

UNIVERSIDAD DE VALPARAISO  
FACULTAD DE ODONTOLOGIA  
ESCUELA DE ODONTOLOGIA  
CATEDRA DE OCLUSION



Prevalencia de depresión, somatización, dolor  
disfuncional crónico y trastornos del sueño en  
pacientes con Trastornos Témporomandibulares y  
Dolor Orofacial de la Central Odontológica de la  
Armada en Viña del Mar.

Trabajo de Investigación  
Requisito para optar al  
Título de Cirujano-Dentista

**Alumnas**

Alma Amarilla Escobar.  
Constanza Vidal Molina.

**Profesor Guía**

Walther Meeder Bella.  
Jefe de Cátedra de  
Oclusión



**Universidad de Valparaíso  
Facultad de Odontología  
Escuela de Odontología  
Cátedra de Oclusión**

---

**Valparaíso - Chile  
2003**

*A Nuestras Familias*

*Alma y Constanza*

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dr. Walther Meeder Bella, por su disposición, flexibilidad y orientación para guiar esta investigación, y ayudarnos a desarrollar nuestro espíritu creativo e investigativo.

A Dr. Walter Díaz, Docente Instructor del Área de Prótesis, Coordinador del Posttítulo de Oclusión, Escuela de Graduados de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile, por su incondicional y desinteresada ayuda en el desarrollo de esta tesis, respondiendo a cada una de nuestras inquietudes y facilitando antecedentes bibliográficos.

A Dr. Sergio Uribe E., por sus importantes aportes realizados no solo en la estadística de nuestra investigación, sino que a lo largo de toda ésta.

A Dr. Heraldo Seguel A., Dr. Héctor Perucci A, y Dr. Cristián Basili E; por facilitarnos las dependencias de la Central Odontológica de la Armada y apoyo operacional a la investigación.

A Adela Caroca C, por su gran ayuda durante nuestra estadía en la Central Odontológica de la Armada, su paciencia y empatía.

A cada una de las auxiliares y personal de la Central Odontológica de la Armada, por su excelente disposición para con nuestro trabajo.

A Dr. Juan Eduardo Onetto, por comprendernos y darnos una solución cuando la necesitamos.

A Dra. Antonieta San Juan, por sus consejos que clarificaron nuestras inquietudes.

A Marcos Chavez y Sra. Gabriela González, como a lo largo de toda nuestra carrera, nos brindaron su amistad y ayuda.

A Srta. Verónica Hidalgo, por su disposición gentil y presta para "importar" información.

A Gloria Molina R, por aguantarnos muchas y largas jornadas de trabajo.

A Pablo Millán M, quien nos apoyó incondicionalmente.

A José Luis Contreras B. y Ramón Rojas T, por darnos la información oportuna en el momento preciso.

A Dra. Valentina Duarte M, por su enorme comprensión, cada vez que era necesario.

A todos nuestros amigos, que siempre estuvieron pendientes de que todo resultara bien y nos dieron buenas energías para seguir adelante.

A nuestros pacientes, que gentilmente participaron en esta investigación.

A Dr. Claudio Jorquera P, por su información más que oportuna y su buena disposición

A Dra. Lucía Cueto U, por ser el angelito que se cruzó en nuestro camino, compartiendo su sincera amistad y conocimientos.

**MUCHAS GRACIAS**

<b>I. Introducción .....</b>	<b>1</b>
<b>II. Marco Teórico .....</b>	<b>2</b>
Criterio de Diagnóstico de Investigación para TTM.....	2
<b>I. Eje II para discapacidad por dolor y estado psicológico.....</b>	<b>3</b>
1. Dolor disfuncional .....	3
2. Depresión .....	4
3. Síntomas físicos no específicos. Somatización .....	5
3.1 Hipocondriasis .....	5
3.2 Trastorno doloroso .....	5
3.3 Trastorno de conversión .....	5
3.4 Alteración somatomorfo indiferenciado.....	6
4. Trastorno del sueño.....	7
4.1 Hiposomnias .....	7
4.2 Hipersomnia .....	7
4.3 Hipersomnolencia.....	7
<b>II. Instrumentos de medición .....</b>	<b>8</b>
1. Instrumento de medición para el dolor.....	9
1.1 Escalas Clínicas .....	9
1.1.1 Escala de Categoría Verbal (E.C.V) .....	9
1.1.2 Escala Numérica de Intensidad del Dolor (P.N.L.S) .....	9
1.1.3 Escala Visual Análoga (E.V.A. o VAS) .....	9
1.1.4 Escala de Categoría Gráfica (E.C.G.) .....	9
1.1.5 Escala Continua Análoga Cromática (E.C.A.C.) .....	9
1.2 Tests Multidimensionales de Dolor.....	10
1.2.1 Brief Pain Inventory (BPI) .....	10
1.2.2 Integrated Pain Score (IPS) .....	10
1.2.3 Memorial Dolor Assesment Card (MDAC)	11
..... 1.2.4 Cuestionario de dolor de McGill	11
(MPQ).....	
1.2.5 West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory	
(WHYMPI) .....	12
1.2.6 Escala TMJ .....	12
1.2.7 MAP-MIP.....	12
1.2.8 Craniomandibular Index (CMI) .....	12
2. Instrumentos de medición para trastornos psicológicos.....	13
2.1 Lista de Comprobación de Síntomas (SCL-90 R) .....	13
2.2 Escala de depresión de Beck (BAI)	13
.....	
2.3 Escala de depresión de Zung (SDS) .....	14
2.4 Escala de depresión y ansiedad de Goldberg(EADG).....	14
3. Instrumentos de medición para trastornos del sueño.....	15
3.1 Cuestionario Resultados Funcionales del Sueño	15
(FOSQ)..... 3.2 Índice de Calidad de sueño de Pittsburgh	15
(PSQI) .....	

3.3 Índice de Calidad de Vida con Apnea de Sueño (SAQLI).....	16
3.4 Cuestionario Oviedo de Sueño (COS)	16

.....

<b>III . Instrumentos de medición utilizados en este estudio.....</b>	<b>17</b>
1. Ficha Dworkin .....	17
1.1 Características.....	17
1.2 Método de evaluación .....	18
1.2.1 Dolor disfuncional crónico .....	18
1.2.2 Método para medir el grado de depresión y presencia de síntomas físicos no específicos.....	18
1.2.3 Lista de Comprobación para medir el Grado de Disfunción Mandibular.....	19
1.3 Interpretación .....	20
1.4 Consideraciones .....	20
2. Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh.....	21
2.1 Características.....	21
2.2 Interpretación.....	22
2.3 Consideraciones .....	22
<b>III. Objetivos.....</b>	<b>23</b>
<b>IV. Materiales y Método.....</b>	<b>24</b>
<b>V. Resultados.....</b>	<b>29</b>
<b>VI. Discusión.....</b>	<b>34</b>
<b>VII. Conclusiones.....</b>	<b>36</b>
<b>VIII. Sugerencias.....</b>	<b>37</b>
<b>IX. Resumen.....</b>	<b>38</b>
<b>X. Bibliografía.....</b>	<b>39</b>
<b>XI. Anexos.....</b>	<b>42</b>

## **INTRODUCCION:**

Por muchos años los trastornos temporomandibulares (TTM), fueron conceptualizados bajo un modelo solamente biomecánico, que enfocaba la patología como una enfermedad somática y con una disfunción estructural. Esto determinó dividir a los pacientes en dos grandes grupos según las estructuras afectadas, ya sea solamente de la ATM o que involucre a los músculos.

Recientemente se han desarrollado una serie de clasificaciones para el diagnóstico de los TTM, y es en este ámbito que se ha adicionado y reconocido que existe un componente psicosocial, que debe ser considerado junto con la disfunción estructural. De esta forma, podemos comprender mejor la etiología de los dolores orofaciales (DOF) y TTM, examinándolos desde una perspectiva biopsicosocial. (Dworkin, 1994)

La importancia atribuible a elementos psicosociales, ha sido desarrollada en Criterio Diagnóstico en la Investigación de los Trastornos Temporomandibulares (CDI/TTM). Dworkin y Le Resche (1992) recomiendan, junto con un diagnóstico físico acucioso (Eje I), un estudio psicológico para pacientes con TTM, codificado en un Eje II, en el que se involucra el impacto del dolor crónico, características de la intensidad de dolor y discapacidad atribuible a los TTM.

Por otra parte se ha demostrado en algunos estudios (Yatani H, 2002) que existe una alta relación entre los TTM con Trastornos del Sueño (TS), que debe ser un factor importante a considerar tanto para el diagnóstico como para el tratamiento a seguir.

El diagnóstico y tratamiento de los DOF y TTM debe realizarse desde un punto de vista multidisciplinario. La colaboración con otros especialistas (neurólogos, fisioterapeutas, otorrinolaringólogos y psicólogos) es fundamental para conseguir resultados satisfactorios en el tratamiento de estas dolencias. El profesional no debe olvidar nunca la importancia psicológica del dolor en esta parte del cuerpo.

Es por estas razones que es necesario que el profesional conozca sobre el funcionamiento biopsicosocial de estos pacientes, para determinar así la modalidad de tratamiento más efectivo. (Epker J, 2002)



## **OBJETIVO GENERAL**

Conocer prevalencia de depresión, somatización, dolor disfuncional crónico y trastornos del sueño, en pacientes con TTM y DOF.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- ◆ Conocer características socioepidemiológicas de la muestra.
- ◆ Conocer frecuencias de factores de riesgo (traumatismo maxilofaciales, enfermedades sistémicas)
- ◆ Conocer la frecuencia de las alteraciones articulares.
- ◆ Conocer frecuencia de depresión, somatización, dolor disfuncional crónico, disfunción mandibular y trastornos del sueño, en la muestra
- ◆ Descripción de pacientes según sexo y edad con depresión, dolor disfuncional crónico y trastornos del sueño.
- ◆ Relacionar el disfunción mandibular con dolor disfuncional crónico en la muestra.
- ◆ Relacionar los trastornos del sueño, depresión y dolor disfuncional crónico en pacientes con TTM y DOF

Este seminario de tesis se realizó con pacientes pertenecientes de la Central Odontológica de la Armada de Viña del Mar, derivados a la Especialidad de Trastornos Témporomandibulares y Dolor Orofacial.

Se utilizó para este fin los días lunes, martes miércoles, jueves y viernes en horario de 08:30 a 12:00 horas, de 13:30 a 17:00 y de 18:00 a 19:30 horas en el mes de Agosto de 2003.

En la Central Odontológica de la Armada de Viña del Mar se nos facilitó la cámara de oficiales debidamente habilitado que poseía las características básicas de privacidad y tranquilidad para el paciente.

Se utilizaron los dos cuestionarios como instrumentos de medición y un lápiz

## **SELECCIÓN DE LA MUESTRA**

### **Universo:**

Comprende a los pacientes derivados a la Especialidad de Trastornos Témporomandibulares y Dolor Orofacial de la Central Odontológica de la Armada, desde el 18 de Julio del 2000 hasta el 31 de Julio del 2003.

**Criterio de Inclusión:** paciente acceda a integrarse al estudio.

**Unidad de muestra:** pacientes derivados a la especialidad de TTM y DOF.

### **Selección de la muestra:**

Se consultó telefónicamente a 250 pacientes, en el que:  
se identificaba las alumnas de esta la investigación como estudiantes de Odontología de la Universidad de Valparaíso.  
se explicaba el objetivo y naturaleza del estudio.  
se preguntó la disposición de participar en él.  
de aceptar participar, se les citaba en horario que fuera conveniente para éste.

De los 250 pacientes llamados:

104 pacientes no contestaron el llamado por diversas razones (ej: cambio domicilio).

70 pacientes no aceptaron participar en el estudio.

76 pacientes sí aceptaron participar en el estudio.

51 pacientes, aceptaron y asistieron a la Central Odontológica de la Armada.

**Muestra:** 51 pacientes contestaron la encuesta, y con ellos se desarrolló el estudio.

**Unidad de Análisis:** resultados obtenidos de los cuestionarios de Dworkin y PSQI

## 1. CUESTIONARIO DE DWORKIN

Este cuestionario mide:

1. Grado de dolor disfuncional crónico (intensidad y discapacidad asociadas)
2. Grado de Depresión
3. Presencia de Síntomas Físicos No Específicos(Somatización)
4. Grado de Disfunción Mandibular

Además de obtener:

**1. Antecedentes demográficos de la población:** sexo, edad, grado de instrucción, estado civil. En este caso se eliminaron del cuestionario las preguntas referentes a la etnia, raza y nivel de ingresos.

**2. Características del paciente:** variables que describen clínicamente importantes características de la población, como percepción de su hábitos orales y otros posibles factores de riesgo de signos y síntomas de TTM (alteraciones de la ATM y funcionamiento, antecedentes de enfermedades sistémicas, traumatismos facial, migraña.)

## MÉTODOS DE EVALUACIÓN

(1) **Dolor disfuncional crónico: resumen para la intensidad de dolor y discapacidad asociada** . Corresponden a 7 preguntas del cuestionario para clasificar severidad de dolor crónico (Von Korff et al., presentado; Von Korff), que son las preguntas 7, 8,9 (intensidad);10 (días de interferencia), 11, 12 ,13 ( discapacidad asociada.)

(2) **Métodos para medir grado de depresión** (SCL-90-R desarrollado por Derogatis) Corresponde ciertos artículos de la pregunta 20 :

1. Depresión y Escala de Síntomas Vegetativos: b, e, h, i, k, l, m, n, v, y, cc, dd, ee
- 2."Los artículos adicionales" (estos son añadidos a la escala de depresión) f, g, q, z, aa, bb, y ff. Lo que corresponde en total a 20 preguntas.

(3) **Método para medir presencia de síntomas no específicos (somatización):** también corresponde a partes de la pregunta 20.

1. Escala de Somatización (síntomas físicos no específicos): a \*,c, d \*, j \*,o\*, p \*, r, s, t, u, w, x (Los artículos con un \* son dejados caer marcando "el no dolor" de la escala síntoma físico no específico.)

(4) **Lista de comprobación para medir grado de Disfunción Mandibular:** Corresponde a la pregunta 19 y posee 12 ítems, basándose en artículos comúnmente usados en TTM clínico, para las limitaciones relacionadas con el funcionamiento mandibular.

## **INTERPRETACION**

### **1. Dolor disfuncional crónico**

- Grado 0: Ningún dolor de TTM en los seis meses previos
- Grado I: Bajo Discapacidad - Dolor de Intensidad Bajo
- Grado II: Discapacidad Baja - Dolor de Intensidad Alto
- Grado III Discapacidad Alta - Limitación Moderada
- Grado IV Discapacidad Alta - Limitación Severa

En para el estudio se analizó de manera de determinar la presencia o ausencia de dolor

### **2. Depresión (SCL-90-R depresión y de síntomas vegetativos)**

- Normal (sin depresión)
- Moderado
- Severo

### **3. Síntomas no específicos físicos (SCL-90-R escala somatización)**

- Normal (sin signos físicos no específicos)
- Moderado
- Severo

### **4. Disfunción Mandibular**

Para este caso se propuso una escala de medición que consistía en determinar la cantidad de respuestas afirmativas, y establecer el resultado dentro de un rango que determinaba si la limitación de la función mandibular correspondía a:

- LEVE
- MODERADO
- SEVERO

El cuestionario de Dworkin se encuentra en el Anexo 3, y los rangos para determinar cada uno de los resultados de encuentra en el Anexo 4

## 2. CUESTIONARIO PSQI

En esta escala se analiza la calidad del sueño.

Consta de 19 ítems autoevaluados por el paciente y 5 preguntas evaluadas por el compañero/a de cama. Las cinco últimas preguntas son utilizadas como información clínica, pero no contribuyen a la puntuación total del PSQI.

Los 19 ítems analizan los diferentes factores determinantes de la calidad del sueño, que se agrupan en 7 componentes:

### **Componente 1: CALIDAD SUBJETIVA DEL SUEÑO**

Corresponde a la pregunta número 6

### **Componente 2: LATENCIA DEL SUEÑO**

Corresponde al puntaje obtenido de las preguntas 2 y 5ª

### **Componente 3: DURACIÓN DEL SUEÑO**

Corresponde a la pregunta 4

### **Componente 4: EFICIENCIA HABITUAL DEL SUEÑO**

Corresponde al puntaje obtenido del resultado de la pregunta 4 dividido por la resta entre las preguntas 3 y 1 en porcentaje.  $(Pje\ 4 / pje3 - pje1) \times 100$

### **Componente 5: ALTERACIONES DEL SUEÑO**

Se obtiene del resultado de la suma de las preguntas: 5b, 5c, 5d, 5e, 5f, 5g, 5h, 5i, 5j

### **Componente 6: USO DE MEDICACIÓN PARA DORMIR**

Corresponde al puntaje obtenido de la pregunta 7

### **Componente 7: DISFUNCIÓN DIURNA**

Es el resultado del puntaje que se obtiene de la suma de las preguntas 8 y 9.

### **PUNTUACIÓN GLOBAL**

Es la suma de los puntajes de los componentes 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 7

### **INTERPRETACIÓN**

Cada componente se puntúa de 0 a 3. De la suma de los 7 componentes se obtiene la puntuación total del PSQI que oscila de 0 a 21 puntos (a mayor puntuación peor calidad de sueño). Si la suma es sobre 5, el paciente es un mal dormidor.

El Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (PSQI), se encuentra en el anexo 5, y la forma de evaluarlo corresponde al anexo 6

La aplicación de los cuestionarios fue directamente realizada por los pacientes, los cuales sólo acudían a la ayuda del operador si ésta era requerida.

### **CALIBRACIÓN:**

A modo de calibración las alumnas autoras de la investigación, realizaron una breve calibración, apuntando básicamente en el enfoque necesario para responder algunas dudas de comprensión cuando el paciente así lo solicitase.

Se determinó que se leería en voz alta y solamente por una vez las preguntas a los pacientes que presentaban problemas a la vista, y sin guiar o dar una interpretación de los cuestionarios.

Se realizó una "marcha blanca", en la que se encuestó a 10 pacientes, que no pertenecían a la muestra, con ambos instrumentos de medición, de manera tal que se refirieran a dudas que se presentaban al momento de responder los cuestionarios.

### **PROCEDIMIENTO:**

El proceso estuvo a cargo de ambas alumnas que se turnaban según horario previamente descrito.

Al recibir al paciente se le entregaba tanto el cuestionario de Dworkin, como el PSQI; encabezado por una carta en la que se informaba al paciente del procedimiento que se realizaría y con que fines. (Anexo 7)

Esto se realizó en la cámara de oficiales de la Armada, debidamente equipada, ya que ésta presenta las características de privacidad e independencia necesarias para la medición, encontrándose en su interior un mesa larga y 6 sillas de comodidad para el paciente.

A cada paciente, se le entregó las instrucciones básicas para el llenado del cuestionario, los tests y un lápiz.

El tiempo estimado para esta medición fue de aproximadamente 20 - 25 minutos.

El operador se encontraba presente durante la realización del cuestionario, de manera tal de aclarar cualquier duda que surgiese por parte del paciente.

Antes de que el paciente se retirara, el operador revisaba el cuestionario con el fin de verificar que éste fuese respondido en su totalidad y en forma legible.

Los resultados de las mediciones se obtuvieron siguiendo las instrucciones de evaluación de cada uno de los cuestionarios.

## **Criterio Diagnóstico de Investigación para Trastornos Témporomandibulares (CDI/TTM)**

El Criterio Diagnóstico de Investigación para Trastornos Témporomandibulares, utiliza un sistema dual de ejes para diagnosticar y clasificar a los pacientes con TTM.

El Eje I determina un diagnóstico físico de los desórdenes tanto de los músculos masticatorios como de la ATM. Se determinan así tres grandes grupos: Grupo I, desórdenes musculares; Grupo II: desplazamientos del disco ATM y Grupo III, que corresponde a Artralgia, Artritis y Artrosis de ATM.

El Eje II es utilizado para valorar el comportamiento psicológico, y factores psicosociales conocidos y relevantes para el manejo de pacientes con TTM: 1) variables del estado del dolor, incluyendo promedio, corriente y la peor intensidad de dolor, 2) disfunción mandibular, 3) angustia psicológica basado en la subescala SCL-90, específicamente depresión y aprobación de síntomas físicos no específicos sugiriendo tendencias de somatización y 4) grado de escala de dolor crónico que integra intensidad del dolor e interferencia de él, en una escala de 0 a IV, para categorizar nivel de severidad. (Dworkin S y col, 2002)

El CDI ha sido utilizado en numerosas investigaciones clínicas para caracterizar factores físicos, psicológicos y psicosociales asociados con TTM, así como la relación entre estos factores, y el CDI/TTM ha sugerido un sistema de modelo para el diagnóstico y valoración de las condiciones de dolor crónico. (Dworkin S y col, 2002)

### **CDI/TTM**

**EJE I** para establecer condiciones clínicas

Grupo I.- Diagnóstico muscular

Dolor miofascial

Dolor miofascial con limitación de apertura

Grupo II.- Desplazamiento de disco

Con reducción

Sin reducción, con limitación de apertura

Sin reducción sin limitación de apertura

Grupo III.- Artralgia, artritis y artrosis

Artralgia.

Osteoartritis de ATM.

Osteoartrosis de ATM.

**EJE II:** para discapacidad por dolor y estado psicológico

**1. Dolor Disfuncional Crónico (Intensidad y discapacidad asociada).**

**2. Depresión.**

**3. Síntomas físicos no específicos. (Somatización)**

**4. Trastornos del sueño**

En la presente investigación solamente abarcaremos el EJE II, y se agrega como otro factor a los trastornos del sueño, debido a que también existen asociaciones con estas alteraciones, y se ha demostrado que poseen una alta relación con los TTM (Yatani y col., 2002). Cuadro resumen en Anexo 1.

## **I. EJE II: PARA DISCAPACIDAD POR DOLOR Y ESTADO PSICOLÓGICO**

### **1. DOLOR DISFUNCIONAL CRÓNICO (intensidad y discapacidad asociada)**

Es aquel que constituye por sí mismo una enfermedad, se considera que no cumple un rol o propósito biológico útil, no se asocia con lisis tisular, es de larga duración (más de 6 meses) y afectará al paciente física, emocional, económica y socialmente. (Meeder, 1999)

Así es como podrá provocar trastornos en la conducta, llevando a quien lo padece a estados de depresión y visible deterioro. En contraposición al gran compromiso psicológico que genera, existe poco o nulo componente neurovegetativo asociado. (Peñarrocha, 1997)

Es de presentación frecuente en las clínicas de odontología y estomatología. Puede tener un comienzo gradual en el tiempo y una persistencia a lo largo de meses (más de 6), no sirve como mecanismo corporal defensivo y es inútil como valor biológico. Por su propia persistencia acarrea consecuencias físicas, psíquicas, sociales y económicas, que cambian la personalidad y la forma de vida del enfermo. Mientras que en el dolor agudo predomina la ansiedad, en el crónico predomina la depresión. No presenta sintomatología autónoma acompañante. El paciente tiene mecanismos insuficientes de enfrentamiento. (Peñarrocha, 1997)

El diagnóstico es difícil y multidisciplinario, y el éxito del tratamiento limitado. El paciente con dolor crónico rara vez se mejora de manera total; intentamos conseguir un programa adecuado de control individual y con los diversos tratamientos disponibles permitir una calidad de vida digna. Como cualquier otro tipo de dolor crónico, se caracteriza por la persistencia de una serie de molestias que no cumplen ninguna función fisiológica, acaban por producir cierto grado de incapacitación física y desencadenar manifestaciones depresivas en los enfermos que los sufren, así como hipocondría y desinterés por cualquier otro tema que no se refiera a su dolor. El régimen farmacológico es complejo. El tratamiento es multidisciplinario y, en general, con un éxito de pronóstico incierto (Peñarrocha, 1997)

## 2. DEPRESIÓN

La característica de un trastorno depresivo es un curso clínico caracterizado por uno o más episodios depresivos mayores sin historia de episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos.

El enfermo que la padece sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. (DSM IV, 1995)

También son manifestaciones de los episodios depresivos: la disminución de la atención y concentración, la pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad, las ideas de culpa y de ser inútil, una perspectiva sombría del futuro, los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones, los trastornos del sueño, la pérdida del apetito. (CIE 10, 1992)

El nivel de la actividad social y laboral cotidiana suele ser una guía general muy útil de la gravedad del episodio, aunque los factores personales, sociales y culturales que influyen en la relación entre la gravedad de los síntomas y la actividad social, son lo suficientemente frecuentes e intensas como para hacer poco prudente incluir el funcionamiento social entre las pautas esenciales de gravedad. (DSM IV, 1995)

En un estudio realizado en la Universidad Nacional de Singapur, se logró determinar la relación que existe entre la depresión y la somatización en pacientes con TTM, en el cual se concluyó que aproximadamente un 39 % de los pacientes con TTM eran clínicamente depresivos, y un 55 % poseía un alto grado de síntomas físicos no específicos. (Adrian y col, 2002)

Según antecedentes de la Organización Mundial de la Salud, 121 millones de personas la padece en la actualidad, y se calcula que en el 2020 ésta será la primera causa de baja laboral en las naciones desarrolladas y la segunda enfermedad más frecuente en el planeta, tras la cardiopatía.

Estados Unidos, el 25% de la población sufre de depresión en algún momento de su vida. En Italia un reciente estudio reveló que el 70% de las mujeres tiene depresión. (Instituto de Estudios Políticos-Sociológicos Eurispes, 2003)

En Chile, casi de un millón de personas sufre del mal, una cifra equivalente a la población de la 1era y 2da regiones (Sociedad Chilena de Salud Mental, 2003), y Santiago encabeza las capitales con más alto número de depresión (OMS, 2003)

### 3. SÍNTOMAS FÍSICOS NO ESPECÍFICOS (SOMATIZACIÓN)

#### 3.1 Hipocondriasis

La característica esencial de la hipocondría es la preocupación y el miedo a padecer, o la convicción de tener una enfermedad grave a partir de la interpretación personal de uno o más signos o síntomas somáticos.(DSM IV, 1995)

Con frecuencia el enfermo valora sensaciones y fenómenos normales o frecuentes como excepcionales y molestos, centrando su atención, casi siempre sólo sobre uno o dos órganos o sistemas del cuerpo. Sin embargo, la creencia no se circunscribe sólo a una preocupación por la apariencia física y no es de tipo delirante.

La preocupación por los síntomas somáticos provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto y persiste durante al menos 6 meses. (DSM IV, 1995)

El cuadro clínico característico viene dado por la combinación de una afectación vegetativa clara, quejas subjetivas no específicas y referencia persistente a un determinado órgano o sistema como la causa del trastorno. (DSM IV, 1995)

La preocupación sobre la enfermedad se convierte a menudo en la característica central de la autopercepción del individuo, en un tema reiterado de conversación, y en una respuesta a las situaciones de estrés.

#### 3.2 Trastorno doloroso

La característica esencial de este trastorno es el dolor, que constituye el síntoma principal del cuadro clínico y que es de gravedad suficiente como para merecer atención médica. A diferencia de lo que sucede en el trastorno ficticio, el dolor no es simulado o producido intencionalmente. (DSM IV, 1995)

El dolor se presenta con frecuencia en circunstancias que sugieren que el dolor está relacionado con conflictos o problemas, o que da lugar a un aumento significativo del apoyo y la atención que recibe el enfermo, por parte del médico, de otras personas, pero no siempre es así. Se considera que los factores psicológicos desempeñan un papel importante en el inicio, la gravedad, la exacerbación, y la persistencia del dolor.(CIE 10, 1992)

#### 3.3 Trastorno de conversión

El rasgo común que comparten los trastornos de este grupo es la pérdida parcial o completa de la integración normal entre ciertos recuerdos del pasado, la conciencia de la propia identidad, ciertas sensaciones inmediatas y el control de los movimientos corporales. Normalmente hay un cierto grado de control consciente sobre qué

recuerdos y qué sensaciones pueden ser seleccionados por la atención inmediata y sobre qué movimientos hay que llevar a cabo. .(CIE 10, 1992)

Se supone que tiene un origen psicógeno y tiene una estrecha relación temporal con acontecimientos traumáticos, problemas insolubles o insoportables, o relaciones interpersonales alteradas. Los síntomas no se producen de manera intencionada; sin embargo muchas veces es difícil determinar si los síntomas se han producido intencionalmente o no.(CIE 10, 1992)

El término de conversión se utiliza ampliamente para alguno de estos trastornos, e implica que sentimientos no satisfactorios originados por los problemas y conflictos que el enfermo no puede resolver se trasformen de alguna manera en síntomas. No debe diagnosticarse si existe algún síntoma que se pueda explicar por un comportamiento o experiencia culturalmente normales. .(DSM IV, 1995)

### **3.4 Alteración somatomorfo indiferenciado**

La característica esencial del trastorno somatomorfo indiferenciado consiste en la presencia de uno o mas síntomas físicos que persisten durante 6 meses o más.

Los síntomas más habituales son el cansancio crónico, la pérdida del apetito y las molestias gastrointestinales o genitourinarias; estos síntomas no pueden explicarse completamente por la presencia de una enfermedad médica conocida o por los efectos directos de alguna sustancia. Los síntomas deben provocar malestar clínico significativo o deterioro social o laboral, o de otras áreas mas importantes de la actividad del sujeto. Puede o no haber motivos para sospechar la existencia de un motivo psicológico, pero no debe existir una base somática que justifique los síntomas en los que se basa el diagnóstico psiquiátrico. (DSM IV, 1995)

El diagnóstico no debe realizarse cuando los síntomas se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental. Los síntomas físicos, crónicos e inexplicables, llevan al individuo a la consulta médica, habitualmente a la del médico general.

## 4. TRASTORNOS DEL SUEÑO

El sueño es un estado del organismo, regular, recurrente y fácilmente reversible, que se caracteriza por una relativa tranquilidad y por un gran aumento del umbral o de la respuesta a los estímulos externos en relación con el estado de vigilia. Existen al menos 84 patologías diferentes durante el sueño, lo que evoca la heterogeneidad y elevada frecuencia de estos trastornos; y un tercio de la población presenta algún trastorno del sueño. (Blanco J, 2002)

En muchos casos, la exploración de las causas del insomnio y la hipersomnolencia conduce a enfermedades médicas y psiquiátricas bien conocidas como factores causales. (Fuentenebro F, 1990)

### 4.1. Hiposomnias

El insomnio es un síntoma que puede tener causas muy diferentes. Algunas de éstas causas empiezan a ser entendidas ahora; descubriéndose causas nuevas como: dolor o malestar, factores dietéticos, efectos de medicamentos directos, de la retirada de fármacos, disfunción tiroídea, lesiones del tallo cerebral e hipotalámicas, envejecimiento, ansiedad, depresión, cambios ambientales.

### 4.2. Hipersomnolencia.

Incluye dos grupos de síntomas: quejas por la cantidad excesiva de sueño (hipersomnolencia) y quejas por una somnolencia excesiva durante el día (somnolencia). En algunas situaciones, ambos síntomas están claramente separados, pero muchas de las enfermedades responsables de la hipersomnolencia pueden producir ambos síntomas a la vez, y debe considerarse un síntoma con muchas causas, y deben investigarse éstas. .( Blanco J, 2002)

### 4.3 Parasomnias

Corresponde a una serie heterogénea de comportamientos que aparecen anormalmente en el sueño, algunos de los cuales son vestigios o representaciones de conductas normales de la vigilia. Las parasomnias más habituales son el sonambulismo, los terrores nocturnos y la enuresis funcional tipo nocturno. ( Blanco J, 2002)

## II. INSTRUMENTOS DE MEDICION

La capacidad de medir de manera confiable muestras y síntomas clínicos es un requerimiento mínimo para llegar al diagnóstico y seguir la progresión de un tratamiento de cualquier problema de salud. Para lograr éstas metas, el proceso para medir debe ser válido, confiable, y bastante sensible distinguir entre los niveles de la severidad de la enfermedad y se puede entonces relacionar posteriormente con la eficacia de los tratamientos.

En este plano, explicaremos algunos conceptos que utilizarán a lo largo de toda esta investigación.

**Validez:** es una estimación de cuan bien mide lo que se pretende medir. (Pehling, 2002)

**Confiabilidad:** estimación de la capacidad de repetición o de la consistencia de una medida. (Pehling, 2002)

**Sensibilidad:** obtención de mediciones libres de error. (Meeder, 1999)

**Confiabilidad interexaminador:** factor fuera de la variación asociada a 2 o más exámenes en el mismo sujeto y estima la proporción de la variabilidad total que es explicada por diferencias verdaderas entre los sujetos.( Pehling, 2002)

**Fiabilidad:** probabilidad de buen funcionamiento del instrumento, que ofrece seguridad en los resultados (RAE, 2001)

**Autoadministración:** método por el cual el paciente puede contestar un cuestionario, por si mismo. Al no ser guiado por el operador es difícil de aplicarlo en pacientes con bajo nivel cultural. (Royuela A y col, 1997).

## I INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN PARA DOLOR

Para obtener y comparar resultados válidos, es necesario el uso de instrumentos confiables para medir la severidad de enfermedad, por esto existe una gran variedad de índices. Helkimo ha sido un pionero en el desarrollo de los índices para medir dolor y la disfunción de la severidad de los TTM. En un estudio epidemiológico realizado en Suecia (1979), desarrolló el *Índice de Helkimo*, que comprende un índice anamnésico, oclusal y de disfunción clínica, con el que evaluó a la población, determinando la severidad de aumento de síntomas, dolor y disfunción mandibular e inestabilidad oclusal. (Yunheon Song, 1995)

A medida que avanzan las investigaciones en el tema de los TTM, se han ido desarrollando diversos tipos de índices, abordando todas las aristas posibles que plantean estas patologías.

### 1.1 ESCALAS CLÍNICAS

1.1.1 Escala de Categoría Verbal ( E.C.V.): Se utiliza con frecuencia aquella E. C. V. de 4 puntos: Nada, Leve, Moderado o Intenso para la medición de la intensidad dolorosa experimentada y para verificar respuestas farmacológicas. Es simple, de fácil manejo y entendimiento.

1.1.2. Escala Numérica de Intensidad de Dolor (Pain Intensity Number Scale o P.I.N.S): Es más, sensible que la E. C. V., aunque también sólo mide la intensidad del dolor. Esta escala tiene diferentes puntos: 0-5, 0-10, 0-20 y 0-100 que al aumentar darán mayor sensibilidad . La más utilizada es la del 0 al 10.

1.1.3 Escala Visual Análoga (Visual Analogue Scale o V. A. S):Se define como una línea Horizontal o Vertical en cuyos extremos señala sin dolor y peor dolor imaginable. El paciente marcará un punto que reflejará la cantidad de dolor experimentado en ese momento. Se mide en milímetros (en una escala de 10 cm. ) el extremo no dolor hasta la marca realizada. Es uno de los mejores métodos para medir la intensidad del dolor, también para los controles y valoración del éxito y de las terapias, pero no sirve para la evaluación inicial del dolor. ( J.P. Okeson, 1995)

No Dolor

Peor Dolor Imaginable

1.1.4. Escala de Categoría Gráfica (E.C.G.): Son V. A. S. Modificadas que incorporan un descriptor verbal o numérico para facilitar la comprensión del paciente. ( Meeder, 1999)

1.1.5. Escala Contínua Análoga Cromática ( E. C. A. C ): Consiste en una regla graduada desde el rosado al rojo intenso, en cuyos extremos se lee sin dolor y peor dolor. El paciente indica la intensidad de color que se corresponde con el dolor sentido y el operador medirá los milímetros correspondientes desde el extremo sin dolor para la evaluación. ( Meeder, 1999)

Se considera que este método es más sensible que V. A. S. Por tratarse de una escala continua de medición de la intensidad dolorosa.

## 1.2 TESTS MULTIDIMENSIONALES DE DOLOR

Consideran el dolor de manera amplia y subjetiva, se mide la intensidad, la cualidad del dolor y sus efectos sobre variables psicológicas y sociales.(Meeder, 1999)

### 1.2.1. Brief Pain Inventory & Brief Pain Inventory - Short form

Nombre completo del cuestionario	Brief Pain Inventory & Brief Pain Inventory - Short form
Autor	Charles S. Cleeland
Nombre abreviado	BPI & BPI-SF
Objetivos	Medir severidad del dolor y su impacto en las funciones diarias
Patología	Signos y Síntomas (dolor)
Enfermedad	Dolor
Tipo de instrumento	Síntomas
Población	Adulto
Modo de administración	Autoadministrado
Número de ítems	56 (versión larga) / 15 (versión corta)
Lenguaje original	Inglés
Lista de traducciones existentes	Chino, Inglés, Filipino, Francés, Alemán, Griego, Hindú. Italiano, Japonés, Coreano, Español, Taiwanés,

[www.qolid.org/public/list/index.html](http://www.qolid.org/public/list/index.html)

### 1.2.2 Integrated Pain Score

Nombre completo del cuestionario	Integrated Pain Score
Autor	Marcello Tamburini
Nombre abreviado	IPS
Objetivos	Medir dolor crónico
Patología	Signos y Síntomas (dolor)
Enfermedad	Dolor
Tipo de instrumento	Síntomas
Población	Adulto
Modo de administración	Autoadministrado
Número de ítems	49
Lenguaje original	Italiano
Lista de traducciones existentes	Español

[www.qolid.org/public/list/index.html](http://www.qolid.org/public/list/index.html)

## 1.2. 3. Memorial Dolor Assessment Card

Nombre completo del cuestionario	Memorial Dolor Assessment Card
Autor	Baruch Fishman & Kathleen Foley
Nombre abreviado	MPAC
Objetivos	Medir Dolor
Patología	Signos y Síntomas (dolor)
Enfermedad	Dolor
Tipo de instrumento	Síntomas
Población	Adulto
Modo de administración	Autoadministrado
Número de ítems	4 (incluyendo 8 descriptores y 3 VAS)
Lenguaje original	Inglés
Lista de traducciones existentes	Alemán

[www.qolid.org/public/list/index.html](http://www.qolid.org/public/list/index.html)

## 1.2.4. Cuestionario de Dolor de McGill

Nombre completo del cuestionario	McGill Pain Questionnaire
Autor	Ronald Melzack
Nombre abreviado	MPQ
Objetivos	Medición cuantitativa de dolor clínico, sensorial, afectivo y otros componentes cualitativos, y permite análisis estadístico de datos recolectados.
Patología	Signos y Síntomas (dolor)
Enfermedad	Dolor
Tipo de instrumento	Síntomas
Población	Adulto
Modo de administración	Autoadministrado
Número de ítems	20
Lenguaje original	Inglés
Lista de traducciones existentes	Arábico, Chino, Checo, Danés, Holandés, Finlandés, Francés. Alemán, Húngaro, Italiano, Japonés, Noruego, Polaco, Eslovaco, Español.

[www.qolid.org/public/list/index.html](http://www.qolid.org/public/list/index.html)

Este test fue utilizado de manera modificada en el seminario de tesis: "Algias orofaciales de origen no odontogénico" (Meeder y col, 1999)

### 1.2.5 West Haven - Yale Multidimensional Pain Inventory

Nombre completo del cuestionario	West Haven - Yale Multidimensional Pain Inventory
Autor	Kerns RD, Turk DC, Rudy TE
Nombre abreviado	WHYMPI
Objetivos	Experiencia subjetiva de dolor
Patología	Signos y Síntomas (dolor)
Enfermedad	Dolor
Tipo de instrumento	Síntomas
Población	Adulto
Modo de administración	Autoadministrado
Número de ítems	52
Lenguaje original	Inglés
Lista de traducciones existentes	Portugués, Español, Francés, Sueco, Alemán

[www.qolid.org/public/list/index.html](http://www.qolid.org/public/list/index.html)

### 1.2.6 Escala TMJ

La escala TMJ es un test psicométrico desarrollado por Levitt et al; y cuantifica la dimensión de los síntomas de TTM. La escala incluye el informe de dolor, dolor a la palpación, maloclusión, disfunción articular, rango de limitación de movimiento, factores psicológicos, estrés, y cronicidad.

Con la escala TMJ no se logra determinar un diagnóstico, pero cuantifica información importante para el diagnóstico, y es altamente sensitivo en cuanto a cambio en los síntomas. La tres últimas escalas son análogas al partes del Eje II de la CDI. (Criterios de Diagnósticos de Investigación)

### 1.2.7 MAP-MPI (Multiaxial Assessment of Pain - Multidimensional Pain Inventory)

Rudy desarrolló este inventario multidimensional del dolor que consiste en una medición psicométrica, diseñado para el uso en pacientes con dolor. El instrumento posee 12 escalas, y al obtener los resultados es posible clasificar a pacientes con dolor crónico en las siguientes categorías: disfuncional, con dificultades interpersonales y adaptativo. El MAP puede ser útil en la para definir mejor el Eje II de la CDI.

### 1.2.8 CranioMandibular Index (CMI)

El objetivo es medir el grado de severidad de una enfermedad, de manera estandarizada, con objetivos definidos, métodos clínicos simples y de fácil puntuación. Se divide en el Índice de Disfunción (ID) y el Índice de Palpación (IP). Su uso puede ser tanto para estudios clínicos como para necesidades epidemiológicas.

## 2. INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN PARA TRASTORNOS PSICOLÓGICOS

Existe una enorme variedad de mediciones psicométricas que se han aplicado para TTM. Se ha aceptado que los TTM y dolor crónico, han sido asociados con desórdenes psiquiátricos, estrés emocional y factores ambientales estresantes. Existe una alta incidencia de exposición a eventos de estrés diarios y elevados niveles de ansiedad y una relación síntomas somáticos de estrés que se han reportado en pacientes con TTM. (Auerbach y col, 2001)

### 2.1. Lista de Comprobación de Síntomas – 90

Nombre completo del cuestionario	Symtomp Checklist-90-Revised
Autor	Leonard R. Derogatis, PhD
Nombre abreviado	SCL-90-R
Objetivos	Diseñado para determinar el rango de problemas psicológicos y los síntomas de psicopatologías, también es usado para medir la progresión
Patología	Toda
Tipo de instrumento	Toda Enfermedad
Población	Adolescentes y adultos
Modo de administración	Autoadministrado
Número de ítems	90
Lenguaje original	Inglés
Lista de traducciones existentes	Francés, Alemán, Español y Turco

[www.qolid.org/public/list/index.html](http://www.qolid.org/public/list/index.html)

### 2.2. Escala de Depresión de Beck

Nombre completo del cuestionario	Beck Anxiety Inventory
Autor	Beck
Nombre abreviado	BAI
Objetivos	Instrumento capaz de discriminar de manera fiable entre ansiedad y depresión
Patología	Síntomas de ansiedad
Enfermedad	Psicológica
Tipo de instrumento	Síntomas físicos
Población	Adulto
Modo de administración	Autoadministrado
Número de ítems	21
Lenguaje original	Inglés
Lista de traducciones existentes	Español

[www.qolid.org/public/list/index.html](http://www.qolid.org/public/list/index.html)

Este test fue utilizado de manera modificada en el seminario de tesis: "Bruxismo y Estrés" (Meeder y col, 2001)

### 2.3. Escala de Depresión de Zung

Nombre completo del cuestionario	Self- Rating Depresion
Autor	Zung
Nombre abreviado	SDS
Objetivos	Cuantificación de Síntomas , derivada de la Escala de depresión de Hamilton, destaca componente somático conductual del trastorno depresivo
Patología	Síntomas
Tipo de instrumento	Psicológica
Población	Adulta
Modo de administración	Autoadministrado
Número de ítems	20
Lenguaje original	Inglés
Lista de traducciones existentes	Español

[www.qolid.org/public/list/index.html](http://www.qolid.org/public/list/index.html)

### 2.4. Escala de Depresión y Ansiedad de Goldberg

Nombre completo del cuestionario	Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg
Autor	Goldberg
Nombre abreviado	EADG
Objetivos	Para uso de clínicos no psiquiatras, como instrumento de cribaje.
Patología	Signos y Síntomas
Enfermedad	Psicológica
Tipo de instrumento	Síntomas
Población	Adulta
Modo de administración	Cuestionario y entrevista
Número de ítems	9
Lenguaje original	Inglés
Lista de traducciones existentes	Español

[www.qolid.org/public/list/index.html](http://www.qolid.org/public/list/index.html)

### 3. INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO

Es posible determinar la relación que existe entre calidad de sueño y síntomas de TTM asociados. Es por eso que es importante considerar una evaluación de la calidad de sueño de los pacientes con TTM. (Yatani y col. ,2002).

#### 3.1. Cuestionario de Resultados Funcionales del Sueño

Nombre completo del cuestionario	Functional Outcomes of Sleep Questionnaire
Autor	Terri E. Weaver
Nombre abreviado	FOSQ
Objetivos	Valorar el impacto de somnolencia diurna en múltiples actividades diarias
Patología	Signos y síntomas
Enfermedad	Desórdenes que causen interrupción o excesiva somnolencia diurna
Tipo de instrumento	Calidad de vida y Síntomas/función
Población	Adulto
Modo de administración	Autoadministrado
Número de ítems	30
Lenguaje original	Inglés
Lista de traducciones existentes	Danés, Finlandés, Francés; Griego, Italiano, Alemán, Noruego, Portugués, Sueco, Español

[www.qolid.org/public/list/index.html](http://www.qolid.org/public/list/index.html)

#### 3.2. Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh

Nombre completo del cuestionario	Pittsburgh Sleep Quality Index
Autor	Daniel J Buysse et al.
Nombre abreviado	PSQI
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dar confiabilidad, validez y estandarización a las mediciones de la calidad de sueño</li> <li>- Para discriminar entre "buenos" y "malos" dormidores</li> <li>- Índice que sea fácil de interpretar clínicos y personas que lo utilicen</li> <li>- Da información clínica de perturbaciones que puedan afectar la calidad del sueño</li> </ul>
Patología	Signos y síntomas
Enfermedad	Trastornos del sueño
Tipo de instrumento	Síntomas /función
Población	Adultos
Modo de administración	Autoadministrado
Número de ítems	24
Lenguaje original	Inglés
Lista de traducciones existentes	Chino, Alemán, Francés, Japonés, Noruego, Sueco y Español

### 3.3. Índice de Calidad de Vida con Apnea de Sueño

Nombre completo del cuestionario	Sleep Apnea Quality of Life Index
Autor	W. Ward Flemons and Marlene Reimer
Nombre abreviado	SAQLI
Objetivos	Sensible para detectar cambios en la calidad de vida de pacientes con apnea de sueño, que han sido sometidos a un tipo de tratamiento
Patología	Signos y Síntomas (trastornos del sueño)
Enfermedad	Apnea de Sueño
Tipo de instrumento	Calidad de vida
Población	Adulto
Modo de administración	Entrevista y autoadministración
Número de ítems	45
Lenguaje original	Inglés
Lista de traducciones existentes	Chino, Francés

[www.qolid.org/public/list/index.html](http://www.qolid.org/public/list/index.html)

### 3.4. Cuestionario Oviedo de Sueño

Nombre completo del cuestionario	Cuestionario Oviedo de Calidad de Sueño
Autor	Bobes
Nombre abreviado	COS
Objetivos	Se diagnostica trastornos del sueño tipo insomnio e hipersomnio según los criterios DSM-IV y CIE-10.
Patología	Signos y síntomas
Enfermedad	Trastornos del sueño no orgánico
Tipo de instrumento	Síntomas
Población	Adulto
Modo de administración	Autoadministrado
Número de ítems	15
Lenguaje original	Español

[www.qolid.org/public/list/index.html](http://www.qolid.org/public/list/index.html)

### III. INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN UTILIZADOS EN ESTE ESTUDIO

#### 1. FICHA DE DWORKIN

Para el uso de los Criterios Diagnósticos en la Investigación de los Trastornos Temporomandibulares (CDI/TTM) se deben recopilar los datos de la historia y el examen clínico, utilizando cuestionarios, formularios o planillas e indicaciones (especificaciones) provistos en esta sección. Además, es de suma importancia que los criterios utilizados por los examinadores sean calibrados (consistentes, homogéneos) a niveles aceptables de confiabilidad inter-examinador. Dworkin y colaboradores han desarrollado guías y procedimientos para permitir que los examinadores logren niveles aceptables de confiabilidad inter-examinador en el uso de las indicaciones o especificaciones del examen, cuestionario y formularios que se presentarán a continuación. De igual modo, han provisto una planilla para resumir los datos demográficos de los pacientes, su grupo diagnóstico del Eje I y II.

Todos los aspectos del cuestionario y el examen deben ser completados, a menos que el individuo se niegue o sea incapaz de cooperar. En este caso escriba "SR" (sujeto rechaza) en letras mayúsculas junto a la pregunta, y anote por qué el individuo se negó o no puede contestar la pregunta. (Dworkin y Le Resche, 1992)

#### 1.1 CARACTERÍSTICAS

A través de este cuestionario es posible medir:

1. Grado de dolor crónico (intensidad y discapacidad asociada)
2. Grado de Depresión
3. Presencia de Síntomas Físicos No Específicos(Somatización)
4. Grado de Disfunción Mandibular

Además de obtener:

**1. Antecedentes demográficos de la población:** sexo, edad, grado de instrucción, estado civil, etnia, raza y nivel de ingresos.

**2. Características del paciente:** variables que describen clínicamente importantes características de la población, como percepción de su hábitos orales y otros posibles factores de riesgo de signos y síntomas de TTM (alteraciones de la ATM y funcionamiento, antecedentes de enfermedades sistémicas, traumatismos facial, migraña.)

Mientras el desarrollo de algunas de éstas medidas depende de más complejo estadístico análisis, las medidas ellos mismos son francas y breves. Por ejemplo, es posible desarrollar una medida confiable y válida para clasificar la disfunción de dolor crónica que requiere sólo siete artículos y que puede ser contestado por pacientes que usan escalas muy similares al VAS.

## **1.2 METODOS DE EVALUACIÓN**

### **1.2.1 Dolor Disfuncional Crónico: resumen para la intensidad de dolor y discapacidad asociada**

El informe subjetivo de la intensidad de dolor es extensamente aceptado como una importante faceta de la severidad de una condición de dolor. Sin embargo, la intensidad del dolor por si sola no puede discriminar los niveles más altos de severidad.

Turk y Rudy (1987,1988) han abogado por la clasificación multiaxial de dolor crónico. Ellos desarrollaron una taxonomía del dolor crónico basado en el Inventario de Dolor Multidimensional (MPI). (Kerns, Turk y Rudy, 1985) y han demostrado que los datos MPI son confiables y tienen la validez en la clasificación clínica de dolor.

El método de evaluación ha mostrado tener validez, para varios sitios anatómicos diferentes de dolor incluyendo el dolor de cabeza y el témporomandibular.

Basado en la revisión de este trabajo, la clasificación de la severidad de dolor crónico fue seleccionada como la base para medir la intensidad de dolor y discapacidad asociada para el Criterio Diagnóstico de la Investigación (CDI). Son siete preguntas que comprenden la escala para clasificar la severidad de dolor crónico en el cuestionario CDI; correspondiendo a las preguntas 7, 8,9,10,11,12 y 13.

### **1.2.2 Métodos para medir grado de Depresión y presencia de Síntomas Físicos No Específicos (somatización)**

Varios autores relatan la medición de la depresión han sido mostrados para ser confiables y válidos, incluyendo la Escala del Centro para Estudio Epidemiológico de Depresión (CES-D Escala de Depresión de Beck, la Lista de Comprobación de Síntomas – 90 (SCL-90), entre otros.

Por una parte, los síntomas difusos, no específicos físicos pueden a veces ser entendidos como una manifestación de TTM específico subyacente. Por otra parte, el dolor mandibular puede ser a veces entendido como un síntoma no específico físico entre muchos relatados por un paciente (Dworkin et al., 1990). Por esta razón el Eje II debería incluir una medida de síntomas no específicos físicos.

Como el SCL-90 proporciona tanto escala de depresión como una escala (la subescala de somatización) se puede medir la severidad de síntomas no específicos físicos.

El término somatización no se incorporó al CDI, refiriéndose a la preocupación por síntomas físicos desproporcionados a una perturbación actual física (Asociación americana Psiquiátrica, 1987). El SCL-90 mide la somatización y severidad de síntomas físicos no específicos, sin identificar la causa subyacente de los síntomas. Ya que los síntomas difusos no específicos físicos pueden tener que ver con los efectos de un dolor condiciona en sí, y/o angustia psicológica, La escala SCL-90 facilita la evaluación de como personas con y sin los síntomas difusos físicos diferencian en términos de Eje I estado TTM, estado psicológico, respuesta al dolor de TTM, y discapacidad. (Dworkin y Le Resche, 1992)

Corresponde a la pregunta 20 son puestos en una lista debajo:

1. Depresión y Escala de Síntomas Vegetativos: b, e, h, i, k, l, m, n, v, y, cc, dd, ee

2. "Los artículos adicionales" (estos son añadidos a la escala de depresión) f, g, q, z, aa, bb, y ff

3. Escala de Síntomas Físicos No Específicos (Somatización): a \*, c, d \*, j \*, o \*, p \*, r, s, t, u, w, x (Los artículos con un \* son dejados caer marcando "el no dolor" de la escala síntoma físico no específico.)

### **1. 2. 3 Lista de Comprobación para medir grado de Disfunción Mandibular:**

Fue necesario adicionar una breve lista de comprobación para medir el grado en el que los TTM interfieren con algunas actividades, expresamente relacionadas con la función mandibular (p.ej, masticando). Esta información es de gran importancia clínica, y se construyó una lista de comprobación fácil para administrar y marcar, su fiabilidad y validez no han sido aún evaluadas.

En resumen, y por los motivos anteriormente descritos, los siguientes métodos fueron utilizados para la evaluación de pacientes TTM con respecto al Eje II:

(1) 7 preguntas del cuestionario para clasificar severidad de dolor crónico (Von Korff et al., presentado; Von Korff, en prensa).

(2) la depresión, síntoma vegetativo (artículos adicionales) y somatización de la SCL-90-R desarrollado por Derogatis (1983).

(3) Lista de comprobación de discapacidad de mandíbula basada en artículos comúnmente usados en TTM clínico. (Dworkin y Le Resche, 1992)

## 1.4 INTERPRETACION

### 1. Grado de Dolor Disfuncional Crónico

Grado 0: Ningún dolor de TTM en los seis meses previos  
 Grado I: Bajo Discapacidad - Dolor de Intensidad Bajo  
 Grado II: Discapacidad Baja - Dolor de Intensidad Alto  
 Grado III Discapacidad Alta - Limitación Moderada  
 Grado IV Discapacidad Alta - Limitación Severa

### 2. Depresión (SCL-90-R depresión y balanzas de síntomas vegetativos)

Normal (sin depresión)  
 Moderado  
 Severo

### 3. Síntomas no específicos físicos (SCL-90-R escala somatización)

Normal ((sin signos físicos no específicos)  
 Moderado  
 Severo

### 4. Disfunción Mandibular

Dworkin y cols, no proponen a ninguna clasificación en este tiempo.

## 1.4 CONSIDERACIONES

- (1) Los métodos deberán haber demostrado la fiabilidad y la validez.
- (2) Los métodos deberán proporcionar una clasificación clínicamente significativa de sujetos, incluso la disponibilidad de normas demográficas si es posible
- (3) La clasificación de sujetos deberá estar basada en algoritmos de tanteo simples que no requieren uso complejo de computador.
- (4) Los métodos deberán ser breves y convenientes para la administración por papel y prueba de lápiz, de forma personal o a través de entrevista telefónica.

## 2. ÍNDICE DE CALIDAD DE SUEÑO DE PITTSBURGH (PSQI)

Numerosos estudios epidemiológicos han puesto de manifiesto la elevada prevalencia de los trastornos del sueño en diferentes culturas y grupos de pacientes, se estima que alrededor de un tercio de la población presentará algún tipo de disfunción del sueño a lo largo de su vida. Este hecho ha dado lugar al desarrollo de multitud de instrumentos psicométricos con la intención de facilitar el diagnóstico de este tipo de problemas. Sin embargo, muchos de estos instrumentos carecen de una validación adecuada y pocos miden la “calidad del sueño”. Probablemente se debe a que la “calidad del sueño” es un fenómeno complejo, difícil de definir y difícil de medir con objetividad, en el que se integran aspectos cuantitativos (duración del sueño, latencia del sueño, número de despertares) y subjetivos del sueño. (Royuela A, y col 1997).

Daniel J. Buysse et al., diseñaron en 1988 el **Cuestionario de Calidad del Sueño de Pittsburgh**, intentando disponer de un instrumento capaz de analizar la calidad del sueño y que pudiera ser utilizado en ensayos clínicos, enseguida fue ampliamente utilizado y adoptado. (Royuela A, y col, 1997).

Este índice puede ser aplicado para examinar el curso y la historia natural para los desórdenes del sueño y vigilia. También se puede utilizar, de modo de determinar los trastornos y su interacción con otros síntomas durante el curso de enfermedades psiquiátricas tales como la depresión. Rodin et al (1988) publicó algunos estudios para examinar la interacción entre síntomas depresivos y trastornos del sueño de forma longitudinal. El PSQI es útil para medir tipos y severidad de alteraciones del sueño, junto con otras variables como edad, género, estado de salud y condiciones psiquiátricas, en conjunto con otras variables psicológicas. Por otra parte este índice puede ser utilizado para examinar los efectos longitudinales, de intervenciones terapéutica específicas para desórdenes psiquiátricos o desórdenes del sueño. Un ejemplo de esto es monitorizar la calidad del sueño durante el tratamiento de mantención de depresión con medicamentos o psicoterapia. (Buysse y col., 1988)

El PSQI se ha utilizado en diferentes estudios con pacientes que poseen trastornos témporomandibulares, ya que está comprobada la existencia de poseer una pobre calidad de sueño como una característica de pacientes con dolor crónico, donde es posible determinar la relación que existe entre calidad de sueño y síntomas de TTM asociados. (Yatani y col., 2002).

### 2.1 CARACTERÍSTICAS:

El PSQI es un cuestionario breve, sencillo, autoadministrado y bien aceptado por los pacientes. Consta de 19 ítems autoevaluados por el paciente y 5 preguntas evaluadas por el compañero/a de cama. Las cinco últimas preguntas son utilizadas como información clínica, pero no contribuyen a la puntuación total del PSQI.

Es capaz de orientar al clínico sobre los componentes del sueño más deteriorados. Permite la monitorización de los pacientes para: seguir la historia natural del trastorno del sueño que presentan; la influencia de la alteración del sueño sobre el curso de los procesos psiquiátricos; la respuesta a los tratamientos específicos, etc. Se puede utilizar como elemento de "screening" para detectar "buenos" y "malos" dormidores.

Los 19 ítems analizan los diferentes factores determinantes de la calidad del sueño, que se agrupan en 7 componentes:

1. Calidad del sueño,
2. Latencia del sueño,
3. Duración del sueño,
4. Eficiencia del sueño,
5. Alteraciones del sueño,
6. Uso de medicación para dormir
7. Disfunción diurna.

## **2.2 INTERPRETACIÓN:**

Cada componente se puntúa de 0 a 3. De la suma de los 7 componentes se obtiene la puntuación total del PSQI que oscila de 0 a 21 puntos (a mayor puntuación peor calidad de sueño). Buysse propone un punto de corte de 5 (>5 malos dormidores). (Royuela A. y col, 1997).

## **2.3 CONSIDERACIONES:**

Como instrumento autoadministrado puede ser difícil de aplicar en pacientes con bajo nivel cultural. El PSQI ofrece una medida estandarizada y cuantitativa de la calidad del sueño que rápidamente identifica a "buenos" y "malos" dormidores, pero no proporciona un diagnóstico, aunque orienta al clínico hacia las áreas del sueño más deterioradas. (Royuela A, y col, 1997).

Cuadro resumen de los instrumentos de medición utilizados en este estudio en Anexo 2

## 1. CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LA MUESTRA:

### Sexo:

La muestra se distribuye en 70,6%(n=36) de mujeres y 29.4%(n=15) de hombres.

### Edad:

La edad promedio corresponde a 32.176, con una ds=16.292

La edad mínima corresponde a 11 años y la edad máxima corresponde a 75 años, con una mediana de 28 años y moda de 16 años.

### Grado de instrucción :

El 19.6% (n=10) tiene o cursa estudios universitarios. El 39.2% (n=20) sus estudios son hasta 4to medio. Un 9.8% (n=5), cursa hasta 3ero medio, mientras que a 2ndo medio el 13.72 % (n=7) y 1ero medio 7.84% (n=4). En enseñanza básica, se divide en 1.96% (n=1), en 8vo, 3.92% (n=2) en 7mo, en 6to básico corresponde a 1.96% (n=1)., solo un 1.96% (n=1) terminó su educación en 4to básico.

### Estado civil:

En la muestra tenemos un 43.1%(n=22) de casados, 3.9%(n=2) casados sin convivir con su pareja y 52.9%(n=27) de solteros.

## 1. FACTORES DE RIESGO

### Antecedentes de enfermedades sistémicas:

En la muestra el 62.7%(n=32) no relata poseer antecedentes de enfermedades sistémicas, en comparación a un 37.3% (n=19) que si presenta.

### Antecedentes de traumatismos:

En la muestra el 88.2%(n=45 ) no relata poseer antecedentes de traumatismos, y un 11.8% (n=6) relata sí haber sufrido un traumatismo.

## 3. ALTERACIONES DE ATM

En la muestra el 98.8%(n=50) posee antecedentes de alteraciones en ATM, mientras que solo el 2%(n=1) no posee.

## 4. FRECUENCIAS

### Frecuencia de nivel de depresión:

En la muestra se divide sin depresión 54.9%(n=28), moderado 27.5%(n=14) y 17.6% (n=9) severo.

### Frecuencia de grado de somatización:

En la muestra se divide sin somatización 45.1%(n=23), moderado 33.3%(n=17) y 21.6%(n=11) severo.

**Frecuencia de grado de dolor disfuncional crónico:**

En la muestra se divide con dolor disfuncional crónico 76.5%(n=39) y sin presencia de dolor disfuncional crónico que corresponde a 23.5%(n=12).

**Frecuencia de disfunción mandibular**

En la muestra se divide leve 66.7%(n=34), moderado 29.4%(n=15) y 3.9%(n=2) que corresponde a severo nivel de disfunción mandibular.

**Frecuencia de trastornos del sueño (calidad del sueño):**

En la muestra se divide buena calidad del sueño con un 45.1%(n=23), y una mala calidad del sueño que corresponde a 54.9%(n=28).

**4. ANALISIS****TABLA N° I DESCRIPCIÓN DE NIVEL DE DEPRESIÓN SEGÚN SEXO**

		Sexo		Total
		Mujeres	Hombres	
Depresión	Normal	11	13	24
	Moderado	13	1	14
	Severo	12	1	13
	Total	36	15	51

Estos resultados no son significativos estadísticamente. (p=0.06)

**TABLA N° II DESCRIPCIÓN DE NIVEL DE DEPRESIÓN SEGÚN EDAD**

		Edad							Total
		11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80	
Depresión	N	11	5	4	4	0	0	0	24
	M	4	2	3	1	3	0	1	14
	S	3	2	1	3	3	0	1	13
	Total	18	9	8	8	6	0	2	51

Estos resultados no son significativos estadísticamente. (p= 0.302)

**TABLA N° III PRESENCIA DE DOLOR DISFUNCIONAL CRÓNICO SEGÚN SEXO**

		<b>Sexo</b>		
		<b>Mujeres</b>	<b>Hombres</b>	<b>Total</b>
<b>Dolor</b>	<b>Con</b>	<b>29</b>	<b>10</b>	<b>39</b>
	<b>Sin</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>12</b>
<b>Total</b>		<b>36</b>	<b>15</b>	<b>51</b>

**No existe asociación significativa entre sexo y dolor. (p =0.287)**

**TABLA N° IV PRESENCIA DE DOLOR DISFUNCIONAL CRÓNICO SEGÚN EDAD**

		<b>Edad</b>							
		<b>11-20</b>	<b>21-30</b>	<b>31-40</b>	<b>41-50</b>	<b>51-60</b>	<b>61-70</b>	<b>71-80</b>	<b>Total</b>
<b>Dolor D(f)x</b>	<b>con</b>	15	7	4	6	6	0	1	39
<b>crónico</b>	<b>sin</b>	3	2	4	2	0	0	1	12
	<b>Total</b>	18	9	8	8	6	0	2	51

**No existe asociación significativa entre edad y dolor. (p=0.793)**

**TABLA N°V DESCRIPCIÓN DE TRASTORNOS DEL SUEÑO SEGÚN SEXO**

		<b>Sexo</b>		
		<b>Mujeres</b>	<b>Hombres</b>	<b>Total</b>
<b>Calidad de sueño</b>	<b>Mala</b>	22	6	35
	<b>Buena</b>	14	9	16
<b>Total</b>		36	15	51

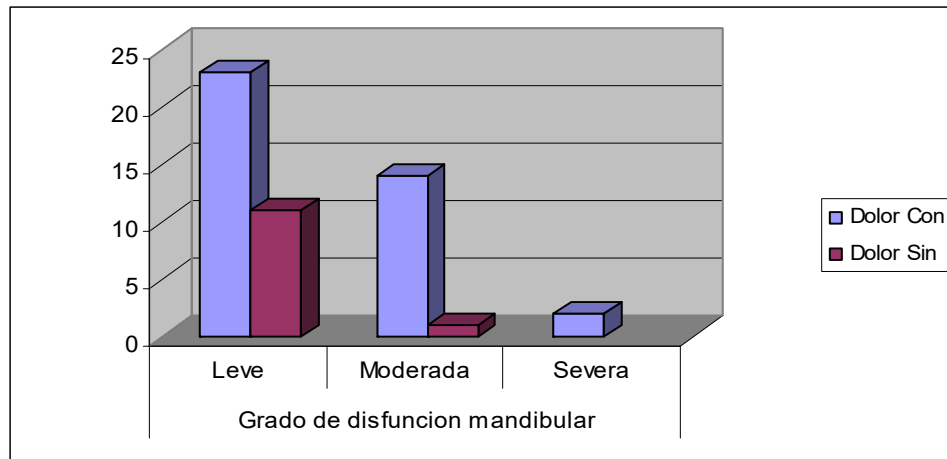
**No existe una relación significativa entre trastornos del sueño y sexo. (p=0.129)**

**TABLA N° VI DESCRIPCIÓN DE TRASTORNOS DEL SUEÑO SEGÚN EDAD**

		Edad							
		11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80	Total
Calidad de sueño	M	8	4	6	6	3	0	1	28
	B	10	5	2	2	3	0	1	23
Total		18	9	8	8	6	0	2	51

**No existe una relación significativa entre trastornos del sueño y edad**

**GRAFICO N° 1 RELACIÓN DE DISFUNCIÓN MANDIBULAR CON PRESENCIA DE DOLOR DISFUNCIONAL CRÓNICO**



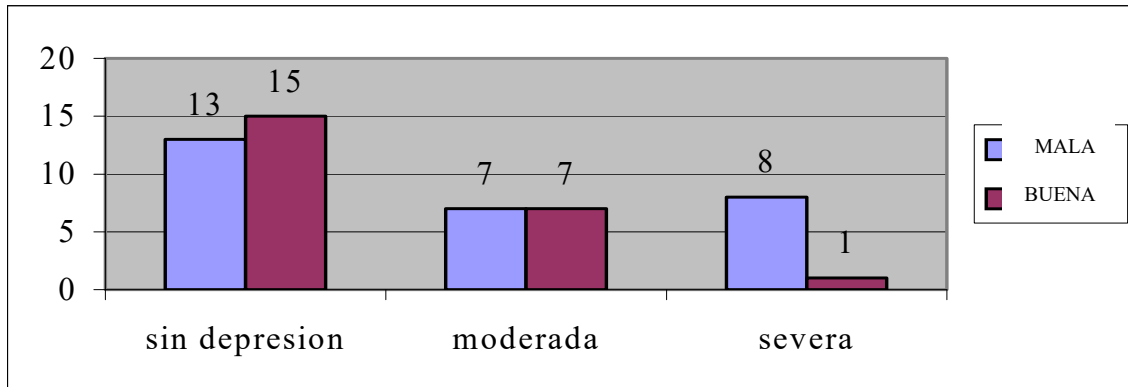
**No existe una relación significativa entre disfunción mandibular con presencia de dolor disfuncional crónico (p=0.108)**

**TABLA N° VII RELACIÓN TRASTORNOS DEL SUEÑO CON PRESENCIA DE DOLOR DISFUNCIONAL CRÓNICO**

		DOLOR DF(X) CRONICO		
		Con	Sin	Total
Calidad de sueño	Mala	20	8	28
	Buena	15	8	23
Total		35	16	51

**No existe asociación significativa. (p=0.634)**

**GRAFICO N°2 RELACIÓN TRASTORNOS DEL SUEÑO CON DEPRESIÓN**



**No hay significancia estadística en los resultados ( $p=0.075$ )**

Si comparamos algunos de los resultados obtenidos en el estudio a pesar de no ser significativamente estadísticos, podemos determinar :

La edad promedio según diversos estudios corresponde a personas menores de 45 años, (Locker & Slade 1988, Von Korff *et al.* 1988, Dworkin 1990, Agerberg & Inkapööl 1990, Duckro *et al.* 1990, Glass *et al.* 1993, Lipton *et al.* 1993, Goulet *et al.* 1995, LeResche 1997 citados por Sipila K, 2001), lo que se advierte en este estudio, ya que la edad promedio de la muestra fue de 32 años.

Al igual que en otros estudios las mujeres poseen un mayor grado de dolor disfuncional crónico asociado a los TTM, pudiendo ser parte de un síndrome doloroso generalizado. (Korszun *et al.* 1998 citado por Sipila K, 2001). Esto también es posible de asociarlo tanto al grado nivel de depresión, que también se manifiesta más en mujeres (Raphael *et al.* 2000, citado por Sipila K, 2001). En diversos estudios (Locker & Slade 1988, Von Korff *et al.* 1988, Dworkin *et al.* 1990, Lipton *et al.* 1993, Goulet *et al.* 1995, LeResche 1997, Kamisaka *et al.* 2000, Riley & Gilbert 2001, citados por Sipila K, 2001). y como se ha podido observar en esta investigación, las mujeres con dolor en TTM se encuentran en una relación de 2:1 con respecto a los hombres .

Al comparar la calidad de sueño con la edad y el sexo, determinamos que si existe una relación con el sexo, ya que las mujeres poseen una peor calidad de sueño, el grupo mayoritario de pacientes, en cuanto a edad este estudio (11-20 años) es levemente menor en comparación con otros estudios que los sitúan alrededor de la 3era y 4ta década, (Hirofumi Y y cols, 2002), sin embargo si observamos, el gran porcentaje de pacientes si se encuentra entre los 11 y los 40 años. Existe una comorbilidad entre trastornos del sueño, dolor disfuncional crónico y alteraciones psicológicas, en pacientes con TTM y DOF (Hirofumi Y y cols, 2002); que es posible de determinar también en este estudio, principalmente en la asociación entre calidad de sueño y dolor disfuncional crónico, más que con depresión, que resultaron se relacionaron en un menor grado, y se obtuvo un resultado inesperado, ya que los pacientes sin depresión presentaron una mala calidad de sueño.

A pesar de que en este caso la frecuencia de traumatismos fue baja, básicamente por el promedio de edad (32 años); siempre es necesario tomar en consideración este punto al momento del tratamiento de pacientes con TTM y DOF, si no responden efectivamente al tratamiento, es necesario incluir más exámenes para clarificar el rol del trauma (Sipila K y cols, 2001).

Se debe considerar el hecho de que el estudio se realizó en base a cuestionarios validados y con un grado de confiabilidad alto, apoyados por numerosos estudios, y cuya forma de analizar los datos está explicada de manera detallada; para la obtención de datos estandarizados, que pueden ser comparados.

Algo que cabe destacar en esta investigación corresponde al hecho que el criterio de inclusión fue determinado por la accesibilidad de los pacientes para participar en el estudio. Este hecho se puede deber al interés de los pacientes con respecto a la evaluación, o por otra parte el horario hacia imposible de asistir a los varones que trabajan en la Armada. Entonces debemos considerarlo como un factor importante, ya que determinó el tanto el tamaño y el sexo de la muestra para este estudio, la que en este caso está compuesta principalmente por mujeres y pacientes jóvenes.

Las implicancias clínicas que se revelan en esta investigación, señalan el hecho de que pacientes con TTM y DOF que presentan un niveles de depresión, somatización y trastornos del sueño importantes, por esto es necesario tenerlos en consideración, ya que es importante que el odontólogo que atiende a este grupo de pacientes, logre encontrar el tratamiento más apropiado para obtener el resultado más favorable (Epker J y col, 2000). Es decir el odontólogo debe considerar siempre la posibilidad de encontrarse frente a una psicopatología y si es necesario debe consultar con profesionales especializados en el área de la salud mental (Sipila K, y col, 2001). Por otra parte se conoce una asociación positiva entre los trastornos del sueño, y sintomatología psicológica en pacientes con TTM; sin embargo es difícil determinar cual es la patología que precede. En el estudio de Hirofumi y cols, 2002, se determinó que el dolor disfuncional crónico como las alteraciones psicológicas son factores de riesgo de los trastornos del sueño, en pacientes con TTM y DOF.

El objetivo del presente estudio consistió en determinar la prevalencia de depresión, somatización, trastornos del sueño y dolor disfuncional crónico en pacientes con TTM y DOF, y de los resultados obtenidos podemos concluir que:

1. En el estudio se obtuvo una relación de más de 2:1 con respecto a mujeres y hombres; la edad promedio fue de 32 años.
2. En relación a factores de riesgo, la mayor parte de la muestra no posee antecedentes de enfermedades sistémicas, ni antecedentes de traumatismos. Esto está determinado principalmente por la edad promedio de la muestra.
3. La muestra presenta un alto porcentaje (98.8%) de antecedentes de alteraciones en ATM, lo que se asocia con el hecho de que estos pacientes tuvieron el interés de participar en este estudio y el porqué son atendidos en la Especialidad de TTM y DOF.
4. Aunque el 54.9% de la muestra presentó no presentó depresión, es interesante observar que al asociar los niveles moderado y severo de depresión, corresponden a un 45.1%, que representa un alto porcentaje de pacientes afectados. Al analizar el dolor disfuncional crónico, la mayoría de los pacientes posee este síntoma y solo un 23.5%, esta libre de él. La somatización de los signos y síntomas se encuentra principalmente en los rangos de sin somatización y moderado. La disfunción mandibular se expresa mayoritariamente en un grado leve, lo que resulta interesante al compararlo con el alto nivel de alteración articular que determinaron los pacientes. Se obtuvo mayoritariamente resultados de una mala calidad del sueño (54.9%).
5. Los resultados entregados en lo referido a nivel de depresión moderado o severo, la presencia de dolor disfuncional crónico y trastornos del sueño (mala calidad) se presentaron mayoritariamente en mujeres. En cuanto a la edad para la depresión, dolor disfuncional crónico y los trastornos del sueño, se distribuye principalmente entre la 1era y 4ta década de vida. Ambos aspectos (sexo y edad) tienen relación con las características de la muestra.
6. El dolor disfuncional crónico, se asocia a la discapacidad social que provocan los TTM y DOF. En este caso un gran porcentaje de los pacientes presenta dolor crónico pero su disfunción mandibular es leve; podría tratarse de una sobrevaloración de su dolor o el hecho de haberse habituado a vivir con estas patologías.

Al relacionar los trastornos del sueño con dolor disfuncional crónico se obtuvo que mayor cantidad de pacientes con una mala calidad de sueño presentaban dolor. Por otra parte, no existen grandes diferencias entre la calidad de sueño de los pacientes sin depresión y con depresión moderada, solamente es posible determinar que pacientes con grado de depresión severa presentan una mala calidad de sueño. Concluimos entonces que entre trastornos del sueño, depresión y dolor disfuncional crónico, existe

una relación en pacientes con TTM y DOF, aunque en este estudio no sean significativos los resultados en este estudio.

La finalidad este seminario de tesis fue conocer la prevalencia de depresión, somatización, dolor disfuncional crónico y trastornos del sueño en pacientes con TTM y DOF, además de determinar si existen las posibles relaciones entre estos factores y las características sociodemográficas de los pacientes que asisten a la Especialidad de TTM y DOF en la Central Odontológica de la Armada en Viña del Mar.

Con este objetivo se aplicaron dos cuestionarios: Ficha de Dworkin (que mide dolor disfuncional crónico, depresión, somatización y disfunción mandibular, junto con características sociodemográficas) y el cuestionario PSQI para trastornos del sueño (calidad) a 51 pacientes de la Especialidad.

Según los resultados obtenidos sobre la muestra es posible determinar que la mayoría de los pacientes fue de sexo femenino, en relación de 2:1 con respecto al masculino., la edad promedio fue de 32 años. En lo referido a nivel de depresión moderado o severo, la presencia de dolor disfuncional crónico y trastornos del sueño (mala calidad) se presentaron mayoritariamente en mujeres. En cuanto a la edad para la depresión, dolor disfuncional crónico y los trastornos del sueño, se distribuye principalmente entre la 1era y 4ta década de vida.

Aunque el análisis estadístico no entregó diferencias significativas, sin embargo existen porcentaje importante de pacientes con TTM y DOF que presentan algún grado de depresión (moderado o severo), además de somatización y trastornos del sueño, y es interesante para el odontólogo conocer sobre este componente biopsicosocial.

Después de haber realizado este estudio, consideramos necesario lo siguiente:

Analizar el papel que posee la variable de edad, con respecto a los antecedentes de traumatismos y enfermedades sistémicas, ya que los resultados dependerán del grupo etario al que se le realice el estudio.

Con respecto cuestionario de Dworkin:

Realizarlo a pacientes que se encuentren en terapia psicológica e ir evaluando por un periodo de tiempo determinado si existen cambios tanto a nivel de TTM como de sus niveles de depresión y somatización.

Por otra parte es importante destacar que este criterio diagnóstico no solo determina características psicológicas, sino que posee un componente físico (Eje I), el cual tiene una calibración exigente y con una comprobada confiabilidad inter-examinador.

En relación al cuestionario PSQI:

Este cuestionario, posee varios ítems(componentes), que sería interesante de analizar la evolución que presentan para determinar si se presencian cambios, según sea el avance en la terapia psicológica o en el tratamiento del TTM.

4. El trabajo interdisciplinario en este tipo de estudios es realmente necesario, tanto para continuar investigando sobre las relaciones entre características psicológicas y los TTM, como para llegar a un exitoso tratamiento.

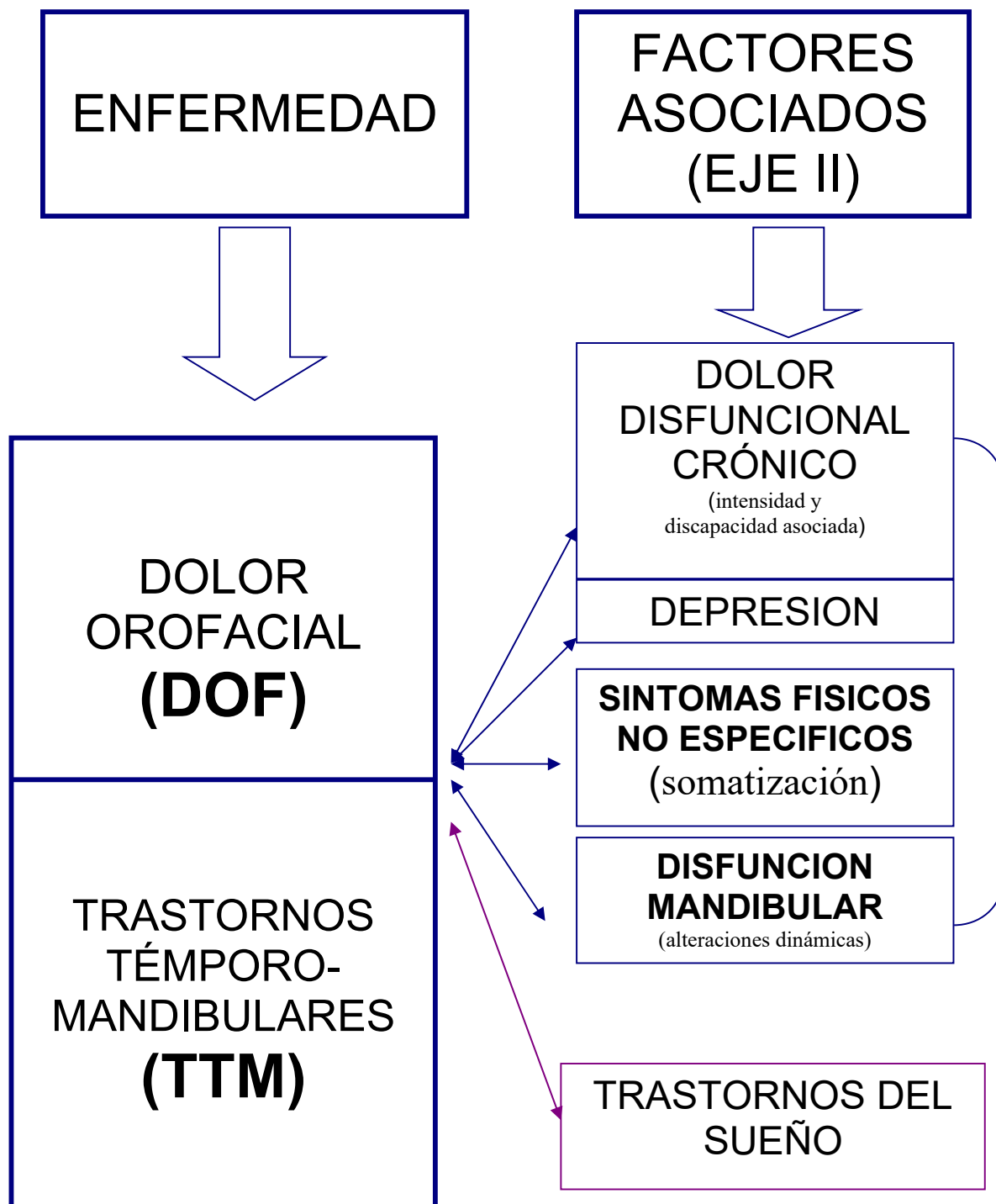
- ◆ Auerbach, SM; Laskin, DM; Frantsve, LM; Orr, T ( 2001): Depression, pain, exposure to stressful life events, and long-term outcomes in temporomandibular disorder patients. *J. Oral Maxillofac. Surg.* 59(6) 628-33
- ◆ Blanco, J.; Mateos, R.; Rodríguez, A. (2002): Epidemiología de los trastornos del sueño en población general de edad avanzada. Una revisión bibliográfica. Departamento de Psiquiatría Facultad de Medicina. Universidad de Santiago de Compostela Rúa Ramón Baltar S/N15706 Santiago De Compostela. Coruña. España.
- ◆ Buysse, DJ; Reynolds, CF; Monk, T; Berman, S; Kupfer, D (1988): The Pittsburgh sleep quality index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatric Research* 28 193-213
- ◆ CIE 10 (1992): Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid. Masson S.A.
- ◆ Dworkin, SF; LeResche, L (1992): Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: review, criteria, examinations and specifications, critique. *J Craniomandib. Disord.* 6( 4) 301-55
- ◆ Dworkin, SF; Huggins, KH; 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. *J Orofac. Pain* 16(1): 48-63
- ◆ Dworkin, SF; Sherman, J; Mancl, L; Ohrbach, R; LeResche, L; Truelove, E (2002): Reliability, validity, and clinical utility of the research diagnostic criteria for temporomandibular disorders axis II scales: depression, non-specific physical symptoms, and graded chronic pain. *J. Orofac. Pain* 16 207-220
- ◆ Epker, J; Gathchel RJ (2000): Coping profile differences in the biopsychosocial functioning of patients with temporomandibular disorder. *Psychosom Med* 62(1) 69-75
- ◆ Friction, J (2002): Development of orofacial pain programs in dental school. *J. Orofac. Pain* 16 191-197
- ◆ Fuentenebro F; Vázquez C.(1990): Psicología médica, psicopatología y psiquiatría. Madrid. McGraw-Hill.
- ◆ Lindroth, JE; Schmidt, JE; Carlson, CR ( 2002): A comparison between masticatory muscle pain patients and intracapsular pain patients on behavioral and psychosocial domains. *J. Orofac. Pain* 16 277-283
- ◆ List, T; Dworkin, SF (1996): Comparing diagnoses and clinical findings at Swedish and US TMD centers using research diagnostic criteria for temporomandibular disorders. *J Orofac. Pain* 10(3) 240-53
- ◆ Meeder, W; Díaz, C; Sebastián I. (1999): Algias orofaciales de origen no odontogénico. Trabajo de investigación para optar al título de Cirujano-Dentista de la Universidad de Valparaíso.

- ◆ Meeder, W; Ibaceta, G; Torres, J (2001): Bruxismo y Estrés. Trabajo de investigación para optar al título de Cirujano-Dentista de la Universidad de Valparaíso.
- ◆ Navarro, JF; Vera, F; Maldonado, E : Evaluación de la calidad de los sueños en estudiantes universitarios. Facultad de Psicología, Universidad de Málaga, España
- ◆ Okeson JP (1999): Factores Psicológicos y dolor orofacial: Eje II. En: Dolor orofacial según Bell 5ta. Edición. Editorial Quintessence S.L. España pp: 457-478
- ◆ Okeson JP (1999): Etiología de trastornos funcionales del sistema masticatorio. En: Tratamiento de oclusión y afecciones temporomandibulares 4ta.Edición. Editorial Harcourt. España pp: 149-172
- ◆ Pehling, J; Schiffman, E; Look, J; Shaefer, J; Lenton, P; Friction, J (2002): Interexaminer reliability and clinical validity of the temporomandibular index: a new outcome measure for temporomandibular disorders. J. Orofac. Pain 16(4) 296-304
- ◆ Peñarrocha M (1997): Introducción al estudio del dolor orofacial. En: Dolor orofacial, etiología, diagnóstico y tratamiento. Editorial Masson, España pp: 1-16
- ◆ Pichot P (1995): DSM IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona. Masson S. A.
- ◆ Revista de Psicología *Universitas Tarraconensis* Sumario: Vol. XXII (1-2/2000)
- ◆ Royuela Rico, A.; Macías Fernández, J. A.\*\* \* Jefe de Sección de Asistencia Psiquiátrica y Drogodependencias; Servicio Territorial de Sanidad y Bienestar Social- Junta de Castilla y León. Soria. \*\* Jefe de Sección de Psiquiatría. Hospital Universitario de Valladolid. Valladolid. (1997) Propiedades clinimétricas de la versión castellana del cuestionario de Pittsburgh Volumen 9 - Número 2 / Junio-Diciembre
- ◆ Sipila, Kirsi: Facial pain and temporomandibular disorders. Department of Prosthetic Dentistry and Stomatognathic Physiology, Institute of Dentistry , Department of Public Health Science and General Practice, and Department of Psychiatry, University of Oulu. OULU 2002
- ◆ Sipila, K.; Veijola, J; Jokelainen, J; Jarvelin, M; Oikarinen, K; Raustia, K; Raustia ,A (2001): Association between symptoms of temporomandibular disorders and depression: an epidemiological study of the Northern Finland 1966 Birth Cohort. Cranio 19(3) 183-7.
- ◆ Smith, BH; Penny, KL; Purves, AM; Muuro, C; Wilson, B; Grimshaw, J; Chambers, WA; Smith, WC (1997): The chronic pain grade questionnaire: validation and reliability in postal research. Pain 71 (2) 141-7
- ◆ Yap, AU; Tan, KB; Hoe, JK; Yap, RH; Jaffar, J (2001): On-line computerized diagnosis of pain-related disability and psychological status of TMD patients: a pilot study. J. Oral Rehabil 28(1) 78-87

- ◆ Yap, AU; Tan, KB; Chua, EK; Tan, HH (2002): Depression and somatization in patients with temporomandibular disorders. P Prosthet. Dent.88(5): 479-84
- ◆ Yap, AU; Chua EK; Hoe JK (2002): Clinical TMD, pain related- disability and psychological status of TMD patients. J. Oral Rehabil. 29(4) 374-80
- ◆ Yap, AU; Dworkin, SF; Chua, EK; List, T; Tan, KB; Tan, HH (2003): Prevalence of temporomandibular disorder subtypes, psychologic, distress, and psychosocial dysfunction in Asian patients. J. Orofac. Pain 17(1) 21-8
- ◆ Yatani, H; Studs, J; Cordova, M; Carlson, CR; Okeson, J (2002): Comparison of sleep quality and clinical and psychologic characteristics in patients with temporomandibular disorders. J. Orofac. Pain 16 221-228
- ◆ Yunheon, S (1995): Craniomandibular index study on the improvement of the craniomandibular index in the assessment of craniomandibular disorders. J. of Korean Academy of oral Medicine 15(1) 45-56
- ◆ <http://www.sedcydo.com>
- ◆ <http://www.perso.wanadoo.es>
- ◆ <http://www.mhsip.org>
- ◆ <http://www.qolid.org/public/list/index.html>
- ◆ <http://www.sdm.buffalo.edu/PainCenter/RDC-TMD/html>
- ◆ <http://assessments.ncspearson.com/assessments/tests/sci90r.htm>
- ◆ <http://www.rdc-tmdinternational.org/>
- ◆ <http://www.faes.es/bipfaes/tests>
- ◆ [http://www.medicinainformación.com/psq\\_test\\_varios.htm](http://www.medicinainformación.com/psq_test_varios.htm)
- ◆ <http://www.vigilia-sueño.org/revista/artículos/09-2/art1.htm>:
- ◆ <http://www.psico.fcep.urv.es>
- ◆ <http://www.nuccadickholtzsr.com/cfs/sld022.htm>
- ◆ <http://www.psicología-online.com/htm>
- ◆ [http://www.biopsicología.net/fichas/page\\_2357.html](http://www.biopsicología.net/fichas/page_2357.html)
- ◆ [http://www.med.uchile.cl/otros/dra\\_ancic/capítulo11.html](http://www.med.uchile.cl/otros/dra_ancic/capítulo11.html), Estudios Durante el Sueño\*(Traducción de la editora) P. John Rees.
- ◆ <http://www.virtual.unal.edu.co/cursos/medicina/51860/lecciones/glosario/htm>
- ◆ <http://www.psiquiatria.com/interpsiquis2002/5860>
- ◆ <http://195.101.204.50:443/public/SCL-90-R.html>

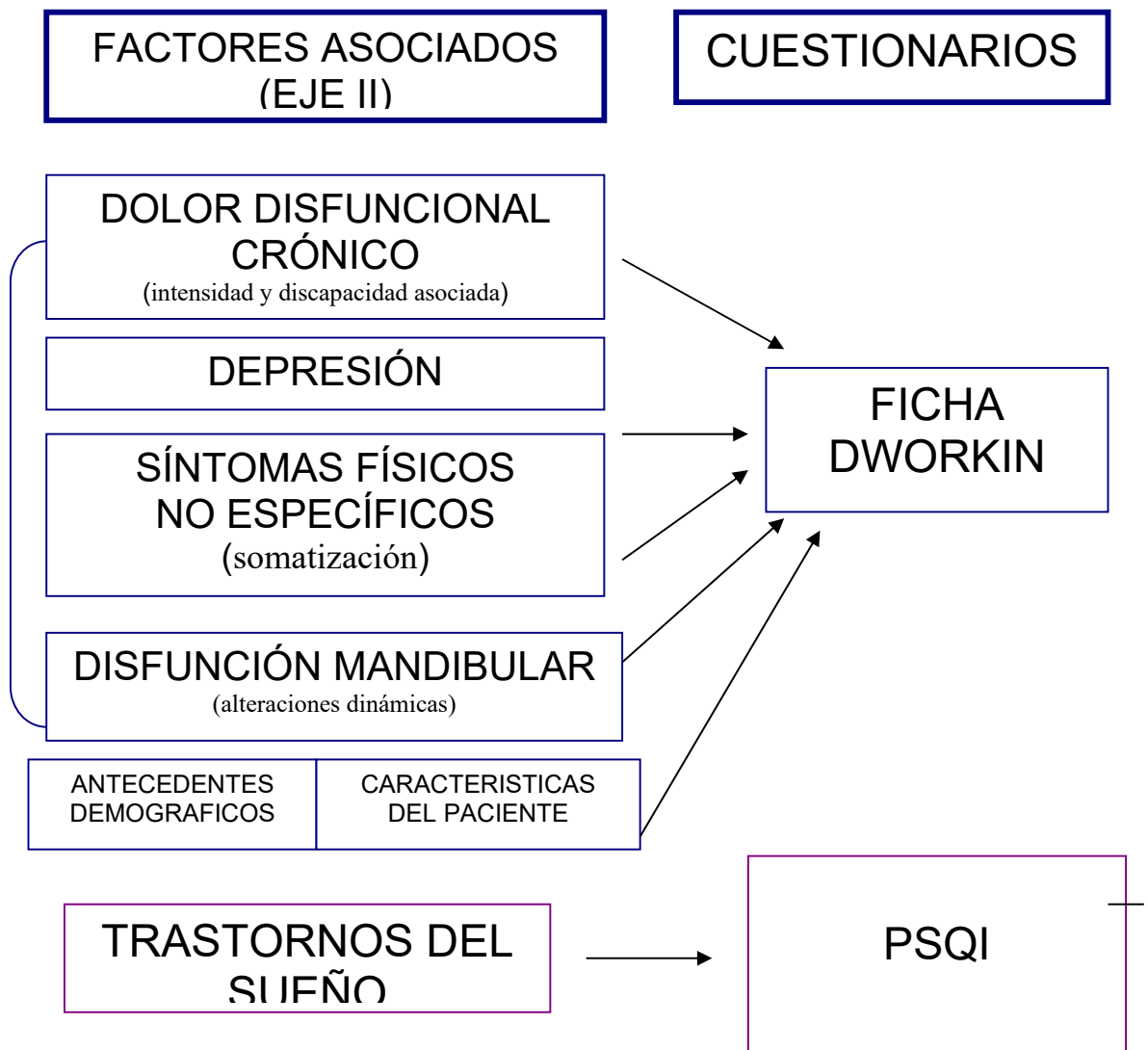
- ◆ <http://www.depression.cl>  
<http://depts.washington.edu/rcdrc/pub.html>

**ANEXO 1: CUADRO RESUMEN DE RELACION TTM Y DOF CON FACTORES ASOCIADOS**



**ANEXO 2: CUADRO RESUMEN DE INSTRUMENTOS DE MEDICION UTILIZADOS EN ESTE ESTUDIO**

# DOF Y TTM



### ANEXO 3 :CUESTIONARIO DWORKIN

Nombre:\_\_\_\_\_ Fecha:\_\_\_\_\_ N°Ficha:\_\_\_\_\_

Por favor lea y responda cada una de las siguientes preguntas. Encierre con un círculo solo una respuesta para cada pregunta.

1. ¿Diría Ud. que en general su salud es: excelente, muy buena, buena, regular o deficiente?

- |            |   |
|------------|---|
| Excelente  | 1 |
| Muy buena  | 2 |
| Buena      | 3 |
| Regular    | 4 |
| Deficiente | 5 |

2. ¿Diría Ud que en general su salud oral es: excelente, muy buena, buena, regular o deficiente?

- |            |   |
|------------|---|
| Excelente  | 1 |
| Muy buena  | 2 |
| Buena      | 3 |
| Regular    | 4 |
| Deficiente | 5 |

3. ¿Ha tenido Ud. dolor de: cara, mandíbula, sienes, frente a los oídos, o en los oídos durante el último mes?

- |    |   |    |   |   |
|----|---|----|---|---|
| No | 0 | Si | 1 | (Sí <b>NO</b> ha tenido dolor en el último mes ir a la pregunta 14) |
|----|---|----|---|---|

4a. ¿Hace cuántos años comenzó su dolor facial, por primera vez?  
\_\_\_\_\_ años.

(Si es menos de un año colocar 00) (Si es uno o más años ir a la pregunta 5)

4b. ¿Hace cuántos meses comenzó su dolor facial, por primera vez? \_\_\_\_\_ meses

5. ¿Es su dolor facial persistente, recurrente o fue un problema de solo una vez?

- |             |   |
|-------------|---|
| Persistente | 1 |
| Recurrente  | 2 |
| Una vez     | 3 |

6. ¿Ha visitado Ud., alguna vez al médico, dentista, quiropráctico u otro profesional de la salud debido a su dolor facial?

- |                           |   |
|---------------------------|---|
| NO                        | 1 |
| Si en los últimos 6 meses | 2 |
| Si hace más de 6 meses    | 3 |



**b.** ¿Siente usted un ruido arenoso o de roce en su articulación cuando abre o cierra la boca, o al masticar? No 0 Si 1

**c.** ¿Le han dicho o se ha dado cuenta por sí mismo de que aprieta o rechina sus dientes mientras duerme? No 0 Si 1

**d.** ¿Sabe Ud. si aprieta o rechina los dientes durante el día?  
No 0 Si 1

**e.** ¿Tiene dolor o rigidez mandibular cuando despierta en las mañanas?  
No 0 Si 1

**f.** ¿Ha sentido ruidos o zumbido en sus oídos?  
No 0 Si 1

**g.** ¿Ha sentido su mordida incómoda o diferente?  
No 0 Si 1

**16a.** ¿Ha tenido artritis reumatoídea, lupus, psoriasis, síndrome de Sjogren o cualquier otra enfermedad artrítica sistémica? No 0 Si 1

**16b.** ¿Sabe Ud., si algún miembro de su familia ha tenido o tiene alguna de las enfermedades mencionadas antes? No 0 Si 1

**16c.** ¿Ha tenido o tiene Ud., algún tipo de hinchazón o dolor en otras articulaciones además de la Articulación Temporomandibular (frente de sus oídos)? No 0 Si 1 (Sí **No** ha tenido inflamación o dolor articular ir a la pregunta **17 a**)

**16d.** Si este es un dolor persistente, ¿Ha tenido el dolor por lo menos durante un año?  
No 0 Si 1

**17a.** ¿Ha tenido algún traumatismo en su cara o mandíbula recientemente? No 0 Si 1 (Sí su respuesta es **NO** ir a la preg. 18 )

**17b.** ¿Tenía Ud., dolor mandibular antes del traumatismo? No 0 Si 1

**18.** ¿En los últimos 6 meses ha sufrido Ud. de dolores de cabeza o migrañas? No 0 Si 1

19. ¿Cuál (es) de la(s) siguiente(s) actividad(es) ha(n) sido limitada(s) debido a su problema mandibular?

	NO	SI
a. Masticar		
b. Beber		
c. Ejercitar		
d. Comer alimentos duros		
e. Comer alimentos blandos		
f. Sonreír/ reírse		
g. Actividad sexual		
h. Lavarse los dientes o la cara		
i. Bostezar		
j. Tragar		
k. Conversar		
l. Apariencia facial habitual		

20. En el último mes, indique cuánto se ha sentido molesto por:

	nada	muy poco	media na	basta nte	Extre ma dame nte
	0	1	2	3	4
a. Dolores de cabeza					
b. Pérdida de interés o placer sexual					
c. Sensación de desmayos o mareos					
d. Dolores en el corazón o pecho					
e. Sentirse con poca energía o lento					
f. Pensar en la muerte o en morir					
g. Falta de apetito					
h. Llorar fácilmente					
i. Sentirse culpable					
j. Dolores en la espalda baja					
k. Sentirse solo					
l. Sentimiento de tristeza					
m. Preocuparse mucho por las cosas					
n. No sentir interés por las cosas					
o. Nauseas o molestia en el estómago					

	nada	Muy poco	media na	Basta nte	extre mada mente
<b>p.</b> Dolores musculares					
<b>q.</b> Dificultad para dormirse					
<b>r.</b> Falta de aire					
<b>s.</b> Cambios repentinos de temperatura en el cuerpo					
<b>t.</b> Adormecimiento u hormigueo en ciertas partes del cuerpo					
<b>u.</b> Sentir como si tuviera un nudo en la garganta					
<b>v.</b> Sentimiento sin esperanza en el futuro					
<b>w.</b> Sentirse débil en partes del cuerpo					
<b>x.</b> Sensaciones de pesadez en sus brazos y piernas					
<b>y.</b> Pensamientos de poner fin a su vida					
<b>z.</b> Comer demasiado					
<b>aa.</b> Despertarse muy temprano por la mañana					
<b>bb.</b> Dormir inquieto o trastornado					
<b>cc.</b> Sentir que todo lo que hace es un esfuerzo					
<b>dd.</b> Sentir que Ud no vale nada					
<b>ee.</b> Sentirse atrapado					
<b>ff.</b> Sentimientos de culpabilidad					

**21.** ¿Qué tan buen trabajo realiza Ud. para mantener su salud en general?

- Excelente 1
- Muy bueno 2
- Bueno 3
- Regular 4
- Deficiente 5

**22.** ¿Qué tan buen trabajo realiza Ud. para cuidar su salud oral?

- Excelente 1
- Muy bueno 2
- Bueno 3
- Regular 4
- Deficiente 5

**23.** Fecha de nacimiento: D\_\_\_ M\_\_\_ A \_\_\_\_\_

**24.** Sexo:      Masculino 1    Femenino 2

**25.** ¿Cuál es su más alto grado de instrucción?

Ninguno o Jardín de Infancia 00

Enseñanza Básica o Primaria 1 2 3 4 5 6 7 8

Enseñanza Media o Bachillerato 1 2 3 4 (medio)

Universitaria: Incompleta 1 Completa 2 Politécnico 3

**26a.** En las últimas 2 semanas, ¿Realizo Ud, algún tipo de trabajo o negocios a excepción de quehaceres domésticos? Incluya trabajos y negocios familiares no remunerados. Si 1 No 2 [Si la respuesta es afirmativa ir a la pregunta 27]

**26b.** Aún sí no trabajó en las últimas dos semanas, ¿Tuvo Ud. algún negocio o trabajo? Si 1 No 2 [Si la respuesta es afirmativa ir a la pregunta 27]

**26c.** En las últimas dos semanas, ¿estuvo buscando trabajo o fue despedido?

Si. Buscando trabajo	1
Si, Despedido	2
Si, tanto despedido como buscando trabajo	3
No	4

**27.** Estado civil: Casado (conviviendo con su pareja) 1

Casado (sin convivir con su pareja)	2
Viudo	3
Divorciado	4
Separado	5
Soltero	6

## ANEXO 4: EJE II CRITERIOS DE MEDICION

### 1. CLASIFICAR SEVERIDAD DE DOLOR CRÓNICO

Intensidad de Dolor Característica(**IDC**): resultado 0 a 100 derivado de la pregunta 7 a 9:

Promedio de [Dolor Ahora Mismo (preg7)+ Peor Dolor (preg8)+Dolor Medio(preg9)] X 10

El Resultado de Invalidez (**RI**): resultado 0 a 100 sacado de Preguntas 11-13:

Promedio de [Actividades Diarias (preg11)+ Actividades Sociales(preg12)+ Actividades de Trabajo(Preg 13)] X 10

**Puntos de Invalidez(PI) =**

Resultado Puntos indicados durante Días de Invalidez (**DI**)(Pregunta 10).+ Puntaje de Invalidez (**PJI**)

<b>Días de Invalidez (DI) (0-180)</b>		<b>Puntaje de Invalidez (PJI) (0-100)</b>	
<b>0-6 DÍAS</b>	<b>0 PUNTOS</b>	<b>0 -29</b>	<b>0 PUNTOS</b>
<b>7-14 DÍAS</b>	<b>1 PUNTO</b>	<b>30-49</b>	<b>1 PUNTO</b>
<b>15-30 DÍAS</b>	<b>2 PUNTOS</b>	<b>50-69</b>	<b>2 PUNTOS</b>
<b>31 + DÍAS</b>	<b>3 PUNTOS</b>	<b>70 +</b>	<b>3 PUNTOS</b>

### CLASIFICACIÓN

Grado 0: Ningún dolor de TMD en seis meses previos

Grado I: Bajo Discapacidad - Dolor de Intensidad Bajo: IDC<50 y menos de 3 PI

Grado II: Discapacidad Baja - Dolor de Intensidad Alto: IDC> o igual a 50 y menos de 3 PI

Grado III Discapacidad Alta - Limitación Moderada: 3 a 4 PI, independiente de IDC

Grado IV Discapacidad Alta - Limitación Severa: 5 a 6 PI, independiente de IDC

## 2 CLASIFICACIÓN DE DEPRESION Y SOMATIZACIÓN:

Use el resultado de escala, que se obtiene sumando los artículos relacionados con depresión y somatización (con y sin presencia de dolor) y dividiendo en el número de artículos contestados, según patología. Si menos que dos terceras partes de los artículos son contestado, ponga el resultado de escala a la Normal (sin depresión)

### SCL-90-R (COMO MODIFICADO)

	NORMAL	MODERADO	SEVERO
Depresión (incluidos síntomas vegetativos)	<0.535	0.535 a <1.105	1.105 +
Síntomas No específicos Físicos artículos de dolor incluidos	<0.500	0.500 a <1.000	1.000 +
Síntomas No específicos Físicos artículos de dolor excluidos	<0.428	0.428 a <0.857	0.857 +

## 3. LISTA DE COMPROBACIÓN DE DISFUNCIÓN MANDIBULAR:

Para este caso se propuso una escala de medición que consistía en determinar la cantidad de respuestas afirmativas, y establecer el resultado dentro un rango que determinaba si la limitación de la función mandibular correspondía a leve, moderada o severa

LEVE: 0 a 4 respuestas afirmativas  
MODERADO: 5 a 7 respuestas afirmativas  
SEVERO : 8 a 12 respuestas afirmativas

### Eje II: Perfil del Paciente

1. Grado de Dolor Crónico (0 - 4) \_\_\_\_\_
2. Nivel de Depresión: Normal Moderado Severo
3. Escala de Síntomas físicos no específicos: Normal Moderado Severo
4. Disfunción Mandibular: Leve Moderado Severo

## ANEXO 5: PSQI

Nombre \_\_\_\_\_ fecha \_\_\_\_\_

### INSTRUCCIONES:

Las siguientes preguntas son enfocadas a sus hábitos de sueño exclusivamente del último mes. Sus respuestas deberán indicar la situación que describa mejor la realidad durante el último mes. Por favor conteste a todas las preguntas.

1. ¿A qué hora solía acostarse por la noche?
2. ¿Cuánto tiempo (en minutos) le ha costado quedarse dormido?
3. ¿A qué hora se levanta habitualmente por la mañana?
4. ¿Cuántas horas de sueño real ha mantenido por las noches? (puede ser diferente del número de horas que estuvo acostado)

Para cada una de las siguientes preguntas, marque la mejor respuesta. Por favor conteste todas las preguntas.

5. ¿Cuán seguido ha tenido problemas para dormir debido a que....

(a) no puede dormirse en 30 minutos

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> No durante el último mes          | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 o 2 veces por semana   |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 o menos veces por semana semana | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3 o más veces por semana |

(b) Se despierta en la mitad de la noche o muy temprano

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> No durante el último mes          | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Una o dos veces por semana  |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 o menos veces por semana semana | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tres o más veces por semana |

(c) Se ha levantado para ir al baño

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> No durante el último mes   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Una o dos veces por semana  |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 o menos veces por semana | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tres o más veces por semana |

(d) no poder respirar cómodamente

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> No me ha ocurrido          | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Una o dos veces por semana  |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 o menos veces por semana | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tres o más veces por semana |

(e) toser y roncar muy fuerte

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> No durante el último mes   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Una o dos veces por semana  |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 o menos veces por semana | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tres o más veces por semana |

(f) siente mucho frío

- No durante el último mes  
  Menos de una vez

- Una o dos veces por semana  
  Tres o más veces por semana

(g) siente mucho calor

- No durante el último mes  
  1 o menos veces por semana

- Una o dos veces por semana  
  Tres o más veces por semana

(h) ha tenido pesadillas

- No durante el último mes  
  1 o menos veces por semana

- Una o dos veces por semana  
  Tres o más veces por semana

(i) ha tenido dolores

- No durante el último mes  
  1 o menos veces por semana

- Una o dos veces por semana  
  Tres o más veces por semana

(j) alguna otra razón, por favor escriba:

---

---

¿Cuán seguido, durante el último mes ha tenido problemas para dormir, por la razón que describió?

- No durante el último mes  
  1 o menos veces por semana

- Una o dos veces por semana por semana  
  Tres o más veces por semana

6. Durante el último mes, ¿cómo catalogaría su calidad de su sueño?

- Muy bien  
  Bien  
  Mal  
  Muy mal

7. ¿Cuán seguido ha tomado medicamentos (prescritos o no) para ayudarse a dormir?

- No las he necesitado  
  1 o menos veces por semana

- Una o dos veces por semana  
  Tres o más veces por semana

8. ¿Cuán seguido ha tenido problemas para mantenerse despierto mientras maneja, come o en actividades sociales?

- No durante el último mes  
  1 o menos veces por semana

- Una o dos veces por semana  
  Tres o más veces por semana

9. ¿Cuánto le ha costado mantener el entusiasmo suficiente para realizar actividades o hacer cosas?

- Ningún problema
- Un pequeño problema
- Un problema poco mayor
- Un gran problema

10. ¿Tiene usted pareja o compañero/a de habitación?

- No tengo pareja ni compañero/a de habitación
- Si tengo pero duerme en otra habitación
- Si tengo, pero duerme en la misma habitación y distinta cama
- Si tengo y duerme en la misma cama

Si usted tiene pareja o compañero/a de habitación con el que duerme, pregúntele con qué frecuencia, durante el último mes, ha tenido usted:

(a) ronquido fuertes

- No durante el último mes
- 1 o menos veces por semana
- Una o dos veces por semana
- Tres o más veces por semana

(b) largas pausas entre las respiraciones mientras dormía

- No durante el último mes
- 1 o menos veces por semana
- Una o dos veces por semana
- Tres o más veces por semana

(c) temblor o sacudidas de las piernas mientras dormía

- No durante el último mes
- 1 o menos veces por semana
- Una o dos veces por semana
- Tres o más veces por semana

(d) episodios de desorientación o confusión durante el sueño

- No durante el último mes
- 1 o menos veces por semana
- Una o dos veces por semana
- Tres o más veces por semana

## ANEXO 6 : RESULTADOS PSQI

**Componente 1:** calidad subjetiva del sueño , pregunta 6

Respuesta	Resultado
Muy bien	0
Bien	1
Mal	2
Muy mal	3

Puntaje Componente 1: \_\_\_\_\_

**Componente 2:** latencia del sueño (pregunta 2+5a) , pregunta 2

Respuesta	Resultado
Menos 15min.	0
16-30	1
31-60	2
+61	3

Puntaje Respuesta 2: \_\_\_\_\_

**Pregunta 5 A**

Respuesta	Resultado
No durante el último mes	0
Menos de 1 veces por semana	1
1 a 2 veces por semana	2
3 o mas veces por semana	3

Puntaje Respuesta 5A \_\_\_\_\_

Suma puntaje respuesta 2 y 5A \_\_\_\_\_

Puntaje	Resultado
0	0
1-2	1
3-4	2
5-6	3

Puntaje Componente 2 \_\_\_\_\_

**Componente 3:** duración del sueño, corresponde a pregunta 4

Respuesta	Resultado
Mas 7 hrs	0
6-7	1
5-6	2
Menos 5	3

Puntaje Componente 3 \_\_\_\_\_

**Componente 4:** eficiencia habitual del sueño

Corresponde al puntaje obtenido del resultado de la pregunta 4 dividido por la resta entre las preguntas 3 y 1 en porcentaje.  $(Pje\ 4 / pje3 - pje1) \times 100$

1. escriba número de horas dormidas: \_\_\_\_\_ (pregunta 4)
2. calcule el número de horas que estuvo en la cama (pregunta 3 - pregunta 1)
3. calcule  $1/2 \times 100 =$  \_\_\_\_\_ % (% eficiencia habitual sueño)
4. según el % obtenido dar puntaje correspondiente

Respuesta	Resultado	
Mas 85%	0	
75-84%	1	
65-74%	2	
Menos 65%	3	Puntaje Componente 4 _____

**Componente 5:** alteraciones del sueño

Se obtiene del resultado de la suma de las preguntas: 5b, 5c, 5d, 5e, 5f, 5g, 5h, 5i, 5j

Respuesta	Resultado
No durante el último mes	0
Menos de 1 veces por semana	1
1 a 2 veces por semana	2
3 o mas veces por semana	3

**Componente 6:** uso de medicación para dormir

Corresponde al puntaje obtenido de la pregunta 7

**Componente 7:** disfunción diurna

Es el resultado del puntaje que se obtiene de la suma de las preguntas 8 y 9.

**PUNTUACIÓN GLOBAL**

Es la suma de los puntajes de los componentes 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 7

**INTERPRETACIÓN**

Cada componente se puntúa de 0 a 3. De la suma de los 7 componentes se obtiene la puntuación total del PSQI que oscila de 0 a 21 puntos (a mayor puntuación peor calidad de sueño). Si la suma es sobre 5, el paciente es un mal dormidor.

## **ANEXO 7**

UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO  
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA  
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA  
CÁTEDRA DE OCLUSIÓN

Estimado Paciente:

Se le ha solicitado contestar ambos cuestionarios, de manera de poder realizar una efectiva y acuciosa evaluación de su problema. Por esta razón es que se le solicita responder las siguientes preguntas.

Este estudio será realizado por alumnos de tesis de la Escuela de Odontología de la Universidad de Valparaíso: Alma Amarilla E. y Constanza Vidal M.

Todos los datos obtenidos en esta encuesta serán confidenciales y solamente serán utilizados con fines de investigación en esta área.

Muchas Gracias