challenge of chronic conditions. *Chronic illness*, 1(2), 99–100.
- Wright, E. F., Domenech, M. A., & Fischer, J. R. (2000). *USEFULNESS OF POSTURE TRAINING FOR PATIENTS WITH TEMPOROMANDIBULAR DISORDERS* (Vol. 131).
- Wu, Z., Zhou, R., Zhu, Y., Zeng, Z., Ye, Z., Wang, Z., Liu, W., & Xu, X. (2022). Self-Management for Knee Osteoarthritis: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Pain Research and Management*, 2022, 1–19. <https://doi.org/10.1155/2022/2681240>

- Yap, A. U. J., Tan, K. B. C., Prosthodont, C., Chua, E. K., & Tan, H. H. (2002). Depression and somatization in patients with temporomandibular disorders. *The Journal of Prosthetic Dentistry*, 88(5), 479–484. <https://doi.org/10.1067/mpr.2002.129375>
- Yatani, H., Studts, J., Cordova, M., Carlson, C. R., & Okeson, J. P. (2002). Comparison of sleep quality and clinical and psychologic characteristics in patients with temporomandibular disorders. En *Journal of Orofacial Pain* (Vol. 16, Número 3). [https://doi.org/10.1016/s0889-5406\(03\)70060-2](https://doi.org/10.1016/s0889-5406(03)70060-2)

IX. ANEXO

Anexo 1: Resumen de la tabla de extracción de datos de los estudios

AUTOR (AÑO)	DISEÑO	GRUPOS DE ESTUDIO	DIAGNÓSTICO (TAXONOMÍA)	INTERVENCIÓN	COMPONENTES DE AUTOMANEJO	TERMINO	RESULTADOS	ELEMENTO DE APOYO	ROL DE LOS PROFESIONALES
Randolf et al. (1990)	Estudio longitudinal retrospectivo	Grupo 1 (n=95): Terapia conservadora más consejo de Automanejo; Grupo 2 (n=15) Solo consejo de Automanejo.	Articular y Muscular (No específica)	Tratamiento con férulas blandas o duras, automanejo, medicación, TENS. Seguimiento hasta 1 año, y contacto telefónico.	Se aconsejó uso: Calor húmedo - Masajes - Ejercicios - AINES - Dieta blanda. Evitar: hábitos parafuncionales, estrés, sobreextensión mandibular, masticación innecesaria y mala postura.	AM	Mayoría reportó mejoría: 68% con pocos o ningún síntoma y 88% con mejoría sustancial. Grupo de automanejo 60% tuvo pocos o casi ningún síntoma, y el grupo de terapia conservadora fue 70%. Sin diferencias significativas.	CC	No indica
Wright et al. (2000)	Estudio clínico aleatorizado	Grupo 1 (n=30) Automanejo + entrenamiento postural; Grupo 2 (n=30) Solo automanejo	Articular y Muscular (RC/TMD)	Ambos grupos recibieron automanejo. Grupo de entrenamiento postural con guía de fisioterapeuta, correcciones, ejercicios para casa. Feedback a la semana. Seguimiento a las 4 semanas	*Se dio instrucciones para alentar: Calor o frío -Descanso músculos masticatorios -AINES si era necesario - Concientizar y eliminar hábitos parafuncionales -Dieta blanda -Mejorar postura. Guía con imágenes: Se enseñan ejercicios posturales, realizarlos en domicilio, concientizar postura.	AM	Mejoría en ambos grupos: Grupo 1 42% síntomas de TTM, 38% síntomas cervicales, Grupo 2 16% en TTM y 14% cervicales	PA - CC	- Ejercicios y ergonomía: F
Carlson et al. (2001)	Estudio clínico aleatorizado	Grupo 1 (n=23) Autorregulación física; Grupo 2 (n=21) Cuidado dental estándar (férula)	Muscular (RC/TMD)	Grupo recibió autorregulación física (conciencia corporal y control activo del movimiento mandibular), y el otro grupo recibió férula y autocuidado. 2 sesiones de 50 min c/3 semanas. Se refuerza y se debe buscar ayuda profesional.	*Autocuidado: Educación etiología - Dieta blanda -Relajar mandíbula -Rol del dolor. *Autorregulación física (definición y detalle): Vigilar y reducir parafunción -Conciencia propioceptiva postural - Mejorar inicio de sueño - Entrenamiento de relajación postural - Actividad física - Nutrición-agua - Respiración diafragmática (entrenamiento).	AC - ARF	Apertura interincisal mejora en todos los grupos, tanto de autorregulación física y tratamiento con férula.	PA - CC	- Educación: O - Cambio Conductual: O - Ejercicios y ergonomía: O

Dworkin et al. (2002)	Estudio clínico aleatorizado	Grupo 1 (n=61) Autocuidado personalizado; Grupo 2 (n=63) Tratamiento usual con férula	Articular y Muscular (No específica)	Grupo 2 recibió fisioterapia, educación, medicación y férula con un especialista. Grupo 1 atendido por higienistas en 3 visitas de 75 min cada 2 semanas, más 2 llamadas de 10 minutos, durante 2,5 meses, además de una guía.	*UC: Rangos de movimiento -Ejercicios de estiramiento - Termoterapia -Educación sobre: parafunciones - hábitos -dieta blanda - enfermedad - fundamento del tratamiento. -Uso de medicación. *SC Checklist individualizado: Disminución bruxismo - Demostración de ejercicios -Feedback - Formación de habilidades - Educación: BPS -Dolor crónico - etiología - manejo -fund del tto, Lectura guiada sobre: Fundamento de los métodos relajación/ respiración -Emociones, Entrenamiento: detectar y manejar estrés + Respiración y Relajación, Automonitoreo, Afrontamiento. Supervisión -Refuerzo - Prevención y mantenimiento: reconocer obstáculos y corregir.	AC - AM	Reducción del dolor mayor a los 12 meses en grupo de autocuidado. Sin diferencia significativa en rangos de movimientos mandibulares.	PA - RP - P - CC	- Educación: O HD - Cambio Conductual: O HD - Capacitar: O - Refuerzo: HD
Herman et al. (2002)	Estudio clínico aleatorizado doble ciego	Grupo 1 (n=15) Educación + autocuidado; Grupo 2 (n=13) Educación + autocuidado + clonazepam; Grupo 3 (n=13) Educación + autocuidado + ciclobenzaprina	Muscular (RC/TMD)	Todos recibieron educación y autocuidado. Además, un grupo recibió placebo, otro clonazepam (0,5 mg/noche) y otro ciclobenzaprina (10 mg/noche) durante 3 semanas.	Instrucciones verbales y escritas: Educación y programa SC (no describe, cita al estudio 8), modificar postura postura al dormir, vigilar y modificación de hábitos orales, eliminar chicle, comer sin dolor dieta.	AC	Hubo diferencias significativas entre ciclobenzaprina y placebo, y entre ciclobenzaprina y clonazepam (p < 0,016). Ningún grupo mostró efectos relevantes sobre la calidad del sueño.	CC	- Educación: O - Fármacos: O

Minakuchi et al. (2004)	Estudio clínico aleatorizado	Grupo 1 (n=21) Educación y consejería; Grupo 2 (n=23) Cuidados paliativos; Grupo 3 (n=25) Medicina física	Articular (No específica)	Un grupo recibió solo consejería; otro, tratamiento paliativo con diclofenaco y gastroprotector más automanejo; y el tercero agregó férula oclusal y movilización mandibular según Farrar y McCarty.	Educación (resultados RMI - Prevalencia, pronóstico, autolimitada), Dieta blanda, Uso de compresas frías/calientes, Ejercicios suaves de apertura mandibular. Uso de fármacos.	AC - AM	Grupo paliativo mostró la puntuación más alta y significativa de mejoría de síntomas y menor dificultad con el tratamiento.	CC	No indica
Michelotti et al. (2004)	Estudio clínico aleatorizado	Grupo 1 Educación (n=34); Grupo 2 (n=36) Terapia física en casa (HPT) y educación	Muscular (RC/TMD)	Todos recibieron educación. El grupo 2 agregó terapia física domiciliaria con instrucciones específicas, a realizar por 3 meses. Hubo controles cada 3 semanas de 15 minutos para evaluación y refuerzo.	* Formato escrito: Educación sobre enfermedad, evolución, problema, etiología, buen pronóstico. Normalización de la musculatura con hincapié en el origen en sobreuso. Vigilar actividad muscular y evitar movimiento excesivo y hábitos, dieta blanda. Mantener mandíbula relajada - posición postural mandibular (N) se enseña y practica, información sobre Dolor crónico/Angustia. SSEP (se enseña y corrige): Ejercicios de relajación con respiración diafragmática, automasajes, calor húmedo, estiramiento y ejercicios de coordinación.	E/AC - AM	Ambos grupos tuvieron reducción del dolor, el grupo de con HPT tuvo mayor mejoría en reducción del dolor y apertura mandibular.	PA - CC	- Educación: O - Ejercicios y ergonomía: O - Refuerzo: O
Truelove et al. (2006)	Estudio clínico aleatorizado	Grupo 1 (n=64) UT autocuidado; Grupo 2 (n=68) HS autocuidado + férula rígida; Grupo 3 (n=68) SS autocuidado + férula blanda	Muscular (RC/TMD)	Todos los grupos recibieron autocuidado. La férula debía usarse de noche y 2 horas al día, con controles a los 3, 6 y 12 meses.	Relajación, ejercicios mandibulares, reducción de hábitos nocivos, uso de AINEs, packs térmicos, cuestionarios de autoreporte, check lists.	AC	No hubo diferencias significativas entre los grupos. Todos mejoraron en dolor y función, incluso sin férulas.	PA - CC	- Educación: O - Cambio Conductual: O - Refuerzo: HD - Fármacos: O

Riley et al. (2007)	Estudio longitudinal prospectivo	Grupo único (n=126) que reciben manejo convencional (férula y otras recomendaciones)	Articular y Muscular (RC/TMD)	Encuestas para realizar exploración de técnicas de autocuidado autoadministrado por pacientes con TTM miofascial	Descansar por el dolor, técnicas de relajación (específica para manejo del dolor), masaje autorrealizados o por terceros, aplicación de frío/calor, remedios caseros, ejercicios/estiramiento, remedios herbales, suplementos nutricionales.	AC - AM	Descanso (66%) y relajación (62%) fue lo más usado. Masaje y compresas frío/calor fueron las más efectivas para aliviar el dolor. En general, se asocio más una mejora en sueño y depresión que con una reducción directa del dolor.	Co - CC	No indica
Alencar y Becker (2009)	Estudio clínico aleatorizado doble ciego	Grupo 1 (n=14) Férula rígida; Grupo 2 (n=14) Férula blanda + A/C; Grupo 3 (n=14) SHAM (Férula placebo) + A/C	Muscular (AAOP)	Todos recibieron educación. Estudio duró 90 días. Usó de plano 24 horas por 7 días y luego solo noche. Controles para supervisar el uso y reforzar la educación.	Consejería y educación sobre patología, factores etiológicos contribuyentes, control de postura mandibular en reposo, evitar apoyar lengua en dientes, realizar masticación bilateral, y evitar hábitos nocivos.	C/AC	Todos los grupos mejoraron significativamente a los 90 días. No hubo diferencias significativas entre tipos de férula.	CC	No indica
Turner et al. (2011)	Estudio clínico aleatorizado	Grupo 1 (n=59) Automanejo (SMT); Grupo 2 (n=55) Automanejo enfoque ciclo menstrual y dolor (TSMT); Grupo 3 (n=57) Anticonceptivos (COCT)	Articular y Muscular (RC/TMD)	El automanejo incluyó dos sesiones presenciales de 1,5 horas cada 4 semanas y seis monitoreos telefónicos de 5–10 minutos hasta las 13 semanas. Además, se utilizaron anticonceptivos orales continuos durante 6 meses.	* Educación (modelo biopsicosocial del Dolor crónico, etiología, tto y la razón del SM, stress y emociones factor de exacerbación, hormonas), monitorear correcta posición mandibular y hábitos, estiramiento mandibular, evitar ciertos movimientos mandibulares y actividades, aplicación de calor o frío, dieta. Estrategias de respiración, relajación y manejo del estrés. Hig de sueño, habilidades de comunicación. Instrucción y enseñanza de Automonitoreo de síntomas, identificar factores-modificar. Acción de plan personal,	AC - AM	Automanejo mejor que terapia hormonal, sin diferencia significativa entre grupos.	M - PA - RP - P - CC	- Educación: O HD Ps - Cambio Conductual: HD - Capacitar: HD Ps

prevención de recaída, mantener ganancias y manejar retrocesos, objetivos según condición individual. Identificar barreras. Vigilar fluctuación hormona-dolor y monitoreo stress y humor. Mejorar afrontamiento

Kalamir et al. (2012)	Estudio clínico aleatorizado	Grupo 1 (N=31) Terapia miofuncional intraoral IMT; Grupo 2 (N=31) Terapia miofuncional + edu/auto IMTESC; Grupo 3 (n=31) Control	Muscular (RC/TMD)	Se aplicó terapia miofascial intraoral 2 veces por semana durante 5 semanas (10–15 minutos). Grupo con ejercicios y autocuidado recibió 2 minutos adicionales en final de cada sesión.	* Ejercicios mandibulares para realizar en casa (, técnicas de estiramiento, educación (anatomía, biomecánica, disfunción, el rol psicoemocional - parafunciones), ejercicios de relajación y postura	E/AC - AM	Ambos grupos mejoraron significativamente niveles de dolor y rangos de movimientos vs control; el grupo con autocuidado adicional tuvo mejores resultados sostenidos a 1 año.	PA - CC	- Educación: O F - Ejercicios y ergonomía: O F
Michelotti et al. (2012)	Estudio clínico aleatorizado	Grupo 1 (n=23) Educación + Autocuidado; Grupo (n=21) férula	Muscular (RC/TMD)	Según grupo se realizó Educación y entrega de Férula oclusal, controles cada 3 semanas por 3 meses.	Educación sobre SC + programa de ejercicio (técnicas de reversión de hábitos)(escrito): Educación en problema, etiología y buen pronóstico, función normal de los musculatura mandibular, se enfatiza que el sobreuso podría ser el origen del dolor. Atención actividad muscular, evitar hábitos orales y movimientos excesivos, dieta blanda. Instrucción de como relajar la mand (fonema "N") Recordatorios visuales y practicar. Relación dolor/stress.	E/AC - AM	Educación redujo significativamente el dolor espontáneo más que la férula. No hubo otras diferencias significativas.	PA - CC	- Educación: O - Refuerzo: O

Velly et al. (2013)	Estudio transversal	Grupo único (n=654)	No aplica	Encuesta realizada en tres redes de investigación odontológica sobre las estrategias utilizadas por odontólogos generales para manejar TTM dolorosos.	Evitar apriete, chicle, identificar gatillos, dieta blanda, evitar morder objetos, relajar mandíbula, dieta sin dolor, calor-hielo, buen sueño, onicofagia, evitar morderse mejillas etc., mantener dientes separados, evitar empujar lengua, café, morder en ambos lados, posición reposo lengua. Ejercicios - Farmacoterapia	AC	85.9% de los dentistas utilizan autocuidado como tratamiento, el más utilizado junto a férulas y medicamentos.	CC	- Educación: O - Delegar: O - Fármacos: O
Tuncer et al. (2013)	Estudio clínico aleatorizado	Grupo 1 (n=20) Terapia física domiciliaria; Grupo 2 (n=20) Terapia manual con terapia física domiciliaria	Articular y Muscular (RC/TMD)	Ambos grupos realizaron terapia domiciliaria por 4 semanas. El segundo grupo añadió terapia manual: masajes, movilización articular, estabilización, coordinación, movilización cervical y de relajación y estiramiento, 3 veces por semana durante 4 semanas (30 min por sesión).	Educación: etiología dolor, consejo ergonómico, ejercicios de respiración, tec de relajación, ejercicios de corrección de postura y mandibulares, estiramiento activo, apertura oral, deslizamiento laterales y de resistencia.	AC	Ambos grupos mejoraron, el grupo con terapia manual + domiciliaria tuvo mayor reducción del dolor con estrés (VAS-91,3%) y mayor incremento en AO (10 mm)	CC	- Cambio Conductual: F - Ejercicios y ergonomía: F - Refuerzo: F
Kirschneck et al. (2013)	Estudio longitudinal prospectivo	Grupo único (n=100)	No especifica	Entrenamiento de relajación progresiva autoadministrado mediante audio con instrucciones de Jacobson, escuchar con la mayor frecuencia posible. Seguimiento a los 3 meses.	Relajación progresiva de Jacobson: extremidades, cara (incluyendo músculos masticatorios), cuello, espalda y abdomen	AC - AM	Reducción significativa de la intensidad del dolor en todos los grupos; mayor beneficio en perfil psicológico disfuncional o de adaptación activa	CC	No indica

DeVocht et al. (2013)	Estudio clínico aleatorizado	Grupo 1 (n=21) Autocuidado; Grupo 2 (n=20) Férula oclusal (RIST); Grupo 3 (n=19) Técnica quiropráctica del método activador (AMCT); Grupo 4 (n=19) Placebo o falso AMCT manipulación quiropráctica	Muscular (RC/TMD)	Todas las intervenciones incluyeron el protocolo estandarizado de autocuidado. Se realizó también AMCT según protocolo descrito, uso de férula (nocturno y 2 horas día) y AMCT falso. Todo en 2 meses de intervención.	GUÍA: Educación en pronóstico enfermedad, se realiza checklist: Relajación mandibular, reducción de parafunciones, compresas térmicas, uso de medicación de venta libre, estiramientos de apertura pasiva y sugerencias para disminuir estrés.	AC - AM	Todos los grupos mejoraron en dolor y calidad de vida; mayor satisfacción en grupo RIST. Autocuidado mostró impacto positivo comparable a otras terapias.	PA - CC	- Educación: O
Alencar et al. (2014)	Estudio clínico aleatorizado doble ciego	Grupo 1 (n=15) SM + Placebo; Grupo 2 (n=15) Tizanidina; Grupo 3 (n=15) Ciclobenzaprina	Muscular (AAOP)	Compararon un programa de autocuidado más placebo con uno que adiciona tizanidina (4 mg/día) y otro ciclobenzaprina (10 mg/día). Las cápsulas se tomaron 2 horas antes de dormir durante 3 semanas. El programa de autocuidado fue entregado por el autor de forma escrita y verbal.	* Programa instrucciones escritas y verbales. 1. Explicación etiología y perpetuación del dolor miofascial, número de comidas diarias (hipoglucemia), ingesta de agua, consumo elevado de cafeína y el apretamiento de los dientes durante el día. 2. Instrucciones sobre la posición de reposo mandibular y la importancia de la misma. Vigilar su postura durante el día y que evitar dormir boca abajo y ejercer presión sobre la mandíbula. 3. Instrucciones para realizar masticación bilateral simultánea, pero sin cargar las ATM ni ningún músculo masticatorio, aplicar calor a los músculos masticatorios durante 15 minutos hasta 3 veces al día y nunca utilizar frío.	AC - E/C	La intensidad del dolor no mostró diferencias significativas entre grupos, ni diferencia significativa en la evaluación de PSQI.	PA - CC	- Educación: O - Fármacos: O

4. Recomendaciones de dieta blanda y evitar la apertura excesiva de la boca. 5. Estandarización del uso de analgésicos en caso de dolor persistente, ibuprofeno como SOS y que informaran verbalmente al autor responsable del tratamiento (PGSV), sobre la frecuencia y el número de comprimidos utilizados.

Nagata et al. (2015)	Estudio clínico aleatorizado	Grupo 1 (n=85) terapia multimodal sin férula; Grupo 2 (n=96) Terapia multimodal con férula	Articular y Muscular (RC/TMD)	Terapia multimodal (autoejercicio - CBT -educación AM -manipulación mandibular) con férula vs sin. 10semanas, y se evalúa cada 2.	Educación, dieta blanda, Automanipulación mandibular, ejercicios de apertura, corrección postural, dieta, relajación, control del bruxismo -chicle, afrontamiento dolor - estrés - apriete	AC - AM	Ambos grupos mejoraron significativamente en todos los parámetros. No hubo diferencias significativas entre grupos.	P - CC	No indica
Durham et al. (2016)	Consenso de expertos	No corresponde	No aplica	Construcción de una definición estandarizada y componentes esenciales de programas de autocuidado en TTM	Autonomía, adaptar estrategias, recordatorios, ilustraciones, desarrollar alternativas, cambio de estilo de vida. Se establecieron los principales componentes del automanejo: Educación, evitar café-cigarro, ejercicios mandibulares, automasaje, termoterapia, asesoría dietética y nutricional, identificación y evitación de conductas parafuncionales. relajación muscular, reposo mandibular, Farmacoterapia, usar pelota estrés, manejar y evitar, ejercicios físico, técnicas de relajación,	AM	Se definió el automanejo como base del manejo del TTM y se establecieron sus componentes principales. Se enfatizó el enfoque biopsicosocial y la necesidad de seguimiento clínico	PA - RP - P - CC	- Educación: O - Refuerzo: O

					entrenamiento postural, H de sueño y postura, automonitoreo.				
Giro et al. (2016)	Estudio clínico aleatorizado doble ciego	Grupo 1 (n=13) control (CG); Grupo 2 (n=16) educación (EG); Grupo 3 (n=13) educación y autocuidado (ESG)	Articular y Muscular (RC/TMD)	3 sesiones con evaluación kinesiográfica inicial para todos. El grupo 2 recibió solo educación, y el grupo 3 añadió autocuidado. En la 2ª y 3ª sesión, todos recibieron educación y autocuidado mediante video y escrito. Seguimiento telefónico c/15d para adherencia. Las mediciones kinesiográficas se realizaron en T0, T1 (30 días) y T2 (60 días).	* Educación: información sobre TTM, estructuras implicadas, posibles causas y el buen pronóstico. SC: uso excesivo de los músculos mandibulares podría ser una causa de los TTM. Se indica mantener los músculos mandibulares relajados, evitar malos hábitos orales y movimientos excesivos. Video (AAOP): termoterapia, calor húmedo, ejercicios mandibulares (coordinación, apertura oral, estiramiento, contra resistencia, repeticiones) y automasaje.	E/AC - C/AC	La mejora de la apertura vertical máxima y el movimiento anteroposterior mandibular en ESG fue significativamente mayor que en EG y CG. En T1 el movimiento mandibular vertical era significativamente mayor en ESG que en EG. En T2, no se encontraron diferencias significativas entre los grupos para ningún parámetro.	PA - CC	- Educación: O - Fármacos: O
Sanders et al. (2016)	Estudio longitudinal prospectivo	Grupo 1 (n=136) Control, Bajo riesgo/No intervención (LR/NI); Grupo 2 (n=168) Alto riesgo/Intervención bioconductual (HR/BB); Grupo 3 (n=131) Alto riesgo/Intervención autocuidado (HR/SC)	Articular y Muscular (RC/TMD)	Intervención bioconductual y educación para autocuidado, 6 sesiones que duraron 3 semanas, con evaluaciones al finalizar, al año y a los 2 años.	*Habilidades para el cambio, entrenamiento en respiración diafragmática, técnicas de relajación, tips para situaciones estresantes, controlar dolor a través de afrontamiento, habilidades cognitivas, reconocer logros, mantenerlos, planear. *Actividades de autocuidado y razón de estas, vigilar síntomas, educación, registro de signos y síntomas, uso de medicación para el dolor, nutrición, uso de información para toma de decisión y mantener ganancias,	AC - B	No hubo respuesta distinta según diagnóstico. Pero, TTM miogénico agudo, acompañado de otros diagnósticos, reportaron niveles más altos de dolor, síntomas y discapacidad. Y un funcionamiento mandibular más deficiente, especialmente si tenían un alto riesgo de TTM crónico.	PA - RP - P - CC	No indica

					comunicación con profesional.				
Chanton et al. (2017)	Estudio transversal	Grupo único (n=502)	Articular y Muscular (No específica)	Cuestionario: datos demográficos, atención y tratamiento de pacientes, diagnósticos y modalidades terapéuticas.	Motivar y entender automanejo. Educación al paciente sobre TTM. Recomendaciones de autocuidado para el manejo de los síntomas. Termoterapia, ejercicios. Uso de fármacos	E/AC - C/AM	La mayoría de los dentistas del sistema público trató pacientes con TTM. Más del 90% utilizó educación y automanejo como principal modalidad. Cerca del 50% diagnosticó subtipos de TTM antes de tratar.	CC	- Educación: O - Refuerzo: O - Delegar: O - Fármacos: O
Henien et al. (2017)	Estudio longitudinal prospectivo	Grupo único (n = 55; 39 dados de alta a atención primaria, 16 con seguimiento en secundaria; 18 de los 39 con seguimiento telefónico a 2-11 meses)	Muscular (RC/TMD)	Programa grupal interactivo de 17 sesiones en 10 meses, con educación, discusión del material de autocuidado. Video que se debate, consultas con el clínico, apoyo social para favorecer cambios conductuales y control telefónico.	Descripción general de la población con Dolor Mandibular. Explicación de la ATM, naturaleza y características del Dolor Mandibular, cíclico y autolimitante con énfasis en autocuidado, Discusión de ttos. conservadores: Aplicación de calor, automasaje, ejercicios mandibulares. Empoderar en contribuir a su manejo	AC - AM	El 71% de los pacientes optaron por alta tras la sesión; efectos mantenidos hasta 11 meses. Alta satisfacción y mejora en comprensión y automanejo.	PA - Co - CC	- Educación: O - Refuerzo: O
Marcos-Martin et al. (2018)	Series de casos	Grupo único (n=9)	Muscular (DC/TMD)	6 sesiones de fisioterapia multimodal en 2 semanas. Las primeras 3 incluyeron fisioterapia manual ortopédica y educación terapéutica. Las siguientes 3 añadieron ejercicios terapéuticos para el hogar, con imágenes, control motor y resistencia.	Educación en los mecanismos de neurofisiología del dolor, reeducación cognitivo-conductual y técnicas de distracción. *Educación en dolor, kinesiofobia, parafunciones, postura, limitar función mandibular, parafunciones, estrategias de afrontamiento, actividad física, tec relajación. Evitar pensar en el dolor.	AM	Mejoras clínicas en dolor, discapacidad y en índices de factores psicológicos.	PA - RP - P - CC	- Educación: F - Cambio Conductual: F - Habilidades cognitivas: F - Ejercicios y ergonomía: F - Refuerzo: F - Delegar: O

L'homme et al. (2019)	Estudio longitudinal prospectivo	Grupo único (n=107)	Articular y Muscular (No específica)	Programa estructurado centrado en voz, postura, respiración y movimiento mandibular. Incluyó 3 sesiones terapéuticas de 45–60 minutos separadas por 1 mes, y una 4ª sesión a los 6 meses por correo o teléfono.	*Programa Osteovox: Educación sobre la relación entre postura, voz, y función mandibular, normalización. Identificar parafunciones, Entrenamiento respiratorio, vocal y postural. Instrucciones para práctica en casa (ejercicios guiados). Uso de la voz como herramienta para regulación neuromuscular. Enfoque interdisciplinario con autoobservación guiada. Act física. 1-. Despertar sensoriomotor (evaluar habilidad, desorden, déficit, dificultades, orientar, entrenar, Tmanual) . 2-. Instrucciones (modelo biopsicosocial, explicar info y tto, SC) 3-. Interrogación (evaluar compromiso, dificultades, refuerzo vías aéreas, corregir post) 4-. Reevaluar y Feedback	AM	Se observó una mejora significativa en dolor, coordinación mandibular y control postural. La adherencia domiciliar fue alta, destacando el entrenamiento vocal como estrategia útil. Hubo beneficios en aspectos físicos y emocionales.	PA - RP - CC	- Educación: O F - Cambio Conductual: O F - Habilidades cognitivas: O F - Ejercicios y ergonomía: F Fo - Refuerzo: O F - Delegar: O F
Ram et al. (2021)	Estudio clínico aleatorizado	Grupo 1 (n=40) técnica energía muscular; Grupo 2 (n=40) Terapia férula oclusal; Grupo 3 (n=40) Energía muscular + férula; Grupo 4 (n=40) educación, automanejo y consejería	Articular y Muscular (DC/TMD)	4 grupos: uno recibió técnica de energía muscular (relajación postisométrica e inhibición recíproca), otro férula oclusal, otro la combinación de ambas, y el último solo educación y asesoramiento en	Educación (diag., pronóstico, benigno, anatomía, función) etiología biopsicosocial, practicas de sueño, limite de uso de analgésicos e Identificación, monitoreo y evitación de parafunciones (apriete, rechinar) Evitar: comer por un solo lado, exceso de hablar,	AM/C	Combinación de técnicas reduce significativamente el dolor y mejora apertura.	PA - CC	- Educación: O - Ejercicios y ergonomía: O

				automanejo, que también se entregó a todos los grupos.	masticar chicle. Correcto sueño y descanso, Ejercicios de respiración. Dieta libre de dolor, Calor Húmedo.				
Aggarwal et al. (2021)	Estudio de cohorte prospectivo (pragmático)	Grupo único (n=66)	Articular y Muscular (No específica)	Se implementó apoyo al automanejo en 8 sesiones presenciales en 12 semanas, impartidas por un odontólogo capacitado. La primera sesión duró 60 minutos y las siguientes 40. Se entregó una guía de cuatro pasos, con acompañamiento presencial, telefónico o virtual.	* 1) Educación en el trastorno, SM y rol paciente, 2) Afectación del dolor y generar metas 3) Programa acercamiento biopsicosocial basado en 3 intervenciones: control postural, activación conductual y reestructuración cognitiva 4) Continuar manejando mi dolor y técnicas de recuperación y prevención de recaídas.	AM	La severidad del dolor disminuyó de 5.70 a 3.78, y la interferencia del dolor bajó de 19.95 a 12.05, ambos con reducciones significativas.	M - PA - RP - P - CC	- Educación: O - Cambio Conductual: O - Habilidades cognitivas: O - Ejercicios y ergonomía: O
Velly et al. (2022)	Estudio de cohorte prospectivo	Grupo único (n=1901)	Articular y Muscular (No específica)	Se reclutan dentistas que trataron pacientes con TTM dolorosos. Mediante instrumentos de autoreporte se recopiló información sobre demografía, aspectos biopsicosociales, síntomas, diagnósticos, tratamientos, adherencia y evolución del dolor y la función mandibular.	Evitar hábitos orales, relajación muscular, aplicación de calor/frío, dieta blanda, evitar chicle, mantener separación dental, masticar en ambos lados, reducir cafeína farmacoterapia. automasaje, ejercicios mandibular.	AC - AM	El autocuidado fue la intervención más recomendada. Predominaron la mialgia y el dolor articular. Los tratamientos conservadores mostraron mejoras en dolor y función mandibular.	CC	- Educación: O - Delegar: O - Fármacos: O

Cho et al. (2024)	Estudio clínico aleatorizado	Grupo 1 (n=33) Educación automanejo; Grupo 2 (n=33) Educación automanejo + Educación en neurociencia del dolor (PNE)	Articular y Muscular (RC/TMD)	Un grupo recibió una intervención de 1 semana con dos videos: uno de neurociencia del dolor y otro con instrucciones de automanejo sobre hábitos y ejercicios para aliviar síntomas de TTM. El otro grupo solo recibió una guía de automanejo. Ambos tuvieron seguimiento.	* PNE: Educación en dolor – cambios y conocimiento del dolor (reconceptualice pain beliefs). Recalca percepción del dolor y su relación en contexto, procesamiento y factores de cronificación, importancia del automanejo (empoderamiento). *SM: 24 tarjetas: hábitos que afectan el movimiento mandibular, Ejercicios de alivio TTM que incorpora masajear cóndilo y movimientos mandibular, presentado con imágenes e instrucciones.	AM	Hubo alta satisfacción y retención (>87%) en ambos grupos. Solo la somatización mostró una diferencia significativa a favor de la intervención. Las diferencias en dolor y depresión no alcanzaron significación estadística.	PA - Co - P - CC	No indica
Figueiró et al. (2024)	Series de casos	Grupo único (n=15)	Muscular (RC/TMD)	Se entregaron instrucciones verbales y una guía de autocuidado para manejar síntomas de TTM. Se evaluaron los cambios en la calidad de vida oral a los 30 días (T1) y 60 días (T2).	* Guía en cambios de hábitos: Dar herramientas, escritas, educación, evitar parafunciones y mantener separados, no aperturas amplias, buena postura, dieta blanda, evita el chicle, limitar función mandibular, ejercicios mandibulares y cervicales, higiene del sueño. evitar café - alcohol - fumar - respiración - interconsulta - ejercicios y estiramiento. Se enseña, se corrige y se reevalúa.	AC	Mejora significativa en la calidad de vida y dolor. (disminución en todos los valores mayor en dolor). T0 29.3%, T1 18.9%, T2 15.9%.	PA - CC	- Educación: O - Refuerzo: O

Ferreira et al. (2024)	Estudio clínico aleatorizado doble ciego	Grupo 1 (n=40) duloxetina + automanejo v/s Grupo 2 (n=40) Placebo + automanejo	Articular y Muscular (DC/TMD)	Se comparó automanejo solo vs automanejo más duloxetina (30 mg/día, luego 60 mg/día por 12 semanas, con retirada de 30 mg por una semana). El automanejo se entregó desde el inicio, con refuerzos en las semanas 4 y 8 y finalización en la semana 12.	*La intervención en automanejo fue adaptada de un protocolo utilizado en la clínica de TTM y dolor orofacial que sigue el consenso de automanejo en TTM (Delphi) (archivo suplemental) educación, vigilar y controlar parafunciones (recordatorios), dieta y nutrición, café, limitar función mandibular, técnicas de relajación, higiene de sueño, act física.	AM	El promedio de intensidad del dolor disminuyó en ambos grupos sin diferencias entre los grupos	PA - CC	- Educación: O - Cambio Conductual: O - Refuerzo: O - Fármacos: O
Ferreira et al. (2024)	Estudio clínico aleatorizado	Grupo 1 (n=40) duloxetina + automanejo v/s Grupo 2 (n=40) Placebo + automanejo	Articular y Muscular (DC/TMD)	Análisis exploratorio post hoc de ensayo clínico con un grupo que recibió intervención de Automanejo con adición de Duloxetina versus uno que solo recibe Automanejo. Y luego se realizaron mediciones en búsqueda de fenotipo respondedor.	Se entrega programa: Información etiología y pronóstico, nutrición y dieta, control de la conducta parafuncional oral, técnicas de relajación mandibular, higiene del sueño y alentar la práctica de ejercicio físico.	AM	Una disminución del 30% se considera como paciente respondedor.	PA - CC	- Educación: O - Cambio Conductual: O - Refuerzo: O - Fármacos: O

* **TERMINOLOGÍA** AC: Autocuidado AM: Automanejo E: Educación C: Asesoramiento B: Bioconductual ARF: Autorregulación física **ELEMENTOS DE APOYO** M: Meta PA: Plan de acción Co: Comunitario RP: Resolución de problema P: Psicología CC: Cambio de conducta **ROLES DE PROFESIONALES** O: Odontólogo F: Fisioterapeuta HD: Higienista dental Ps: Psicólogo Fo: Fonoaudiólogo