



Universidad
Norbert Wiener

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE ODONTOLOGÍA**

Tesis

Severidad de trastornos temporomandibulares y su relación con el estado
psicosomático de pacientes edéntulos parciales que asisten a una clínica
odontológica de la ciudad de Lima, 2025

**Para optar el Título Profesional de
Cirujano Dentista**

Presentado por:

Autor: López Sifuentes, Kevin Robin

Código ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-9541-5230>

Asesor: Dr. Gómez Carrión, Christian Esteban

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9698-3176>

Lima – Perú

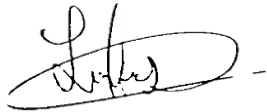
2026

 Universidad Norbert Wiener	DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN		
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01	FECHA: 08/11/2022


Yo, Kevin Robin Lopez Sifuentes egresado de la Facultad de **Ciencias de la Salud** y Programa Académico de **Odontología** de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo de investigación **“Severidad de trastornos temporomandibulares y su relación con el estado psicossomático de pacientes edéntulos parciales que asisten a una clínica odontológica de la ciudad de Lima, 2025”** Asesorado por el docente: Gómez Carrión, Christian Esteban DNI 41540958 ORCID <https://orcid.org/0000-0001-9698-3176> tiene un índice de similitud de 14/ CATORCE % con código :::14912:535597894 verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:

1. Se ha mencionado todas las fuentes utilizadas, identificando correctamente las citas textuales o paráfrasis provenientes de otras fuentes.
2. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquella señalada en el trabajo.
3. Se autoriza que el trabajo puede ser revisado en búsqueda de plagios.
4. El porcentaje señalado es el mismo que arrojó al momento de indexar, grabar o hacer el depósito en el turnitin de la universidad y,
5. Asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión en la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas del reglamento vigente de la universidad.



.....
 Firma de autor 1
KEVIN ROBIN LOPEZ SIFUENTES
 DNI: 75931086

.....

 Firma
Christian Esteban Gómez Carrión
 DNI: 41540958

Lima, 22 de Enero del 2026

MIEMBROS DEL JURADO

Presidente: Dra. Rosa Milagros Cabero Manchego

Secretario: Mg. Roxana Pilar Velasquez Velasquez

Vocal: Mg. Alfonso Faustino Chumpitazi Huapaya

Dedicatoria

Dedico esta tesis a Dios, fuente de sabiduría y fortaleza, por iluminar mi camino en los momentos de duda y por darme la serenidad necesaria para continuar. Sin Su guía, este sueño no habría encontrado rumbo ni sentido.

A mis padres, por su amor inmenso y sus sacrificios silenciosos. Por enseñarme que la perseverancia vence cualquier obstáculo y que todo esfuerzo vale la pena cuando se hace con el corazón.

A mi prometida, compañera de alma y refugio en los días difíciles. Gracias por creer en mí cuando las fuerzas flaqueaban y por acompañarme con paciencia, amor y esperanza en cada paso de este camino.

A mi hijo, mi mayor inspiración, razón de mi entrega y motor de mis anhelos. En su sonrisa hallé la motivación para seguir adelante y el recordatorio constante de que todo vale la pena por amor.

A mis hermanos y a sus familias, por su apoyo sincero y su presencia constante. Cada palabra, gesto y aliento fue una chispa que mantuvo viva mi determinación.

Con todo mi amor y gratitud.

Agradecimiento

Quiero expresar mi más profundo y sincero agradecimiento a mi profesor, por su orientación sabia y su compromiso inquebrantable. Sus enseñanzas trascendieron lo académico y se convirtieron en lecciones de vida que siempre llevaré conmigo.

Índice general

Dedicatoria	iv
Agradecimiento	v
Índice general	vi
Índice de tablas	viii
Resumen	ix
Abstract	x
Introducción	xi
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	1
1.1 Planteamiento del problema	1
1.2.1 Problema general	3
1.2.2 Problemas específicos	3
1.3.1 Objetivo general	3
1.3.2 Objetivos específicos	4
1.4 Justificación	4
1.4.1 Teórica	4
1.4.2 Metodológica	4
1.4.3 Práctica	5
1.5 Limitaciones de la investigación	5
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	6
2.1 Antecedentes de la investigación	6
2.2 Bases teóricas	10
2.3. Formulación de hipótesis	15
2.3.1. Hipótesis general	15
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	16
3.1. Método de la investigación	16
3.2. Enfoque de la investigación	16
3.4. Diseño de la investigación	16
3.5. Población, muestra y muestreo	17
3.5.1 Población	17
3.5.2 Criterios de selección	17
3.5.3 Muestra	17

3.5.4 Muestreo	22
3.6. Variables y operacionalización	23
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	24
3.7.1. Técnica	24
3.7.2. Descripción de instrumentos.....	25
3.7.3. Validación	27
3.7.4. Confiabilidad.....	27
3.8. Procesamiento y análisis de datos.....	28
3.9. Aspectos éticos.....	28
CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	30
4.1. Resultados.....	30
4.1.1. Análisis descriptivo de los resultados.....	30
4.1.2. Análisis inferencial	38
4.2. Discusiones	42
CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	45
REFERENCIAS.....	49
Anexo 1: Matriz de consistencia.....	57
Anexo 2: Instrumento de recolección de datos	58
Anexo 3: Aprobación del Comité de Ética	63
Anexo 4: Formulario de consentimiento informado.....	64
Anexo 5: Carta de presentación	65
Anexo 6: Constancia de realización de estudio de campo.....	66
Anexo 7: Informe de Turnitin.....	67

Índice de tablas

Tabla 1 Severidad de trastornos temporomandibulares y su relación con el estado psicossomático de pacientes edéntulos parciales que asisten a una clínica odontológica de la ciudad de Lima, 2025.	30
Tabla 2 Severidad de TTM y el estado psicossomático dimensión ansiedad de pacientes edéntulos parciales.	32
Tabla 3 Severidad de TTM y el estado psicossomático dimensión ansiedad de pacientes edéntulos parciales.	34
Tabla 4 Severidad de TTM y el estado psicossomático dimensión depresión de pacientes edéntulos parciales.	36
Tabla 5. Prueba de Rho de Spearman entre severidad de trastornos temporomandibulares y el estado psicossomático.	38
Tabla 6. Prueba de Rho de Spearman entre severidad de TTM y el estado psicossomático dimensión ansiedad.	39
Tabla 7. Prueba de Rho de Spearman entre severidad de TTM y el estado psicossomático dimensión estrés.	40
Tabla 8. Prueba de Rho de Spearman entre severidad de TTM y el estado psicossomático dimensión depresión.	41

Resumen

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre la severidad de trastornos temporomandibulares y su relación con el estado psicossomático de pacientes edéntulos parciales que asisten a una clínica odontológica de la ciudad de Lima, 2025. Se realizó una tesis cuantitativa, básica, no experimental, transversal y relacional; se evaluó a 80 pacientes edéntulos parciales de una clínica odontológica de Lima, 2025; la relación se realizó con la prueba rho de Spearman. Se encontró que, el 77.5% de los evaluados presenta un estado psicossomático funcional, mientras que el 20.0% evidencia un estado leve y solo el 2.5% uno moderado. Entre quienes no presentan signos ni síntomas de TTM, la gran mayoría (89.3%) mantiene un estado funcional, y únicamente un 10.7% presenta leve afectación. En los casos leves de TTM, predominan los sujetos con estado funcional (72.5%), seguidos de un 23.5% con leve compromiso y un 3.9% con afectación moderada. Finalmente, el único caso de TTM moderado presenta un estado psicossomático leve (100%). El análisis arrojó un coeficiente $Rho = 0.236$ con un valor de significancia $p = 0.035$, lo que indica la existencia de una correlación positiva y significativa, a medida que aumenta la severidad del TTM, incrementa los niveles de manifestaciones psicossomáticas en los participantes. Sin embargo, el coeficiente sugiere que la relación es débil, evidenciando que otros factores podrían estar influyendo en la presencia de síntomas psicossomáticos además del grado de severidad del trastorno. Por tanto; los resultados obtenidos evidencian una relación significativa entre la severidad del trastorno temporomandibular (TTM) y las manifestaciones psicossomáticas de los pacientes.

Palabras clave: Trastornos de la articulación temporomandibular, arcada parcialmente edéntula, clínicas odontológicas, trastornos psicofisiológicos.

Abstract

The aim of this study was to determine the relationship between the severity of temporomandibular disorders and their relationship with the psychosomatic status of partially edentulous patients attending a dental clinic in Lima, 2025. A quantitative, basic, non-experimental, cross-sectional thesis with a relational; 80 partially edentulous patients from a dental clinic in Lima, 2025, were evaluated; the statistical significance of the relationship was determined using Spearman's non-parametric rho test. It was found that 77.5% of those evaluated presented a functional psychosomatic state, while 20.0% presented a mild state and only 2.5% a moderate state. Among those who did not present signs or symptoms of TMD, the vast majority (89.3%) maintained a functional state, and only 10.7% presented mild impairment. In mild cases of TTM, subjects with a functional state predominate (72.5%), followed by 23.5% with mild impairment and 3.9% with moderate impairment. Finally, the only case of moderate TTM presents a mild psychosomatic state (100%). The statistical analysis yielded a coefficient of $Rho = 0.236$ with a significance value of $p = 0.035$, indicating the existence of a positive and significant correlation: as the severity of TTM increases, so do the levels of psychosomatic manifestations in participants. However, the coefficient suggests that the relationship is weak, indicating that other factors could be influencing the presence of psychosomatic symptoms in addition to the severity of the disorder. Therefore, the results obtained show a significant relationship between the severity of temporomandibular disorder (TMD) and the psychosomatic manifestations of patients.

Keywords: Temporomandibular joint disorders, jaw edentulous partially, dental clinics, psychophysiologic disorders.

.Introducción

En 2025, los trastornos temporomandibulares (TTM) siguen siendo una causa principal de dolor orofacial y limitación funcional en clínicas de Lima. En pacientes edéntulos parciales, la pérdida dentaria altera la oclusión y la carga articular, favoreciendo la aparición o el agravamiento de TTM. A la vez, el estado psicossomático ansiedad, depresión, somatización y estrés modula la percepción del dolor y la respuesta terapéutica. Aunque la evidencia sugiere una relación bidireccional entre TTM y variables psicossomáticas, pocos datos locales en edéntulos parciales. Este estudio describe la severidad de los TTM y examina su asociación con el estado psicossomático en adultos edéntulos parciales atendidos en una clínica odontológica de Lima. Los resultados orientarán tamizaje, rehabilitación protésica y apoyo psicossocial integrados, optimizando la atención y los desenlaces clínicos.

Este informe final detalla cuidadosamente la metodología seguida durante la investigación. En el capítulo I, titulado "El problema", se abordan las inquietudes relacionadas con las variables estudiadas, se analiza el contexto global, nacional y regional, y se explica por qué se llevó a cabo el estudio, incluyendo también sus limitaciones. El capítulo II se centra en el marco teórico, proporcionando las bases conceptuales que sustentan las variables analizadas. En el capítulo III, dedicado al marco metodológico, se describe con claridad el enfoque adoptado, el tipo y diseño de la investigación, así como las características de los métodos y herramientas utilizadas para la recolección de datos. Los hallazgos obtenidos se presentan en el capítulo IV, acompañados de una discusión profunda que permite interpretar los resultados. A partir de allí, se formulan recomendaciones prácticas y se exponen las conclusiones generales del estudio. Finalmente, se incluye un conjunto de anexos que respalda el proceso de recopilación de información, junto con la bibliografía consultada a lo largo del trabajo.

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema

Los trastornos temporomandibulares (TTM), un grupo heterogéneo de trastornos musculoesqueléticos caracterizados por dolor y/o disfunción del sistema estomatognático (3), constituyen una amplia categoría de trastornos que perturban clínicamente a la musculatura masticatoria, la articulación temporomandibular (ATM) y los tejidos y estructuras de soporte asociados (1,2). Los TTM afectan a entre el 10% y el 30% de la población mundial, pero sólo el 15% de los afectados reconoce que necesita tratamiento (4). Además, comparten muchas características epidemiológicas y etiopatogénicas con los síndromes somáticos funcionales (5), y la mayoría de los afectados son mujeres (70% o más). Además, las pacientes femeninas presentan una mayor tendencia a la cronicidad y síntomas más frecuentes y graves (6).

Se cree que la oclusión contribuye al desarrollo de los TTM (7). Los dientes restantes pueden desplazarse como consecuencia de la falta prolongada de apoyo oclusal, alterando los contactos oclusales y aumentando el riesgo de TTM (8). Se establecen mecanismos de adaptación para compensar la desalineación, aunque muchos pacientes pueden adaptarse a posiciones condilares u oclusales que no son las ideales cuando se pierden los dientes, especialmente los posteriores (9). Esto puede provocar problemas que afecten a la articulación

temporomandibular de forma unilateral o bilateral, con la consiguiente manifestación de ruido articular y dolor a nivel de la sintomatología asociada a largo plazo (10).

Asimismo, estudios epidemiológicos en Latinoamérica han demostrado que el DTM afecta a más del 50% de la población, con un 75% que ha tenido síntomas, un 33% que tiene algunos síntomas y un 5% que requiere tratamiento (11). Dado que la incidencia de TTM en el Perú es comparable a la reportada a nivel mundial, varios autores de todo el mundo recomiendan realizar más estudios para obtener más datos sobre este problema de salud pública (12).

Se sabe que la etiología y el mantenimiento de los TTM están significativamente influenciados por variables psicosociales, particularmente en relación con la adaptación al dolor y su recuperación. El subgrupo de TTM de origen muscular y dolor orofacial crónico está fuertemente asociado a características psicológicas y conductuales como la somatización, el estrés, la ansiedad y la depresión (13). A la inversa, hay pruebas que relacionan el estrés con varias enfermedades, como la hipertensión arterial, la osteoporosis, la aterosclerosis, la diabetes, la ansiedad, la inmunosupresión, los trastornos temporomandibulares, la depresión inclusive el progreso de cáncer (14).

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema general

¿Qué relación existe entre la severidad de trastornos temporomandibulares y el estado psicosomático de pacientes edéntulos parciales que asisten a una clínica odontológica de la ciudad de Lima, 2025?

1.2.2 Problemas específicos

¿Cuál es la relación entre la severidad de TTM y el estado psicosomático dimensión ansiedad de pacientes edéntulos parciales?

¿Cuál es la relación entre la severidad de TTM y el estado psicossomático dimensión estrés de pacientes edéntulos parciales?

¿Cuál es la relación entre la severidad de TTM y el estado psicossomático dimensión depresión de pacientes edéntulos parciales?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general

Determinar la relación entre la severidad de trastornos temporomandibulares y su relación con el estado psicossomático de pacientes edéntulos parciales que asisten a una clínica odontológica de la ciudad de Lima, 2025.

1.3.2 Objetivos específicos

Identificar la relación entre la severidad de TTM y el estado psicossomático dimensión ansiedad de pacientes edéntulos parciales.

Identificar la relación entre la severidad de TTM y el estado psicossomático dimensión estrés de pacientes edéntulos parciales.

Identificar la relación entre la severidad de TTM y el estado psicossomático dimensión depresión de pacientes edéntulos parciales.

1.4 Justificación de la investigación

1.4.1 Teórica

Los TTM son condiciones músculo-esqueléticas multifactoriales explicadas por el modelo biopsicosocial. En pacientes edéntulos parciales, la pérdida dentaria altera la dimensión vertical, la estabilidad oclusal y la carga condilar, aumentando la actividad muscular y el riesgo de TTM más severos. El estado psicossomático estrés, ansiedad, depresión y somatización modula la percepción del dolor, la tensión muscular y hábitos parafuncionales como el bruxismo, potenciando la gravedad de los TTM mediante sensibilización central. La

clasificación DC/TMD integra dominios psicosociales porque condicionan discapacidad, respuesta terapéutica y pronóstico, por lo que su evaluación es imprescindible. Estudiar en Lima-2025 la relación entre severidad de TTM y estado psicossomático en edéntulos parciales permite identificar subgrupos de alto riesgo y planificar rehabilitación protésica con intervenciones conductuales integradas. Teóricamente, abordar ambos ejes reduce dolor, mejora función y calidad de vida, y optimiza el uso de recursos en la clínica odontológica.

1.4.2 Metodológica

Adopta un enfoque cuantitativo, correlacional y transversal, dado que busca establecer la relación de las variables en pacientes edéntulos parciales. Se justifica metodológicamente porque el diseño permite analizar, mediante instrumentos validados, la asociación entre variables clínicas y psicológicas en un momento determinado, sin manipularlas. Esta metodología posibilita obtener evidencia objetiva y estadísticamente significativa sobre cómo los factores emocionales pueden influir en la intensidad de los TTM, contribuyendo al diagnóstico integral y al desarrollo de estrategias terapéuticas interdisciplinarias en el ámbito odontológico.

1.4.3 Práctica

Radica en la necesidad de comprender cómo la severidad de los trastornos temporomandibulares influye en el estado psicossomático de los pacientes edéntulos parciales, con el fin de optimizar el abordaje clínico integral. En la práctica odontológica, esta relación permite identificar factores emocionales y físicos que inciden en la función masticatoria, el dolor y la calidad de vida. Además, aporta evidencia útil para el diseño de protocolos de atención interdisciplinaria entre odontólogos y profesionales de la salud mental. De este modo, se busca promover intervenciones preventivas y terapéuticas más efectivas, que favorezcan el bienestar global del paciente y mejoren los resultados clínicos en las clínicas odontológicas de Lima.

1.5 Limitaciones de la investigación

Temporal: Se desarrolló en junio y agosto del 2025, por lo que los resultados reflejaron únicamente la situación de los pacientes edéntulos parciales atendidos en ese periodo. Esto implicó que las variaciones en la severidad de los trastornos temporomandibulares y en el estado psicósomático que pudieron presentarse en meses posteriores no fueron contempladas, limitando la posibilidad de analizar la evolución o tendencia temporal de estas variables.

Limitación espacial: La investigación se realizó exclusivamente en una clínica odontológica de la ciudad de Lima, lo cual limitó la generalización de los hallazgos a otras regiones o instituciones con diferentes características sociodemográficas, culturales o de atención odontológica. Por tanto, los resultados se interpretaron dentro del contexto específico del entorno clínico seleccionado.

Limitación de recursos: El estudio contó con recursos humanos, materiales y financieros limitados, lo que condicionó el tamaño muestral y la posibilidad de aplicar instrumentos diagnósticos más avanzados. Asimismo, la recolección de datos dependió de la disponibilidad de los pacientes y del tiempo asignado por la clínica para la ejecución de la investigación, lo cual pudo influir en la amplitud y profundidad del análisis.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

Internacionales:

Yap et al. (15), 2024 en China el objetivo fue “*Comparar los estados psicológicos y la calidad de vida relacionada con la salud bucal (OHRQoL) entre pacientes con diferente gravedad de Trastornos temporomandibular (DTM)*”, Se reclutaron pacientes adultos (≥ 18 años) con y sin DTM (controles). La presencia y gravedad de los DTM se establecieron con el Índice anamnésico de Fonseca (FAI), y los diagnósticos de DTM se confirmaron con los Criterios diagnósticos para DTM (DC/TMD). Los estados psicológicos y la OHRQoL se examinaron con las Escalas de depresión, ansiedad y estrés-21 y el Perfil de impacto en la salud bucal para DTM (OHIP-TMD). Los datos se sometieron a pruebas de chi-cuadrado, Kruskal-Wallis/U de Mann-Whitney y correlación de Spearman ($\alpha = .05$). Se evaluaron 961 participantes de $32,99 \pm 13,14$ años (71,19% mujeres). Sin DTM/controles (12,07%), DTM leve (24,56%), DTM moderado (40,37%) y DTM grave (23,00%), se encontró niveles más altos de depresión, ansiedad, estrés y peor OHRQoL que sus contrapartes sin DTM o con DTM leve ($p < .001$). Se observaron correlaciones moderadas a fuertes entre las puntuaciones FAI y

DASS-21/OHIP-TMD ($r_s = 0,42-0,72$). Concluyeron que los pacientes con TMD moderado/grave presentaron niveles significativamente más altos de trastornos psicológicos.

Chuinsiri et al. (16), 2023 en Tailandia el objetivo fue *“Investigar la prevalencia de trastornos temporomandibulares (TTM) relacionados con el dolor autoinformados y su asociación con el estado psicológico en un entorno de clínica dental”*. En este estudio transversal, se pidió a los pacientes que completaran un cuestionario de detección del dolor relacionado con los trastornos temporomandibulares y el cuestionario de salud del paciente 4 (PHQ-4). Se analizaron las correlaciones entre los síntomas de los trastornos temporomandibulares relacionados con el dolor y las puntuaciones del PHQ-4 utilizando la prueba de correlación de Spearman. Se compararon los síntomas de los trastornos temporomandibulares relacionados con el dolor entre cuatro grupos de participantes con diferentes perfiles psicológicos utilizando la prueba de Kruskal-Wallis. El nivel de significancia se ajustó utilizando la prueba de Dunn-Bonferroni. La prevalencia de TMD autoinformados relacionados con el dolor fue del 22,2 %. La puntuación de dolor de TMD se correlacionó positivamente con la puntuación del PHQ-4. Los grupos de ansiedad alta y de comorbilidad tuvieron puntuaciones de dolor de TMD significativamente más altas que los controles. Conclusión: Hubo una alta prevalencia de TMD relacionados con el dolor auto-reportados, que se correlacionó con las puntuaciones en todas las escalas de evaluación psicológica. Los síntomas de TMD relacionados con el dolor fueron significativamente mayores en pacientes con puntuaciones altas de ansiedad, independientemente del nivel de depresión

Almutairi et al. (17), 2023 en Arabia Saudita el objetivo fue *“Determinar la prevalencia de los trastornos temporomandibulares (TTM) y su asociación con el malestar psicológico en la región central de Arabia Saudita”*. En la metodología se elaboró un estudio transversal, se les pidió que completaran un cuestionario de detección de dolor de TTM, el Cuestionario de salud

del paciente-4 (PHQ-4) y la Escala de trastorno de ansiedad generalizada (GAD-7). Las correlaciones entre los síntomas de TTM relacionados con el dolor y las puntuaciones PHQ-4 y GAD-7 se analizaron utilizando la prueba de correlación de Spearman. Se calcularon frecuencias y porcentajes para sexo, edad, TTM, PHQ-4, GAD-7 y respuestas al cuestionario de detección de dolor de TTM. Se realizó una prueba de chi-cuadrado. La mayoría de los encuestados (59,4%) informaron al menos un síntoma de TTM relacionado con el dolor. La puntuación de dolor de TTM se correlacionó positivamente con las puntuaciones PHQ-4 y GAD-7. Concluyeron que los residentes que experimentaron niveles elevados de angustia psicológica presentaron significativamente más síntomas de TMD relacionados con el dolor. Estos hallazgos implican una relación entre la angustia psicológica y los síntomas de TMD.

Omezli et al. (18), 2023 en Turquía buscó *“Evaluar la relación entre los signos/síntomas de ansiedad-depresión, los factores sociodemográficos, los hábitos parafuncionales, el bruxismo y la presencia y gravedad de los síntomas del TTM en adultos turcos”*, se utilizó un cuestionario en línea que constaba de preguntas sociodemográficas, el índice anamnésico de Fonseca y el Cuestionario de Salud del Paciente-4, se evidenció que la edad de los 2580 participantes fue de $35,29 \pm 12,70$ años y el 63,3% fueron mujeres. La frecuencia de los participantes que presentaron síntomas de TMD fue del 69,8%. La gravedad de los síntomas de TMD fue significativamente mayor en los participantes que presentaron signos/síntomas de ansiedad y depresión ($p < 0,05$). Los datos sociodemográficos y psicológicos mostraron una asociación con el sexo (OR 1,52, intervalo de confianza (IC) del 95% 1,26-1,85), signos/síntomas de ansiedad (OR 2,30, IC del 95% 1,76-3,00) y signos/síntomas de depresión (OR 1,90, IC del 95% 1,48-2,42). Concluyeron que las mujeres y aquellos que reportan bruxismo, hábitos parafuncionales y signos/síntomas de ansiedad-depresión tienen mayor probabilidad de presentar síntomas de TMD con diferente severidad.

Hernández -Reyes et al. (19), 2020 en Cuba el propósito de su trabajo fue “*determinar la caracterización clínica y severidad de los trastornos temporomandibulares en pacientes adultos*” se realizó un estudio descriptivo trasversal, se seleccionó una muestra no probabilística de 77 pacientes con TTM. Los resultados mostraron que las mujeres con edades entre 40 y 49 años eran más frecuentes. El grado moderado de disfunción destacó como el principal. Los ruidos articulares fueron la manifestación clínica más común, presentándose en el 71,4% de los pacientes estudiados. Concluyen que las características clínicas y la gravedad de los trastornos temporomandibulares permiten identificar un predominio femenino de 40 a 49 años, con disfunción moderado. La manifestación clínica primaria de la mayoría de los pacientes fueron ruidos articulares.

Nacionales:

Benavente (20), 2024 Pimentel en su trabajo establecieron “*Determinar la prevalencia de las disfunciones temporomandibulares en pacientes atendidos en consulta dental-Chiclayo;2023*”, Se trata de una investigación cuantitativa, descriptivo, no experimental y trasversal. La población estuvo constituida por todos los pacientes que solicitaron atención odontológica en el Centro Odontológico Coronel y en el Centro Odontológico SuDSaluD. Se manejó el índice anamnésico simplificado de Fonseca (IASF) como herramienta de recolección de datos. Se evidenció que el 72,7% de los pacientes que consultaron al dentista tenían TTM. En cuanto a la gravedad, el 48,5% presentaba niveles de TTM inferiores al umbral, en el 52,3% de las mujeres y en el 41,1% de los hombres, y según edad, el 52,8% de los pacientes de 18 a 24 años y el 46,4% de 25 años o más tenían TTM. Conclusiones: La disfunción temporomandibular estuvo presente en más de la mitad de los pacientes en la clínica odontológica Chiclayo en el año 2023.

Sánchez (21), 2023 Lima en su tesis propuso “*Determinar la relación entre los trastornos temporomandibulares y el edentulismo parcial en pacientes que acuden al Centro Odontológico de la Universidad Privada Norbert Wiener en Lima en 2023*”. Este estudio utilizó un abordaje cuantitativo y una hipótesis derivada, utilizando un diseño transversal, no experimental, de investigación observacional correlacional. La muestra del estudio consistió en 169 pacientes. El 34,1% fueron mujeres adultas con trastornos temporomandibulares (TTM) leves, el 20% eran varones adultos. Además, el 1,2% de los varones adultos y el 9,4% de las mujeres adultas presentaban un TTM moderado. El 8,2% y el 6,5% del grupo de adultos de más edad presentaban TTM, respectivamente. Por el contrario, un porcentaje menor de jóvenes el 2,4% de las mujeres. Según un análisis del coeficiente Chi-Cuadrado de Pearson, concluyen una relación estadísticamente entre las anomalías dentales temporales y el edentulismo parcial en los pacientes tratados en 2023 ($p = 0,000 < 0,05$).

González et al. (22), 2023 en Huancayo buscó “*Asociar el trastorno temporomandibular y el edentulismo en pacientes que acuden al consultorio odontológico Odam La Salle, Arequipa 2022*”. El estudio utilizó la siguiente metodología científica: diseño básico, no experimental, nivel de regresión, transversal y prospectivo; se seleccionaron 108 pacientes mediante un test aleatorio probabilístico simple. Se manejó la observación, junto con una hoja de recogida de datos en la que se utilizó el índice de Hétkimo para valorar el TTM y el examen clínico odontológico, para valorar la clasificación de Kennedy. De ellos, el 19,4% presentaba TTM severo grado 1, el 27,8% TTM severo grado 2 y el mismo porcentaje TTM severo grado 3. En cuanto al movimiento mandibular, la mayoría tienen apertura máxima de 40 mm o más. Por el contrario, según la función de la ATM, el 38% tiene ruidos articulares o una desviación de la apertura de más de 2 mm o más. En el estado muscular, el 43,5% son sensibles al tacto en tres zonas diferentes. Según el estado actual de la ATM, el 37% tiene sensibilidad a la palpación posterior (unilateral o bilateral). Según la ATM, el 39,8% de los pacientes presentan

movimiento mandibular indoloro. Con un valor P de 0,000000, se concluye que el edentulismo está asociado a TTM.

2.2 Bases teóricas

2.2.1. Trastorno temporomandibular

Tras la publicación de un estudio inicial de Goodfriend en 1933, la nomenclatura de TTM se dio a conocer en 1930. A este estudio continuo Costen, en 1934, que puso de relieve que las preocupaciones de los pacientes iban más allá de los síntomas artríticos habituales (23).

Se han utilizado diferentes juicios para categorizar, diagnosticar, tratar e identificar la causa de los TTM. Schwartz acuñó el término «síndrome de dolor por disfunción temporomandibular» en 1955. El término «disfunción de la articulación temporomandibular» fue acuñado posteriormente por Ramfjord y Ash. Se utilizaron varios términos, como mioartropía de la articulación temporomandibular y enfermedad oclusomandibular, para caracterizar los posibles componentes causales. Además, varios mencionaron afecciones penosas, como el síndrome de dolor por disfunción temporomandibular y el síndrome de disfunción dolorosa. Según algunos especialistas, el término trastornos craneomandibulares sería más apropiado, ya que los anteriores son demasiado limitantes (23).

Sonidos articulares, apertura bucal anormal, asimetría facial, molestias articulares y auditivas, cefaleas migrañosas y maloclusión dental son algunos de los muchos síntomas que componen los TTM, un trastorno multifactorial (24).

Los pacientes con TTM presentan una amplia gama de síntomas. Después de los problemas dentales, los TTM son la causa más frecuente de molestias faciales. También son responsables de molestias preauriculares persistentes causadas por la radiación temporal y maxilar (25).

Epidemiología

Según estudios epidemiológicos realizados en Europa, los síntomas de los TTM afectan al 93% de la población general. Las tasas de prevalencia oscilan entre el 46,8 y 91%, pero no figura datos de la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud peruano (26).

Según la investigación realizada en Norteamérica, el 33% de pacientes presentaban al menos un síntoma y el 75% al menos un indicio de TTM. Según otro estudio, entre el 20% y el 50% de la población estudiada presentaba síntomas en algún momento de su vida, y entre el 50% y el 75% de ellos tenían síntomas de TTM (27).

Causas

Según una revisión de la literatura científica, deben tenerse en cuenta cinco características importantes asociadas a los TTM: 1) anomalías oclusales, 2) traumatismos, 3) estrés psicológico, 4) dolor intenso 5) parafunciones (26). En general, los profesionales coinciden como un trastorno multifactorial, con factores de mantenimiento que impiden la curación y favorecen el deterioro, factores desencadenantes que acarrear en última instancia el desarrollo de un trastorno y factores predisponentes que aumentan la probabilidad de desarrollar un trastorno (28). Existen varios factores de riesgo para los trastornos temporomandibulares y masticatorios. Las anomalías neuromusculares, oclusales, articulares y de movilidad, así como aspectos psicológicos y estilo de vida específicos, deben evaluarse para llegar a un diagnóstico preciso. La manifestación de la enfermedad puede ser el resultado de la incapacidad del individuo para adaptarse cuando estas circunstancias actúan como un estímulo perjudicial para una estructura concreta a lo largo del tiempo (29). Pullinger afirma que no existe una característica única que pueda distinguir a los pacientes sanos de los disfuncionales. Una mordida, deslizamiento mayor de 2 mm, protrusión mayor de 4 mm y

ausencia de cinco dientes posteriores perdidos fueron las cuatro características oclusales que resultaron ser más comunes en pacientes con TTM que en individuos sanos (29).

Factores

Factores predisponentes

Fisiopatológicos: neurológicos, vasculares, hormonales, nutricionales y degenerativos

Estructurales: escaso progreso de los cóndilos

Oclusales: mordida abierta anterior, resalte y sobrepase elevado, mordida cruzada, ausencia de dientes posteriores, procedimientos ortodóncicos.

Factores precipitantes

Microtraumas

Parafunciones

Bruxismo

Factores perpetuantes

Alteraciones de la columna cervical (30).

Sintomatología

Según Okeson, cuando un cambio funcional cruza un determinado umbral, se manifiesta como un cambio hístico en varias estructuras. Los pacientes pueden experimentar dolor muscular, incluido dolor en el movimiento. Si la ATM está dañada, puede experimentar disfunción y dolor articular (31, 32).

Diagnóstico; para diagnosticar un TTM es necesario realizar una anamnesis y una exploración física exhaustivas (33). Comprender la señal de dolor es el primer paso en un enfoque metódico del diagnóstico de los trastornos orofaciales. Dado que el dolor es una respuesta a una lesión tisular, el primer paso en el proceso diagnóstico debe ser identificar la fuente subyacente de dolor, especialmente en la zona de la ATM. El diagnóstico mejora si se reconoce que las molestias masticatorias suelen ser el resultado de un problema estructural. Se requiere una evaluación racional y sistemática de estructura a estructura para identificar los tejidos afectados (34).

El bloqueo tisular selectivo combinado con anestesia local ayuda a diversificar el origen y la ubicación del dolor en cuadros sintomáticos complicados. El procedimiento diagnóstico estándar consiste en realizar un bloqueo anestésico (33).

Las características clínicas de los problemas musculares y articulares varían, y el diagnóstico adecuado se realiza utilizando la información pertinente recopilada durante la exploración física y la anamnesis del paciente.

A continuación, se enumeran los siete componentes esenciales del diagnóstico:

- 1) historia clínica,
- 2) limitación mandibular,
- 3) interferencia mandibular,
- 4) maloclusión aguda,
- 5) carga de la articulación,
- 6) manipulación funcional
- 7) bloqueo anestésico diagnóstico.

Para evaluar los TTM se han presentado varios índices, entre ellos los de la Organización Mundial de la Salud (1962), Paulsen (1969), Helkimo (1970), Maglione (1976) y Fricton y Schiffman (1986). Sin embargo, no diagnostican ni categorizan los TTM, sino que se limitan a indicar su presencia y gravedad. Además, la evaluación psicológica no se ha incluido en la investigación de los TTM(35). Necesitamos evaluar cada elemento que influye en la aparición de los TTM para poder realizar un diagnóstico adecuado. Esto incluye la ansiedad, el malestar y los retos relacionados del paciente en cuanto se presenta a consulta (36).

Para llegar a un diagnóstico preciso es necesario realizar una evaluación exhaustiva e imparcial.

Categorización básica

La contracción muscular, las molestias musculares localizadas, la rigidez y el dolor persistente por inflamación son las características distintivas de los trastornos de la articulación temporomandibular (ATM).

La desorganización disco-condilar debida a luxación distal, subluxación, luxación mandibular, adherencias y cambios estructurales son trastornos del complejo disco-condilar.

La artritis, la sinovitis, la retrodiscitis, la capsulitis, la tendinitis y la enfermedad hipomandibular crónica son ejemplos de problemas de la ATM que causan inflamación. Se eliminan las palabras vacías y se marcan correctamente las citas.

La agenesia, la hipoplasia, la hiperplasia o la neoplasia son trastornos del crecimiento que pueden afectar a los huesos, mientras que la hipertrofia, la hipotrofia o la neoplasia pueden afectar a los músculos (35).

Índice Anamnésico de Fonseca (FAI)

El Índice de Anamnesis de Fonseca (FAI) es una herramienta utilizada para evaluar a las personas con MDD según sus síntomas y signos (37).

Esta medida se desarrolló a partir de la medida Helkimo, que caracteriza la gravedad del MDD (38). Se prefiere utilizar el FAI tanto en entornos clínicos como de investigación debido a su relativa simplicidad. Se ha utilizado en combinación con el CDI/TTM, ya que este último no registra la gravedad de los TTM. Muchos autores afirman que su capacidad diagnóstica no ha sido validada, por lo que la categorización de la gravedad se basa en ella (37), aunque su sensibilidad y especificidad para el dolor miofascial han demostrado ser altas (38).

El instrumento consta de diez preguntas con tres respuestas alternativas: «sí», «a veces» y «no». Las respuestas se puntúan y la suma de las puntuaciones de cada pregunta da la puntuación. Esto permite establecer las siguientes categorías: Los síntomas de DTM pueden ser leves, moderados, graves o ausentes (38).

2.2.2. Estado psicossomático

Estrés

Es la aceleración del organismo en respuesta a un estímulo externo exigente, que puede ser desencadenado por estímulos sociales o físicos. Si esto se prolonga en el tiempo, el individuo se ve expuesto a demandas que no se satisfacen adecuadamente. Esto hará que el organismo desencadene una serie de reacciones psicológicas y físicas, cuyas características y manifestaciones dependerán del agente causal del estresor y de la respuesta del individuo al mismo. Si las exigencias son extremadamente elevadas, el organismo no responderá, lo que dará lugar a un trauma o trastorno psicológico que afectará a la personalidad del individuo. Las respuestas fisiológicas del organismo a las demandas externas se desencadenan mediante la liberación de neurotransmisores y otras hormonas por parte de los sistemas nervioso central y endocrino (39).

Medición del estrés

El Cuestionario del Índice de Reactividad al Estrés (IRE-32), que mide las respuestas emocionales, conductuales, neurovegetativas y cognitivas de un individuo ante situaciones desagradables y perjudiciales para el organismo, es una prueba que puede utilizarse para medir el estrés, ya que permite categorizar la información recogida mediante puntuaciones y técnicas. Además de sus propiedades psicométricas, el IRE-32 se ha utilizado ampliamente en poblaciones clínicas e internacionales y ha demostrado su validez y fiabilidad (39).

Ansiedad

La gravedad de la ansiedad varía, de leve a grave, la progresión de la ansiedad varía, alcanzándose el máximo en segundos, horas o días; casi siempre cada episodio dura diez minutos, y en algunos casos extremos hasta treinta minutos (40). La ansiedad puede definirse como un estado desagradable, típicamente acompañado de manifestaciones psicológicas y fisiológicas, resultante de situaciones peligrosas que se complican y provocan fatiga y agotamiento en el individuo.

Se puede clasificar en:

Ansiedad rasgo. - se cree que para algunas personas las situaciones son más amenazantes, mientras que para otras pueden ser normales. La ansiedad rasgo es la forma en que una persona reacciona ante situaciones peligrosas de forma temerosa; casi siempre va acompañada de una personalidad marcadamente neurótica. Puede variar de una persona a otra, dependiendo de factores biológicos y del aprendizaje. Por ejemplo, algunas personas dan más importancia a la preocupación que otras (40).

Ansiedad estado. - Se refiere a un episodio transitorio de ansiedad que varía en duración y gravedad y que se considera patológico mientras dura el episodio (41).

Las dos formas de ansiedad no son independientes entre sí, sino que están correlacionadas, y las personas más propensas a este tipo de cuadros son las que están estresadas y en situaciones de estrés (39).

Reducción de la ansiedad Hay muchas formas de medir la ansiedad, como la información, los registros físicos de los pacientes, la observación del comportamiento, el autoinforme, etc. Spielberg y sus colegas desarrollaron en 1966 el Inventario de Ansiedad Trai Estatal (STAI) para obtener información fiable y evaluar las dos escalas de ansiedad, estatal y rasgo; cuestionarios más usados para la ansiedad (41).

Depresión

Muchos estudios han intentado explicar los orígenes de la depresión, un problema polifacético caracterizado por una variedad de síntomas que pueden estar presentes o no en quienes la padecen. El concepto de depresión ha evolucionado con el tiempo y finalmente se ha definido como una enfermedad. Hipócrates fue el primero en definirla. Es uno de los trastornos más estudiados e investigados, pero también uno de los menos comprendidos. Sus principales síntomas son los cambios de humor, que pueden ser permanentes o temporales, agudos o crónicos, el aumento de la irritabilidad y la sensación de impotencia (41).

Según la OMS, se trata de una psicosis emocional y, además de ciertos episodios de ansiedad, el estado de ánimo es sombrío por la intrusión de la melancolía y la falta de placer (42).

2.3. Formulación de hipótesis

2.3.1. Hipótesis general

H₁ Existe relación entre la severidad de trastornos temporomandibulares y el estado psicossomático de pacientes edéntulos parciales que asisten a una clínica odontológica de la ciudad de Lima, 2025.

H₀ No existe relación entre la severidad de trastornos temporomandibulares y el estado psicossomático de pacientes edéntulos parciales que asisten a una clínica odontológica de la ciudad de Lima, 2025.

2.3.2 Hipótesis específicos

Hipótesis específica 1

H₁ Existe relación entre la severidad de TTM y el estado psicossomático dimensión ansiedad de pacientes edéntulos parciales.

H₀ No existe relación entre la severidad de TTM y el estado psicossomático dimensión ansiedad de pacientes edéntulos parciales.

Hipótesis específica 2

H₁ Existe relación entre la severidad de TTM y el estado psicossomático dimensión estrés de pacientes edéntulos parciales.

H₀ No existe relación entre la severidad de TTM y el estado psicossomático dimensión estrés de pacientes edéntulos parciales.

Hipótesis específica 3

H₁ Existe relación entre la severidad de TTM y el estado psicossomático dimensión depresión de pacientes edéntulos parciales.

H₀ No existe relación entre la severidad de TTM y el estado psicossomático dimensión depresión de pacientes edéntulos parciales.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. Método de la investigación

Hipotético-deductivo con la elaboración de una o varias hipótesis a partir de teorías o principios existentes, con la finalidad de poner a prueba dicha hipótesis (43).

3.2. Enfoque de la investigación

Se usó enfoque cuantitativo, significando que las variables se evaluarán cuantitativamente a través de sus múltiples dimensiones utilizando los indicadores adecuados a las mismas (44).

3.3. Tipo de investigación

Básica, de manera que se inició y fundamentó sobre la teoría creando más conocimiento que aportó al tema desarrollado y para una comprensión más amplia (45).

3.4. Diseño de la investigación

No experimental ya que observó las características de los trastornos temporomandibulares y síntomas somáticos y los estados emocionales negativos (44)

3.4.1. Corte: Transversal donde los datos serán recolectados en un momento dado (45).

3.4.2. Nivel o alcance: relacional puesto que indagó la relación de los trastornos temporomandibulares y estado psicósomático (44).

3.5. Población, muestra y muestreo

3.5.1 Población

Conformada por 100 pacientes edéntulos parciales que asisten a una clínica odontológica de la ciudad de Lima, 2025.

3.5.2 Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Pacientes edéntulos parciales que firmen el consentimiento informado.
- Pacientes edéntulos parciales sin diagnóstico de TTM.
- Pacientes edéntulos parciales sin diagnóstico psiquiátrico.

Criterios de exclusión

- Pacientes edéntulos parciales con traumatismo orofacial.
- Pacientes edéntulos parciales con tratamiento psicológico.
- Pacientes edéntulos parciales que no completen los instrumentos respectivos.

3.5.3 Muestra

El cálculo muestral fue empleando una fórmula de muestra finita.

$$\frac{k^2 N p q}{e^2 (N - 1) + k^2 p q}$$

Dónde:

n= muestra (x) N= población (100) k= confianza (1.96) e= 5% (0.05)

PQ= (0.25)

$$m = \frac{1.96^2 \times 100 \times 0.25}{0.05^2 \times (100 - 1) + 1.96^2 \times 0.25}$$

$$m = 79,51$$

Se obtuvo 79,51 por consiguiente, la muestra quedó accedida por 80 pacientes edéntulos parciales de una clínica odontológica de Lima, 2025.

3.5.4. Tipo de muestreo

Muestreo probabilístico aleatorio simple porque permitió seleccionar a los pacientes edéntulos parciales de forma equitativa y sin sesgos, asegurando que cada uno tenga la misma oportunidad de ser parte del estudio. De esta manera, se buscó obtener una muestra representativa de la población atendida en la clínica odontológica, con el fin de establecer una relación objetiva (44).

3.6. Variables y operacionalización

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Escala de medición	Escala Valorativa
Severidad de Trastorno temporomandibular	Grado de afectación funcional y sintomática del sistema estomatognático, específicamente de la ATM, músculos masticatorios y estructuras asociadas. Esta severidad se manifiesta a través de signos clínicos como dolor orofacial, limitación en los movimientos mandibulares, chasquidos articulares y asimetrías funcionales	Evaluación de los TTM a través de las medidas del índice anamnésico abreviado de Fonseca; registrado en la ficha de observación.	Grado de TTM	Índice Anamnésico de Fonseca: Dificultad abrir la boca. Dolor al masticar Dolor de cabeza Dolor de nuca o cuello Dolor de oído Ruidos en la mandíbula al abrir la boca Aprietas los dientes Encajan mal tus dientes al cerrar la boca. Te consideras persona nerviosa	Ordinal	No presenta Leve Moderado Severo
Estados psicosomático	Manifestaciones físicas que tienen origen o influencia significativa en factores psicológicos o emocionales. Desde una perspectiva clínica, implican una interacción compleja entre la mente y el cuerpo.	Evaluación del nivel de los estados emocionales a través del puntaje de depresión, ansiedad y estrés-21 registrado en la ficha de observación	Depresión Ansiedad Estrés	Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés-21 (DASS-21)	Ordinal	Funcional Leve Moderado Severo

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.7.1. Técnica

Para la obtención de la información se empleará la técnica de la encuesta, la cual permitirá recopilar los datos de manera precisa y sistemática. El proceso de ejecución de la recolección de datos se desarrollará en las siguientes etapas:

Gestión institucional y aprobación del estudio: En primer lugar, se presentó el proyecto de investigación ante la Oficina de Grados y Títulos con la finalidad de solicitar la asignación de un asesor académico. Una vez aprobado el proyecto, se remitió al Comité de Ética en Investigación para su respectiva evaluación y autorización ética. Con la aprobación obtenida, se procedió a gestionar el documento de presentación ante la Dirección de la Escuela Profesional de Odontología, la cual permitió realizar la aplicación del estudio en la clínica dental correspondiente.

Selección de la muestra y registro de la población: Con la carta de presentación autorizada, se procedió a identificar la población objetivo a partir del archivo de información de pacientes que han recibido atención en la clínica dental. A partir de este registro se verificó qué personas cumplen con los criterios de inclusión y exclusión establecidos en el estudio, conformando así la muestra final con la que se llevará a cabo la investigación.

Consentimiento informado: Antes de la recolección de datos, se explicó detalladamente a los participantes el propósito, los objetivos y la confidencialidad del estudio. Posteriormente, cada paciente firmó un formulario de consentimiento informado como evidencia de su aceptación voluntaria para participar en la investigación.

Evaluación clínica y aplicación de instrumentos: A cada participante se le realizó una evaluación clínica inicial para verificar la presencia de edentulismo parcial. Posteriormente, se aplicaron los instrumentos de evaluación:

Índice Anamnésico de Fonseca, para caracterizar los signos y síntomas relacionados con los trastornos temporomandibulares (TTM).

Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés-21 (DASS-21), para determinar los niveles de los estados psicossomáticos asociados.

Duración y control del proceso: Cada sesión de encuesta tuvo una duración aproximada de 15 minutos por participante. Se garantizó un ambiente adecuado, con privacidad y sin interrupciones, a fin de obtener respuestas fiables y evitar sesgos durante la recolección.

Resguardo de la información: Los datos recolectados fueron almacenados de forma confidencial, utilizando códigos alfanuméricos para preservar la identidad de los participantes. Solo el investigador principal y el asesor académico tuvieron acceso a la base de datos, la cual fue utilizada exclusivamente con fines científicos.

3.7.2. Descripción de instrumentos

Para realizar la ejecución se utilizó 2 cuestionarios que presentaron en cada primera parte los datos de filiación: edad, sexo y las instrucciones respectivas:

Para la variable 1 las 10 preguntas (ítems) del Índice Anamnésico Simplificado de Fonseca tienen tres respuestas alternativas: “sí”, con un valor de 10 puntos; “a veces”, con un valor de 5 puntos; y “no”, con un valor de 0 puntos.

La categorización del índice va de 0 a 100 puntos, la puntuación total del índice para la severidad de TTM se determinó:

No presenta signos y síntomas (0 a 15)

Leve (20 a 40)

Moderado (45 a 65)

Severo (70 a 100)

Para la variable 2 El DASS-21 incluye 21 ítems con un formato Likert en una escala categórica ordenada jerárquicamente que va desde nunca = 0 hasta casi siempre = 3. Los ítems comprenden tres subescalas: 1) estrés (1, 6, 8, 11, 12, 14, 18); 2) ansiedad (2, 4, 7, 9, 15, 19, 20); y 3) depresión (3, 5, 10, 13, 16, 17, 21). Por último, la categorización DASS-21 va de 0 a 21 puntos.

Por último, la categorización DASS-21 va de 0 a 63 puntos, la puntuación total de la escala para los estados psicósomáticos se determinó: funcional (0-16 puntos); leve (17-33 puntos); moderado (34-40 puntos) y severo (41 -63 puntos).

Dentro de la subescala de depresión:

Normal (ausencia de depresión) (0-4).

Leve (5-6)

Moderado (7-10)

Severa (11-13)

Extremadamente severo (+ de 14);

Subescala de ansiedad:

Normal (ausencia de ansiedad) (0-3)

Leve (4-5)

Moderada (6-7)

Severa (8-9)

Extremadamente severa (+ de 10)

Subescala de estrés:

Normal (ausencia de estrés) (0-7)

Leve (8-9)

Moderado (10-12)

Severo (13-16)

Extremadamente severo (+ de 17)

3.7.3. Validación

En la presente investigación no se realizó la validación de los instrumentos mediante juicio de expertos debido a que ambos cuestionarios seleccionados el Índice de Fonseca para evaluar la severidad de los trastornos temporomandibulares (TTM) y la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) para valorar el estado psicosomático cuentan con validaciones previas ampliamente documentadas en contextos clínicos y académicos a nivel nacional e internacional (46,47).

3.7.4. Confiabilidad

El Índice de Fonseca, desarrollado por Fonseca et al. en 1994, ha sido adaptado en diversos países de habla hispana, demostrando adecuados niveles de consistencia interna y fiabilidad test-retest (coeficiente de Cronbach superior a 0,80). Su estructura de diez ítems y su aplicación auto-administrada han sido reconocidas como un método clínico confiable para el tamizaje de TTM (46).

De igual manera, la Escala DASS-21, elaborada por Lovibond y Lovibond en 1995, ha sido validada en múltiples poblaciones latinoamericanas, incluyendo adaptaciones en idioma español con sólidos indicadores psicométricos (α de Cronbach entre 0,85 y 0,95 en las tres dimensiones). Dichos resultados respaldan su validez estructural y su pertinencia para la medición de síntomas emocionales en población adulta (47).

3.8. Procesamiento y análisis de datos

El plan de procesamiento estadístico y análisis de datos consistió en organizar y examinar la información recolectada mediante los instrumentos Índice de Fonseca y DASS-21. Primero, se realizó la codificación y tabulación de los datos en una base digital empleando el SPSS 25. Se usó estudio descriptiva (frecuencias, porcentajes, medias y desviaciones estándar) para caracterizar las variables. Posteriormente, al ser ambas variables de tipo ordinal: Severidad del trastorno temporomandibular (TTM) (no presenta, leve, moderado, severo) y Estados psicósomáticos (funcional, leve, moderado y severo); se decidió emplear estadística no paramétrica, porque los datos no cumplen supuestos de normalidad ni de escala de intervalo siendo la prueba ideal el coeficiente de correlación de Spearman (evaluando fuerza y dirección de relación monótona de dos variables ordinales), con una significancia de $p < 0.05$. Finalmente, los resultados se presentaron en tablas y gráficos interpretados de acuerdo con la literatura científica actual y los objetivos del estudio.

3.9. Aspectos éticos

En el marco de la Declaración de Helsinki, se considerarán los principios éticos fundamentales que rigen toda investigación con seres humanos. En primer lugar, el principio de autonomía implica reconocer y respetar la capacidad de cada participante para decidir libremente sobre su participación, valorando su consentimiento informado y su derecho a actuar conforme a sus convicciones. Por su parte, la beneficencia orienta la labor del investigador hacia la promoción del bienestar de los sujetos, procurando siempre maximizar los beneficios y proteger sus intereses durante todo el proceso. Finalmente, la no maleficencia establece el compromiso ético de evitar cualquier daño físico, psicológico o moral, garantizando que las acciones emprendidas no generen sufrimiento ni consecuencias adversas

para los participantes. Estos principios, integrados de manera coherente, aseguran que la investigación se desarrolle con responsabilidad, respeto y humanidad (48).

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

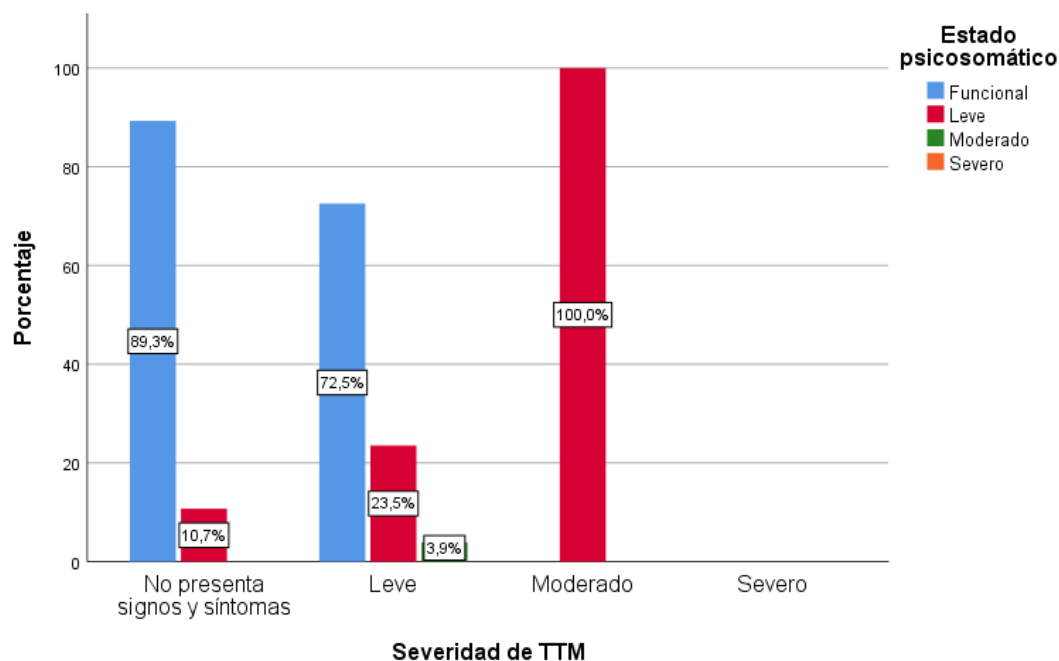
4.1. Resultados

4.1.1 Análisis descriptivos de resultados.

Tabla 1 Severidad de trastornos temporomandibulares y su relación con el estado psicossomático de pacientes edéntulos parciales que asisten a una clínica odontológica de la ciudad de Lima, 2025.

		Estado psicossomático			Total
		Funcional	Leve	Moderado	
Severidad de TTM	No presenta signos y síntomas	25	3	0	28
		89.3%	10.7%	0.0%	100.0%
	Leve	37	12	2	51
		72.5%	23.5%	3.9%	100.0%
	Moderado	0	1	0	1
		0.0%	100.0%	0.0%	100.0%
Total		62	16	2	80
		77.5%	20.0%	2.5%	100.0%

Gráfico 1 Severidad de trastornos temporomandibulares y su relación con el estado psicossomático de pacientes edéntulos parciales que asisten a una clínica odontológica de la ciudad de Lima, 2025.



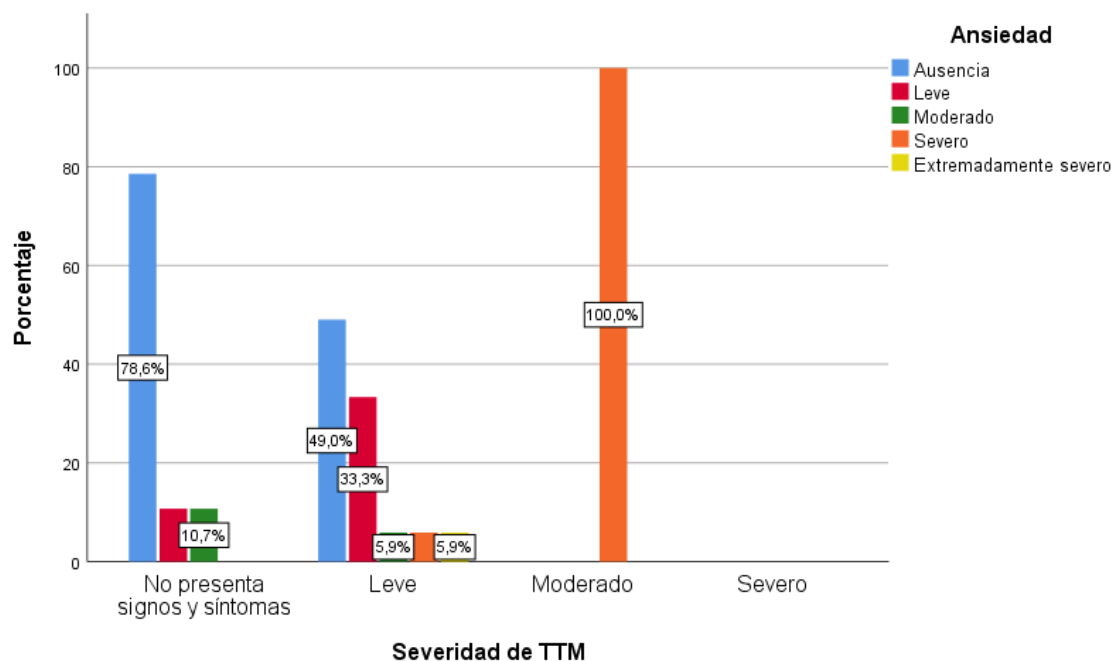
Interpretación:

La tabla muestra la distribución entre la severidad del trastorno temporomandibular (TTM) y el estado psicossomático de los participantes. Se observa que el 77.5% de los evaluados presenta un estado psicossomático funcional, mientras que el 20.0% evidencia un estado leve y solo el 2.5% uno moderado. Entre quienes no presentan signos ni síntomas de TTM, la gran mayoría (89.3%) mantiene un estado funcional, y únicamente un 10.7% presenta leve afectación. En los casos leves de TTM, predominan los sujetos con estado funcional (72.5%), seguidos de un 23.5% con leve compromiso y un 3.9% con afectación moderada. Finalmente, el único caso de TTM moderado presenta un estado psicossomático leve (100%).

Tabla 2 Severidad de TTM y el estado psicossomático dimensión ansiedad de pacientes edéntulos parciales.

		Dimensión ansiedad					Total
		Ausencia	Leve	Moderado	Severo	Extr. severo	
Severidad de TTM	No presenta signos y síntomas	22 78.6%	3 10.7%	3 10.7%	0 0.0%	0 0.0%	28 100.0%
	Leve	25 49.0%	17 33.3%	3 5.9%	3 5.9%	3 5.9%	51 100.0%
	Moderado	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 100.0%	0 0.0%	1 100.0%
	Total	47 58.8%	20 25.0%	6 7.5%	4 5.0%	3 3.8%	80 100.0%

Gráfico 2 Severidad de TTM y el estado psicossomático dimensión ansiedad de pacientes edéntulos parciales.



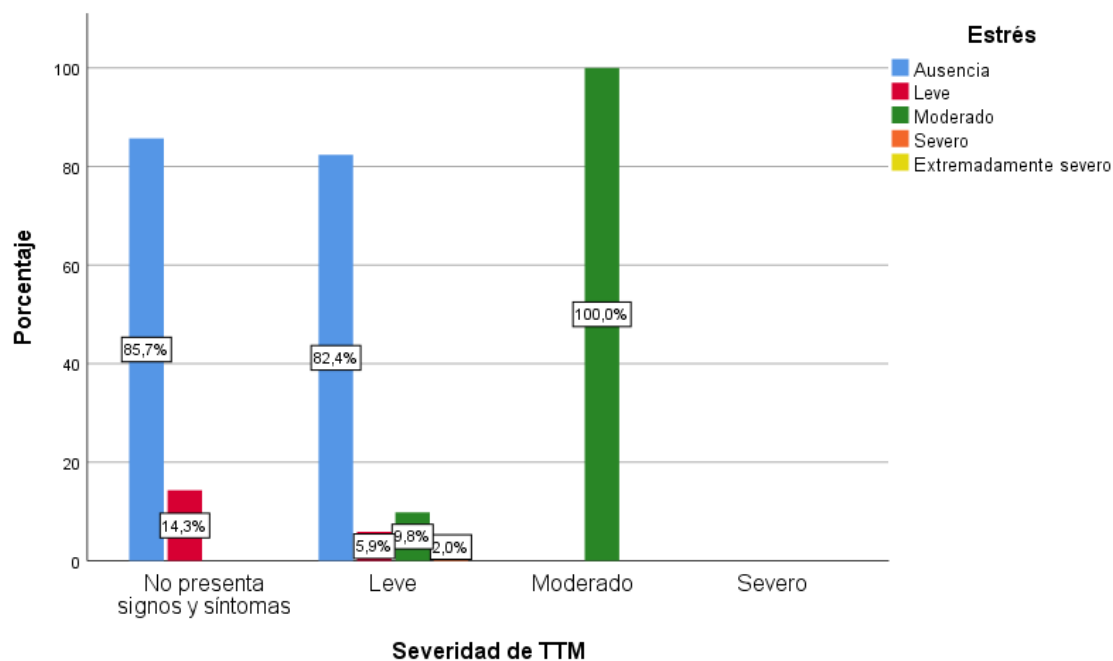
Interpretación:

La tabla muestra la distribución de la severidad de TTM y la dimensión de ansiedad en los participantes. Se observa que la mayoría de los individuos que no presentan signos ni síntomas de TTM también muestran ausencia de ansiedad (78.6%), mientras que los casos leves de TTM presentan una distribución más amplia, destacando que el 49% no manifiesta ansiedad y el 33.3% presenta ansiedad leve. En los casos moderados de TTM, el 100% de los participantes evidencian ansiedad severa, lo que sugiere una posible asociación entre el incremento en la severidad del TTM y niveles más altos de ansiedad. En general, el 58.8% de la muestra total no presenta ansiedad, frente a un 25% con ansiedad leve y porcentajes menores en niveles moderado, severo y extremadamente severo, lo que indica que, aunque la mayoría mantiene niveles normales, existe una tendencia a que la ansiedad aumente conforme se agrava la severidad del TTM.

Tabla 3 Severidad de TTM y el estado psicossomático dimensión ansiedad de pacientes edéntulos parciales.

		Dimensión estrés				Total
		Ausencia	Leve	Moderado	Severo	
Severidad de TTM	No presenta signos y síntomas	24	4	0	0	28
		85.7%	14.3%	0.0%	0.0%	100.0%
	Leve	42	3	5	1	51
		82.4%	5.9%	9.8%	2.0%	100.0%
	Moderado	0	0	1	0	1
		0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	100.0%
Total		66	7	6	1	80
		82.5%	8.8%	7.5%	1.3%	100.0%

Gráfico 3 Severidad de TTM y el estado psicossomático dimensión estrés de pacientes edéntulos parciales.



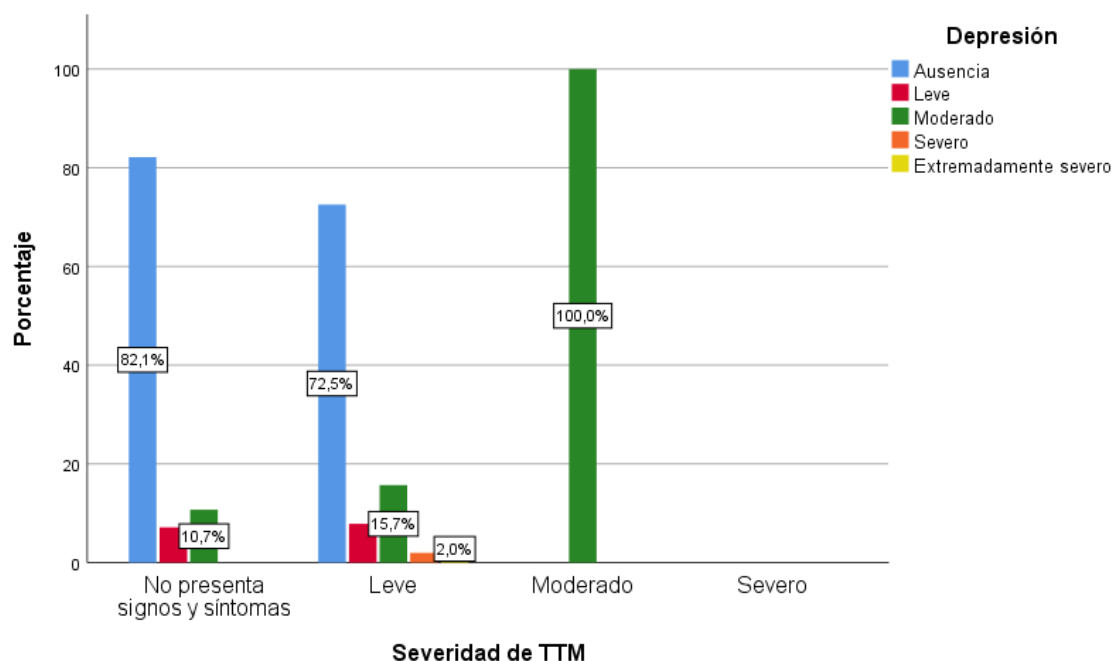
Interpretación:

La tabla muestra distribución de la severidad de TTM y la dimensión del estrés. Se observa que la mayoría de los participantes sin signos ni síntomas de TTM presentan ausencia de estrés (85.7%), mientras que un pequeño porcentaje manifiesta estrés leve (14.3%). En el grupo con TTM leve, predomina también la ausencia de estrés (82.4%), seguida de casos moderados (9.8%), leves (5.9%) y severos (2%). Finalmente, quienes presentan TTM moderado evidencian únicamente estrés moderado (100%). En conjunto, el 82.5% de la población total no presenta estrés, el 8.8% tiene estrés leve, el 7.5% moderado y solo el 1.3% severo, lo que indica que a medida que aumenta la severidad del TTM, tiende a incrementarse también el nivel de estrés, aunque la mayoría mantiene niveles bajo.

Tabla 4 Severidad de TTM y el estado psicossomático dimensión depresión de pacientes edéntulos parciales.

		Nivel de depresión					Total
		Ausencia	Leve	Moderado	Severo	Extr. severo	
Severidad de TTM	No presenta signos y síntomas	23	2	3	0	0	28
	Leve	37	4	8	1	1	51
		82.1%	7.1%	10.7%	0.0%	0.0%	100.0%
		72.5%	7.8%	15.7%	2.0%	2.0%	100.0%
	Moderado	0	0	1	0	0	1
		0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%
Total		60	6	12	1	1	80
		75.0%	7.5%	15.0%	1.3%	1.3%	100.0%

Gráfico 4 Severidad de TTM y el estado psicossomático dimensión depresión de pacientes edéntulos parciales.



Interpretación:

La tabla muestra la distribución de la severidad del TTM y el nivel de depresión en los participantes. Se observa que la mayoría de quienes no presentan signos ni síntomas de TTM no manifiestan depresión (82.1%), mientras que en los casos de TTM leve, aunque predomina la ausencia de depresión (72.5%), se evidencia un incremento en los niveles leve y moderado de depresión (7.8% y 15.7%, respectivamente), así como algunos casos aislados de depresión severa y extremadamente severa (2% cada uno). En los participantes con TTM moderado, el 100% presenta depresión moderada, lo que sugiere una posible relación entre el aumento en la severidad del TTM y una mayor presencia de síntomas depresivos. En general, el 75% del total no presenta depresión, pero el 25% restante evidencia distintos grados de afectación emocional, reflejando una tendencia ascendente de depresión conforme aumenta la severidad del TTM.

4.1.1. Análisis inferencial de los resultados

Hipótesis general

H₁ Existe relación entre la severidad de trastornos temporomandibulares y el estado psicossomático de pacientes edéntulos parciales que asisten a una clínica odontológica de la ciudad de Lima, 2025.

H₀ No existe relación entre la severidad de trastornos temporomandibulares y el estado psicossomático de pacientes edéntulos parciales que asisten a una clínica odontológica de la ciudad de Lima, 2025.

Significancia: 95% y alfa = 0.05

Prueba: Rho de Spearman.

Criterio: Si p-valor <0.05 rechaza la H₀

Tabla 5. Prueba de Rho de Spearman entre severidad de trastornos temporomandibulares y el estado psicossomático.

		Severidad de TTM	
Rho de Spearman	Estado psicossomático	Coeficiente de correlación	,236*
		Sig. (bilateral)	0.035
		N	80

p < 0.05 indica asociación estadísticamente significativa.

Toma de decisión: Rho= 0.236 con un valor de significancia p = 0.035, indicó la presencia de correlación positiva y significativa, a medida que aumenta la severidad del TTM, incrementa los niveles de manifestaciones psicossomáticas en los participantes. Sin embargo, el coeficiente sugiere que la relación es débil, evidenciando que otros factores podrían estar influyendo en la presencia de síntomas psicossomáticos además del grado de severidad del trastorno.

Hipótesis específica 1

H₁ Existe relación entre la severidad de TTM y el estado psicossomático dimensión ansiedad de pacientes edéntulos parciales.

H₀ No existe relación entre la severidad de TTM y el estado psicossomático dimensión ansiedad de pacientes edéntulos parciales.

Tabla 6. Prueba de Rho de Spearman entre severidad de TTM y el estado psicossomático dimensión ansiedad.

		Severidad de TTM	
Rho de Spearman	Dimensión Ansiedad	Coefficiente de correlación	,307
		Sig. (bilateral)	0.006
		N	80

$p < 0.05$ indica asociación estadísticamente significativa.

Toma de decisión: Se observa que la severidad de TTM y la dimensión ansiedad arrojó un coeficiente de 0.307, con una significancia bilateral de $p = 0.006$, menor al umbral establecido ($\alpha = 0.05$). Este resultado indica la existencia de una correlación positiva y estadística, de magnitud débil. En términos prácticos, a medida que aumenta la severidad del TTM, tienden también a incrementarse los niveles de ansiedad en los participantes del estudio.

Hipótesis específica 2

H₁ Existe relación entre la severidad de TTM y el estado psicossomático dimensión estrés de pacientes edéntulos parciales.

H₀ No existe relación entre la severidad de TTM y el estado psicossomático dimensión estrés de pacientes edéntulos parciales.

Tabla 7. Prueba de Rho de Spearman entre severidad de TTM y el estado psicossomático dimensión estrés.

		Severidad de TTM	
Rho de Spearman	Dimensión Estrés	Coeficiente de correlación	,123
		Sig. (bilateral)	0.275
		N	80

$p < 0.05$ indica asociación estadísticamente significativa.

Toma de decisión: El análisis de correlación de Spearman entre la severidad del trastorno temporomandibular (TTM) y la dimensión de estrés evidenció un coeficiente de correlación de 0.123 con un nivel de significancia $p = 0.275$. Este resultado indica una relación positiva muy débil y no significativa entre ambas variables, lo que sugiere que el grado de severidad del TTM no se asocia de manera estadísticamente significativa con los niveles de estrés en la muestra estudiada ($N = 80$). En otras palabras, los cambios en la severidad del trastorno no implican variaciones consistentes en el nivel de estrés de los participantes.

Hipótesis específica 3

H₁ Existe relación entre la severidad de TTM y el estado psicossomático dimensión depresión de pacientes edéntulos parciales.

H₀ No existe relación entre la severidad de TTM y el estado psicossomático dimensión depresión de pacientes edéntulos parciales.

Tabla 8. Prueba de Rho de Spearman entre severidad de TTM y el estado psicossomático dimensión depresión.

		Severidad de TTM	
Rho de Spearman	Dimensión Depresión	Coefficiente de correlación	,159
		Sig. (bilateral)	0.158
		N	80

$p < 0.05$ indica asociación estadísticamente significativa.

Toma de decisión: El análisis mediante Rho de Spearman mostró un valor de 0.159 con una significancia de $p = 0.158$, estableciendo que no existe una correlación significativa entre la severidad del trastorno temporomandibular y la dimensión de depresión en los participantes evaluados ($n = 80$). Si bien el coeficiente sugiere una relación positiva débil, el valor de significancia superior a 0.05 evidencia que esta asociación podría deberse al azar, por lo que no se puede afirmar la existencia de un vínculo consistente entre ambas variables.

4.2. Discusión

Los hallazgos del presente estudio muestran que, en la muestra evaluada, la mayoría de los participantes presentó un estado psicossomático funcional (77.5%), con predominio de sujetos sin signos ni síntomas de trastorno temporomandibular (TTM). Sin embargo, se observó que a medida que la severidad del TTM aumentó, los participantes manifestaron mayores niveles de alteraciones psicossomáticas, particularmente en las dimensiones de ansiedad y depresión, aunque con correlaciones de magnitud débil. Esta tendencia concuerda con lo reportado por Yap et al. (15), quienes en un estudio con 961 adultos en China encontraron que los pacientes con TTM moderado y grave presentaban niveles significativamente más altos de depresión, ansiedad y estrés, con correlaciones moderadas a fuertes entre las puntuaciones del índice anamnésico de Fonseca y las escalas DASS-21 ($r_s = 0.42-0.72$). Aunque en el presente trabajo las correlaciones fueron más bajas ($\rho = 0.236$ para el estado psicossomático general y $\rho = 0.307$ para ansiedad), la dirección positiva del coeficiente confirma una asociación directa entre la severidad del TTM y las manifestaciones psicológicas.

Estos resultados también coinciden con los obtenidos por Chuinsiri et al. (16) en Tailandia, quienes reportaron que los síntomas de TTM relacionados con el dolor se correlacionaron positivamente con las puntuaciones del Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4), mostrando que los pacientes con mayor ansiedad y comorbilidad psicológica evidenciaban puntuaciones más altas de TTM. De manera similar, Almutairi et al. (17) en Arabia Saudita describieron una correlación positiva significativa entre las puntuaciones de dolor de TTM y las escalas PHQ-4 y GAD-7, sugiriendo que el malestar psicológico se asocia con la presencia e intensidad del dolor temporomandibular. Aunque el presente estudio no halló una correlación entre TTM y estrés ($\rho = 0.123$; $p = 0.275$) ni entre TTM y depresión ($\rho = 0.159$; $p = 0.158$), sí se evidencia una tendencia ascendente en los niveles de afectación emocional a medida que la severidad del trastorno aumenta, lo que podría deberse al tamaño de muestra reducido ($N = 80$).

o a la baja representación de casos moderados y severos, que limita la potencia estadística del análisis.

Asimismo, los hallazgos se relacionan con los resultados obtenidos por Omezli et al. (18) en Turquía, quienes encontraron que la severidad de los síntomas de TTM fue mayor en participantes con signos de ansiedad y depresión, confirmando la influencia de los factores psicológicos sobre los desórdenes temporomandibulares. En el presente estudio, la correlación positiva entre severidad de TTM y ansiedad ($\rho = 0.307$; $p = 0.006$) refuerza esta evidencia, mostrando que la ansiedad es la dimensión psicosomática más estrechamente vinculada con el TTM, probablemente debido a la tensión muscular sostenida y a los hábitos parafuncionales que acompañan los estados ansiosos.

En el contexto latinoamericano, Hernández-Reyes et al. (19) en Cuba reportaron una mayor frecuencia de disfunción moderada en mujeres adultas, coincidiendo con el perfil predominante en la muestra actual, donde las mujeres también representaron la mayoría de los casos con TTM. En el ámbito nacional, Benavente (20) en Chiclayo halló una alta prevalencia de TTM (72.7%), especialmente en pacientes jóvenes y mujeres, lo que respalda la tendencia encontrada en este estudio, aunque sin explorar su relación con variables psicosomáticas. Por su parte, Sánchez (21) y Gonzales et al. (22) reportaron asociaciones significativas entre el TTM y otros factores odontológicos (como el edentulismo), lo que refuerza la multifactorialidad del trastorno, donde los aspectos anatómicos, funcionales y psicológicos interactúan de manera compleja.

De acuerdo con los resultados, la correlación global entre la severidad del TTM y el estado psicosomático fue positiva y significativa ($\rho = 0.236$; $p = 0.035$), aunque de magnitud débil, lo que sugiere que, si bien existe una relación entre el deterioro funcional de la articulación temporomandibular y la presencia de síntomas psicosomáticos, otros factores

pueden estar modulando esta interacción. Entre ellos se incluyen la percepción individual del dolor, los mecanismos de afrontamiento emocional, el estrés ocupacional y las condiciones de salud general.

Finalmente, estos hallazgos respaldan la hipótesis de que los trastornos temporomandibulares no solo tienen una base biomecánica, sino también psicogénica, lo cual ha sido ampliamente sustentado por investigaciones internacionales. La integración del componente psicológico en el diagnóstico y tratamiento de los TTM podría, por tanto, mejorar los resultados terapéuticos y reducir la cronicidad del cuadro clínico.

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

Primera:

Los resultados obtenidos evidencian una relación significativa entre la severidad del trastorno temporomandibular (TTM) y las manifestaciones psicósomáticas de los pacientes. En la mayoría de los evaluados, se observó un estado psicósomático funcional y al analizar los grupos, se constató que quienes no presentaron signos ni síntomas de TTM mantuvieron predominantemente un estado funcional, en tanto que aquellos con TTM leve mostraron un leve incremento en las alteraciones psicósomáticas. El análisis de correlación de Spearman reveló un coeficiente $Rho = 0.236$ con $p = 0.035$, indicando una correlación positiva débil pero estadísticamente significativa, estableciendo que a mayor severidad del TTM, se incrementan las manifestaciones psicósomáticas, aunque otros factores podrían influir en esta relación.

Segunda:

Respecto a la dimensión de ansiedad, los hallazgos muestran que la mayoría no presentaron ansiedad y en el grupo con casos moderados de TTM, el 100% de evidenciaron ansiedad severa. El coeficiente de correlación de Spearman fue de $Rho = 0.307$ con $p = 0.006$, lo cual demuestra una correlación positiva y significativa, aunque de magnitud débil, indicando que al incrementarse la severidad del TTM, aumentan los niveles de ansiedad de forma consistente en la muestra analizada.

Tercera:

En cuanto a la dimensión de estrés, la mayoría de los pacientes sin signos de TTM presentaron ausencia de estrés, observándose una progresiva aparición de casos leves, moderados y severos conforme aumentaba la severidad del trastorno. Sin embargo, el coeficiente de correlación de Spearman ($\rho = 0.123$; $p = 0.275$) indicó una relación positiva muy débil y no significativa, lo que permite concluir que la severidad del TTM no guarda una relación estadísticamente significativa con los niveles de estrés en los pacientes.

Cuarta:

La dimensión de depresión, el 75% de los evaluados no presentó síntomas depresivos, mientras que el 25% restante mostró distintos grados de afectación emocional, evidenciando un incremento gradual conforme aumentaba la severidad del TTM. No obstante, el análisis estadístico arrojó $Rho = 0.159$ con $p = 0.158$, lo que indica una relación positiva débil no significativa de la severidad del TTM y la depresión. Manifestando que, aunque puede existir una tendencia al aumento de los síntomas depresivos con la progresión del TTM, dicha relación no alcanza significancia estadística, por lo que no puede afirmarse la existencia de un vínculo directo entre ambas variables.

5.2. Recomendaciones**Primera:**

Dado que se evidenció una relación significativa entre la severidad de TTM y las manifestaciones psicósomáticas, se recomienda implementar un manejo interdisciplinario que integre al cirujano dentista, psicólogo y fisioterapeuta, a fin de abordar tanto los factores físicos como emocionales del paciente. Esta estrategia favorecerá una atención más completa, permitiendo prevenir la progresión del TTM y mejorar la calidad de vida de los afectados.

Segunda:

Considerando que se identificó una correlación positiva, se sugiere incorporar protocolos de evaluación psicológica rutinaria en los servicios odontológicos. Detectar oportunamente los síntomas de ansiedad permitirá derivar a los pacientes hacia apoyo psicológico o terapias cognitivo-conductuales que ayuden a disminuir la tensión muscular y el impacto emocional asociado al TTM.

Tercera:

Si bien no se halló una relación significativa entre el TTM y estrés, la tendencia observada sugiere la conveniencia de fomentar programas de educación para la salud enfocados en técnicas de relajación, higiene del sueño, control postural y hábitos de masticación adecuados. Estas medidas pueden reducir factores de riesgo y promover el bienestar integral del paciente.

Cuarta:

En relación con la dimensión de depresión, aunque la asociación con el TTM fue débil y no significativa, se recomienda mantener una vigilancia clínica constante del estado emocional de los pacientes, especialmente en aquellos con TTM moderado o severo. Los servicios de salud bucal deberían incluir mecanismos de tamizaje de síntomas depresivos y promover la derivación temprana a salud mental, a fin de evitar el agravamiento de los cuadros clínicos.

Quinta:

Se aconseja desarrollar estudios longitudinales y con muestras más amplias que permitan explorar con mayor profundidad la interacción entre el TTM y las manifestaciones psicosomáticas, controlando variables como el género, el estrés ocupacional, los hábitos de bruxismo y las condiciones socioemocionales. De esta forma, se podrán establecer modelos predictivos más precisos y estrategias de intervención basadas en evidencia.

REFERENCIAS

1. Kapos FP, Exposto FG, Oyarzo JF, Durham J. Temporomandibular disorders: a review of current concepts in aetiology, diagnosis and management. *Oral Surg.* 2020 Nov;13(4):321-334. doi: 10.1111/ors.12473. Epub 2020 Jan 25. PMID: 34853604; PMCID: PMC8631581.
2. Elhai JD, Yang H, Montag C. Miedo a perderse algo (FOMO): descripción general, fundamentos teóricos y revisión de la literatura sobre las relaciones con la gravedad de la afectividad negativa y el uso problemático de la tecnología. *Braz J Psychiatry.* 2021;43(2):203–209. 10.1590/1516-4446-2020-0870.
3. Minervini G, Franco R, Marrapodi MM, Fiorillo L, Cervino G, Cicciù M. Prevalence of temporomandibular disorders (TMD) in pregnancy: A systematic review with meta-analysis. *J Oral Rehabil.* 2023 Jul;50(7):627-634. doi: 10.1111/joor.13458. Epub 2023 Apr 19. PMID: 37021601.
4. González-Chávez SA, Pacheco-Tena C, Campos Torres RM, Quiñonez-Flores CM, Reyes-Cordero G, Caraveo Frescas T de J. Alteraciones temporomandibulares y odontológicas en pacientes con artritis reumatoide. *Reumatol Clínica [Internet].* 2020 [citado 25/02/2025]; 16(4):262-71. Disponible en: [Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1699258X18301372](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1699258X18301372)
5. Ujin Yap A, Kurniawan F, Pragustine Y, Marpaung C. Temporomandibular disorder and somatic symptoms: Relations to 'fear of missing out' and other negative emotional states. *Acta Odontol Scand.* 2024;28 (83):340-347. doi: 10.2340/aos.v83.40776. PMID: 38804261; PMCID: PMC11302401
6. Guerrero L, Coronado L, Maulén M, Meeder W, Henríquez C, Lovera M. Prevalencia de trastornos temporomandibulares en la población adulta beneficiaria de atención primaria en salud del servicio de Salud Valparaíso, San Antonio. *Av Odontoestomatol [Internet].* 2017 [citado 25/02/2025]; 33(3):113-20. Disponible en: Disponible en:

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0213-12852017000300003 8.

7. Costa MD, Junior F, da Rocha Torres G, Santos CN. Evaluación de factores oclusales en pacientes con trastorno de la articulación temporomandibular. *Dent Press J Orthod.* 2012;17:61–8.
8. Wang MQ, Cao HT, Liu FR, Li G, Chen CS. Asociación de la oclusión cerrada con trastornos temporomandibulares. *J Oral Rehabil.* 2007;34:169–73. doi: 10.1111/j.1365-2842.2006.01657.x.
9. Sharma S, Gupta D, Pal U, Jurel SK. Factores etiológicos de los trastornos de la articulación temporomandibular. *Nat J Maxillofac Surg.* 2011;2:116–9. doi: 10.4103/0975-5950.94463.
10. Sanz G, Llanes C, Gretel L, Valdes Y. Mediagraphic. [Online].; 2018. Acceso 25/02/2025. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/geroinfo/ger2018/ger183a.pdf>.
11. Menduburu C, Cárdenas R, Peñaloza R, Carrillo E, Basulto L. Estudio comparativo niveles de ansiedad y disfunción temporomandibular en estudiantes universitarios de Argentina-México. *Rev Odontológica Mex [Internet].* 2019;23(2):85–96. Disponible de: <https://mex.odontoacademic.com/wpcontent/uploads/2019/11/uo192d.pdf>
12. Delgado R, Iriarte N, Valera J, Centenera M, Garnacho V, Gallego G. Association between temporomandibular disorders with clinical and sociodemographic features : An observational study. *Int J Clin Pract [Internet].* 2021;75(5):e13961. Disponible de: <https://doi.org/10.1111/ijcp.13961>
13. Bogado AE, Cristaldo Valiente JM, Bañuelos Gómez F, Vera Lubary R, Adorno CG. Trastornos temporomandibulares e índice de dientes cariados, perdidos y obturados en personas con discapacidad psicosocial crónica internadas en el Hospital Psiquiátrico de

- la ciudad de Asunción, 2018. Rev Salud Púb Parag [Internet]. 2021 [citado 25/02/2025]; 10(1):66-73. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/04/1087933/pag-66-73.pdf>
14. Vásconez M, Bravo W, Villavicencio E. Factores asociados a los trastornos temporomandibulares en adultos de Cuenca, Ecuador. Rev Estomatológica Hered [Internet]. 2017 [citado 25/02/2025]; 27(1):5. Disponible en: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/REH/article/view/3097> 12.
 15. Yap AU, Zhang MJ, Cao Y, Lei J, Fu KY. Comparison of psychological states and oral health-related quality of life of patients with differing severity of temporomandibular disorders. J Oral Rehabil. 2022 Feb;49(2):177-185. doi: 10.1111/joor.13216. Epub 2021 Jul 10. PMID: 34185873.
 16. Chuinsiri N, Jitprasertwong P. Prevalence of self-reported pain-related temporomandibular disorders and association with psychological distress in a dental clinic setting. J Int Med Res. 2020 Sep;48(9):300060520951744. doi: 10.1177/0300060520951744. PMID: 32883120; PMCID: PMC7479867.
 17. Almutairi F, Alzamil N, Alkhuzayyim O. Correlation Between the Prevalence of Temporomandibular Disorders and Their Association With Psychological Distress in Central Saudi Arabia. Cureus. 2023 May 2;15(5):e38462. doi: 10.7759/cureus.38462. PMID: 37153840; PMCID: PMC10154251.
 18. Omezli MM, Torul D, Varer Akpınar C. Temporomandibular disorder severity and its association with psychosocial and sociodemographic factors in Turkish adults. BMC Oral Health. 2023 Jan 21;23(1):34. doi: 10.1186/s12903-023-02737-1. PMID: 36681799; PMCID: PMC9862211.
 19. Hernández-Reyes Bismar, Lazo-Nodarse Rómell, Marin-Fontela Grettell Maria, Torres-López Dayami. Caracterización clínica y severidad de los trastornos

- temporomandibulares en pacientes adultos. AMC [Internet]. 2020 Abr [citado 2025 Feb 25] ; 24(2): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552020000200006&lng=es. Epub 01-Abr-2020.
20. Benavente C. Disfunciones temporomandibulares en pacientes atendidos en consulta dental-Chiclayo, 2023 [Tesis de titulación]. Chiclayo: Universidad Señor de Sipán; 2024; disponible en: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/12446/Benavente%20Velarde,%20Criss%20Mariette%20Silvy.pdf?sequence=12>
21. Sánchez I. Relación entre trastornos temporomandibulares y edentulismo parcial en pacientes que acuden al centro odontológico de la universidad privada Norbert Wiener-Lima, 2023. [Tesis de titulación]. Lima: Universidad Privada Norbert Wiener; 2023. Disponible en: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://repositorio.uwiener.edu.pe/server/api/core/bitstreams/22180e61-8f64-407e-a030-eea25c557215/content>
22. Gonzáles P, Rodríguez G, Doñez L. Asociación entre el trastorno temporomandibular y edentulismo en pacientes que acuden a un consultorio odontológico ODAM La Salle en Arequipa, 2022. [Tesis de titulación]. Huancayo: Universidad Continental; 2023. Disponible en: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/13636/3/IV_FCS_503_TE_Gonz%C3%A1les_Rodríguez_Do%C3%B1ez_2023.pdf
23. Echeverri E. Neurofisiología de la Oclusión. Ed. Monserrate. Bogota. 1ª Edición. 1991

24. Álvarez L. et al. Trastorno temporomandibular y factores asociados en adolescentes de 12 a 18 años de Montemorelos, Nuevo León. *Revista Mexicana de Estomatología*. 2016; 37-49. Castañeda M, et al. Uso de férulas oclusales en pacientes con trastornos temporomandibulares. *MEDISAN*, 2016.
25. Grau I, Fernández K, González G, Osorio M. Algunas consideraciones sobre los trastornos temporomandibulares. *Rev Cub Estomatol* 2005;42(3).
26. Nelson S, Ash M. *Wheeler Anatomía, Fisiología y Oclusión Dental*. 9a ed. España: Esevier; 2004:20-50
27. Jarabak JR. An electromyographic analysis of muscular and temporomandibular joint disturbances due to imbalance in occlusion. *Angle Orthodontist*. 1956;26(3):170-90
28. Gamboa J. Dolor muscular como síntoma principal en pacientes adultos que presentan Trastornos Temporomandibulares. [Tesis de titulación]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2004.
29. Jenkins GN: *The physiology and biochemistry of the mouth* Oxford, England, 1974, Blackwell Scientific
30. Okeson J. Etiología de los Trastornos Funcionales del Sistema Masticatorio. *Carta Odontol*. 1995; 3(11):22-8.
31. Lescas O, Hernández ME, Sosa A, Sánchez M, Ugalde C, Ubaldo L, et al. Trastornos temporomandibulares Complejo clínico que el médico general debe conocer y saber manejar. *Rev Fac Med UNAM*. 2012;55(1):5-11.
32. Moreno C. Análisis clínico de la prevalencia de trastornos temporomandibulares en niños de 8 a 12 años de edad de la Escuela Diego Abad de Cepeda de la ciudad de Quito. [Tesis]. Universidad de San Francisco de Quito. 2013.
33. Estrella G. *Detección precoz de los Desórdenes Temporomandibulares*. 1a ed. España: Amolca; 2006:5-50.

34. Rojas C, Lozano F. Diagnóstico clínico y aspecto psicosocial de trastornos temporomandibulares según el índice CDI/TTM en estudiantes de odontología. *Rev Estomatol Herediana*. 2014; 24(4):229-238.
35. Yóplac J. Evaluación clínica de los trastornos temporomandibulares mediante el índice de Hélikimo en pacientes tratados con férulas oclusales del hospital santa rosa - 2017. [Tesis de titulación]. Lima: Universidad Federico Villareal. Disponible en: <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/2552>.
36. Mondragón M. Relación entre estrés y trastornos de la articulación temporomandibular en enfermeras del hospital regional PNP- Chiclayo, 2018.
37. Pastore GP, Goulart DR, Pastore PR, Prati AJ, de Moraes M. Comparison of instruments used to select and classify patients with temporomandibular disorder. *Acta Odontol Latinoam*. 2018;31(1):16–22.
38. dos Santos Berni KC, Dibai-Filho AV, Rodrigues-Bigaton D. Accuracy of the Fonseca anamnestic index in the identification of myogenous temporomandibular disorder in female community cases. *Journal of bodywork and movement therapies*. 2015;19(3):404–409.
39. Vázquez, F., Muñoz, R. y Becoña, E. Depresión: diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo XX. *Rev. Psicología Conductual*. 2000; 8(3), 417-449.
40. Cruz N, Vanegas M, González M, Landero R. Síntomas de ansiedad, el manejo inadecuado de las emociones negativas y su asociación con bruxismo autoinformado. Elsevier. 2016; 22: 62-67.
41. Vázquez, C. Sanz, J. Trastornos depresivos (I): Datos clínicos y modelos teóricos. En A. Belloch & E. Ibáñez (Eds.), *Manual de Psicopatología*. 1991; Vol. 2:717-784.

42. Bedoya L, Perea M, Ormeño R. Evaluación de niveles, situaciones generadoras y manifestaciones de estrés académico en alumnos de 84 tercer y cuarto año de un Facultad de Estomatología. *Rev Estomatol Herediana*. 2006; 16(1): 15-20
43. Hernández R, Fernández C, Baptista P. *Metodología de la Investigación*. 6a ed. México: Mc-Graw-Hill; 2014.
44. Bernal D. *Metodología de la investigación*. 3era edi. Pearson; 2010.
45. Arispe C, Yangali J., Guerrero M,Lozada O, Acuña L, Arellano C. *La investigación científica. Una aproximación para los estudios de posgrado*. Universidad Internacional del Ecuador; 2020
46. Fonseca DM, Bonfante G, Valle AL, Freitas SFT. Diagnóstico pela anamnese da disfunção craniomandibular. *Rev Gaucha Odontol*. 1994;42(1):23–8.
47. Lovibond SH, Lovibond PF. *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales*. 2nd ed. Sydney: Psychology Foundation of Australia; 1995
48. Manzini J. Declaración De Helsinki: Principios Éticos Para La Investigación Médica Sobre Sujetos Humanos. [Internet] *Acta Bioethica*. 2000; 6(2) https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2000000200010.

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de consistencia

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DISEÑO METODOLÓGICO
<p>Problema general:</p> <p>¿Qué relación existe entre la severidad de trastornos temporomandibulares y su relación con el estado psicossomático de pacientes edéntulos parciales que asisten a una clínica odontológica de la ciudad de Lima, 2025?</p> <p>Problema específicos</p> <p>¿Cuál es la relación entre la severidad de trastornos temporomandibulares y su relación con el estado psicossomático dimensión ansiedad de pacientes edéntulos parciales?</p> <p>¿Cuál es la relación entre la severidad de trastornos temporomandibulares y su relación con el estado psicossomático dimensión estrés de pacientes edéntulos parciales?</p> <p>¿Cuál es la relación entre la severidad de trastornos temporomandibulares y su relación con el estado psicossomático dimensión depresión de pacientes edéntulos parciales?</p>	<p>Objetivo general:</p> <p>Determinar la relación entre la severidad de trastornos temporomandibulares y su relación con el estado psicossomático de pacientes edéntulos parciales que asisten a una clínica odontológica de la ciudad de Lima, 2025.</p> <p>Objetivos específicos</p> <p>Identificar la relación entre la severidad de trastornos temporomandibulares y su relación con el estado psicossomático dimensión ansiedad de pacientes edéntulos parciales.</p> <p>Identificar la relación entre la severidad de trastornos temporomandibulares y su relación con el estado psicossomático dimensión estrés de pacientes edéntulos parciales.</p> <p>Identificar la relación entre la severidad de trastornos temporomandibulares y su relación con el estado psicossomático dimensión depresión de pacientes edéntulos parciales.</p>	<p>Hipótesis general</p> <p>H₁ Existe relación entre la severidad de trastornos temporomandibulares y su relación con el estado psicossomático de pacientes edéntulos parciales que asisten a una clínica odontológica de la ciudad de Lima, 2025.</p> <p>H₀ No existe relación entre la severidad de trastornos temporomandibulares y su relación con el estado psicossomático de pacientes edéntulos parciales que asisten a una clínica odontológica de la ciudad de Lima, 2025.</p> <p>Hipótesis específicos</p> <p>Hipótesis específica 1</p> <p>H₁ Existe relación entre la severidad de trastornos temporomandibulares y su relación con el estado psicossomático dimensión ansiedad de pacientes edéntulos parciales.</p> <p>H₀ No existe relación entre la severidad de trastornos temporomandibulares y su relación con el estado psicossomático dimensión ansiedad de pacientes edéntulos parciales.</p> <p>Hipótesis específica 2</p> <p>H₁ Existe relación entre la severidad de trastornos temporomandibulares y su relación con el estado psicossomático dimensión estrés de pacientes edéntulos parciales.</p> <p>H₀ No existe relación entre la severidad de trastornos temporomandibulares y su relación con el estado psicossomático dimensión estrés de pacientes edéntulos parciales.</p> <p>Hipótesis específica 3</p>	<p>Variable 1</p> <p>Severidad de los trastorno temporomandibulares</p> <p>Estados psicossomáticos</p>	<p>Método de la investigación:</p> <p>Deductivo, debido a que esta parte de la elaboración de una o varias hipótesis a partir de teorías o principios existentes, con la finalidad de poner a prueba dicha hipótesis.</p> <p>Enfoque de la investigación:</p> <p>Se utilizó un enfoque cuantitativo, lo que significa que las variables se evaluaron cuantitativamente a través de sus múltiples dimensiones utilizando los indicadores adecuados a las mismas.</p> <p>Tipo de investigación:</p> <p>Básica, de manera que se inicia y fundamenta sobre la teoría creando más conocimiento que aportará al tema desarrollado y para una comprensión más amplia.</p> <p>Diseño de la investigación:</p> <p>No experimental ya que observó las características de los trastornos temporomandibulares y síntomas somáticos y los estados emocionales negativos (44)</p> <p>Corte: Transversal donde los datos serán recolectados en un momento dado (45).</p> <p>Nivel o alcance: puesto que se buscó la relación de los trastornos temporomandibulares y estado psicossomático.</p>

		<p>H₁ Existe relación entre la severidad de trastornos temporomandibulares y su relación con el estado psicossomático dimensión depresión de pacientes edéntulos parciales.</p> <p>H₀ No existe relación entre la severidad de trastornos temporomandibulares y su relación con el estado psicossomático dimensión depresión de pacientes edéntulos parciales.</p>		
--	--	--	--	--

Anexo 2: Instrumento de recolección de datos



**Universidad
Norbert Wiener**

Instrumento 1

ANAMNESIS DE FONSECA

Edad: _____

Sexo: Masculino ___ Femenino ___

Edentulismo parcial: Clase I _____ Clase II _____ Clase III _____ Clase IV _____

El cuestionario está compuesto por diez preguntas para las cuales son posibles las respuestas: "sí" (10 puntos), "a veces" (5 puntos) y "no" (0 puntos).

Para cada pregunta, usted debe señalar solamente una respuesta.

1. ¿Es difícil para usted abrir la boca?

Sí ___ No ___ A veces ___

2. ¿Se le dificulta mover la mandíbula hacia los lados?

Sí ___ No ___ A veces ___

3. ¿Siente cansancio o dolor cuando masticar?

Sí ___ No ___ A veces ___

4. ¿Tiene dolores de cabeza frecuentes?

Sí ___ No ___ A veces ___

5. ¿Tiene dolor en la nuca o el cuello?

Sí ___ No ___ A veces ___

6. ¿Tiene dolor de oído continuamente?

Sí ___ No ___ A veces ___

7. ¿Siente ruido en la mandíbula cuando mastica o abre la boca?

Sí ___ No ___ A veces ___

8. ¿Siente que aprieta o rechina (frota) los dientes?

Sí ___ No ___ A veces ___

9. ¿Siente que al cerrar la boca sus dientes encajan mal?

Sí ___ No ___ A veces ___

10. ¿Se considera una persona nerviosa (con estrés)?

Sí ___ No ___ A veces ___

Puntaje total

0 a 15 puntos

20 a 40 puntos

45 a 65 puntos

70 a 100 puntos

Clase de disfunción temporomandibular

No presenta signos y síntomas

Leve

Moderado

Severo

Instrumento 2

Escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21)

INSTRUCCIONES:

Por favor leer las frases que se mostrarán y marcar según su sentir en las dos últimas semanas.

Recuerde que no hay respuestas malas. Las opciones de respuesta son:

0 Nunca 1 A veces 2 Con Frecuencia 3 Casi Siempre

Nº	Preguntas	Nunca	A veces	Con frecuencia	Casi siempre
1	Me costó mucho calmarme	0	1	2	3
2	Me di cuenta de que tenía la boca seca	0	1	2	3
3	No podía sentir nada positivo	0	1	2	3
4	Tuve problemas para respirar. (ej. respirar muy rápido, o perder el aliento sin haber hecho un esfuerzo físico)	0	1	2	3
5	Se me hizo difícil motivarme para hacer cosas	0	1	2	3
6	Me descontrolé en ciertas situaciones	0	1	2	3
7	Me sentí tembloroso/a (ej. manos temblorosas)	0	1	2	3
8	Sentí que estaba muy nervioso	0	1	2	3

9	Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo	0	1	2	3
10	Sentí que no tenía nada por que vivir	0	1	2	3
11	Noté que me estaba poniendo intranquilo	0	1	2	3
12	Se me hizo difícil relajarme	0	1	2	3
13	Me sentí triste y deprimido	0	1	2	3
14	No soporté que algo me apartara de lo que estaba haciendo	0	1	2	3
15	Estuve a punto de tener un ataque de pánico	0	1	2	3
16	Fui incapaz de entusiasarme con algo	0	1	2	3
17	Sentí que valía muy poco como persona	0	1	2	3
18	Sentí que estaba muy irritable	0	1	2	3
19	Sentí los latidos de mi corazón a pesar de que no había hecho ningún esfuerzo físico	0	1	2	3
20	Sentí miedo sin saber por qué	0	1	2	3
21	Sentí que la vida no tenía ningún sentido	0	1	2	3

Dentro de la subescala de depresión

Normal (ausencia de depresión) (0-4).

Leve (5-6)

Moderado (7-10)

Severa (11-13)

Extremadamente severo (+ de 14);

Subescala de ansiedad:

Normal (ausencia de ansiedad) (0-3)

Leve (4-5)

Moderada (6-7)

Severa (8-9)

Extremadamente severa (+ de 10)

Subescala de estrés:

Normal (ausencia de estrés) (0-7)

Leve (8-9)

Moderado (10-12)

Severo (13-16)

Extremadamente severo (+ de 17)

Anexo 3: Aprobación del Comité de Ética



COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA E INTEGRIDAD CIENTÍFICA

CONSTANCIA DE APROBACIÓN

Lima, 12 de junio de 2025

Investigador(a)
Kevin Robin Lopez Sifuentes
Exp. N°:1060-2025

De mi consideración:

Es grato expresarle mi cordial saludo y a la vez informarle que el Comité Institucional de Ética e Integridad Científica de la Universidad Privada Norbert Wiener (CIEIC-UPNW) **evaluó y APROBÓ** los siguientes documentos:

- Protocolo titulado: “Severidad de trastornos temporomandibulares y su relación con el estado psicosomático de pacientes edéntulos parciales que asisten a una clínica odontológica de la ciudad de Lima, 2025” con **fecha 06/06/2025**.

El cual tiene como investigador principal al Sr(a) Kevin Robin Lopez Sifuentes

La APROBACIÓN comprende el cumplimiento de las buenas prácticas éticas, el balance riesgo/beneficio, la calificación del equipo de investigación y la confidencialidad de los datos, entre otros.

El investigador deberá considerar los siguientes puntos detallados a continuación:

1. **La vigencia** de la aprobación es de **dos años (24 meses)** a partir de la emisión de este documento.
2. **Toda enmienda o adenda** se deberá presentar al CIEIC-UPNW y no podrá implementarse sin la debida aprobación.
3. Si aplica, **la Renovación** de aprobación del proyecto de investigación deberá iniciarse treinta (30) días antes de la fecha de vencimiento, con su respectivo informe de avance.
4. La constancia de aprobación por el **CIEIC** no garantiza la aceptación por parte de las instituciones donde pretende ejecutar el trabajo de investigación.


Es cuanto informo a usted para su conocimiento y fines pertinentes.

Atentamente,



Mg. Angelica Karina Minaya Galarreta
Presidenta
Comité Institucional de Ética e Integridad Científica
Universidad Privada Norbert Wiener

Anexo 4: Consentimiento informado

 Universidad Norbert Wiener	FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO(FCI) EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN DEL CIEI-VRI		
	CÓDIGO: UPNW-EES-FOR-068	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01	FECHA: 11/08/2022

Título de proyecto de investigación : Severidad de trastornos temporomandibulares y su relación con el estado psicossomático de pacientes edéntulos parciales que asisten a una clínica odontológica de la ciudad de Lima, 2025.

Investigadores : Kevin Robin López Sifuentes

Institución(es) : Universidad Privada Norbert Wiener (UPNW)

Estamos invitando a usted a participar en un estudio de investigación titulado: "**Severidad de trastornos temporomandibulares y su relación con el estado psicossomático de pacientes edéntulos parciales que asisten a una clínica odontológica de la ciudad de Lima, 2025**". de fecha 17/04/2025 y versión.1. Este es un estudio desarrollado por investigadores de la Universidad Privada Norbert Wiener (UPNW).

I. INFORMACIÓN

Propósito del estudio: El propósito de este estudio es determinar la relación entre la severidad de trastornos temporomandibulares y su relación con el estado psicossomático de pacientes edéntulos parciales que asisten a una clínica odontológica de la ciudad de Lima, 2025.

Duración del estudio (3 meses):

N° esperado de participantes: 80


Criterios de Inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión:

- Pacientes edéntulos parciales que firmen el consentimiento informado.
- Pacientes edéntulos parciales sin diagnóstico de TTM.
- Pacientes edéntulos parciales sin diagnóstico psiquiátrico.

Criterios de Exclusión

- Pacientes edéntulos parciales con traumatismo orofacial.
- Pacientes edéntulos parciales con tratamiento psicológico.
- Pacientes edéntulos parciales que no completen los instrumentos respectivos.

 Universidad Norbert Wiener	FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO(FCI) EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN DEL CIEI-VRI		
	CÓDIGO: UPNWEES-FOR-068	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01	FECHA: 11/08/2022

Procedimientos del estudio: Si Usted decide participar en este estudio se le realizará los siguientes procesos:

- Brindará su consentimiento firmando el consentimiento como participante de la investigación.
- Se le evaluará su cavidad bucal con ayuda de los instrumentos por parte del investigador.
- Completará los cuestionarios que se le entregará para obtener los resultados.

La encuesta puede demorar unos 15 minutos y los resultados se le entregarán a usted en forma individual y se almacenarán respetando la confidencialidad y su anonimato.

Riesgos:

La participación del paciente en este estudio *no* presenta ningún tipo de riesgo y se utilizará todo el equipo de bioseguridad.

Durante la evaluación podría experimentar incomodidad o angustia al abordar temas relacionados con su salud emocional.

Durante la evaluación podrían experimentar un empeoramiento de los síntomas, como dolor o disfunción mandibular, durante la evaluación o al someterse a ciertas pruebas físicas.

Beneficios: *(Detallar los riesgos la participación del sujeto de estudio)*

Usted se beneficiará del presente proyecto a pasar una evaluación clínica importante dada la relación conocida de los síntomas somáticos y de trastorno temporomandibulares con los estados emocionales negativos como depresión y la ansiedad en jóvenes, ya que se brindarán las soluciones a los problemas y su detección.

Recibirá charlas educativas.

Recibirá consejería sobre el estado en que se encuentra su cavidad bucal.

Recibirá capacitación sobre la higiene oral, problemas articulares y síntomas somáticos.

Recibirá un diagnóstico preciso sobre los problemas bucales que presente.


Costos e incentivos: Usted *no* pagará ningún costo monetario por su participación en la presente investigación. Así mismo, no recibirá ningún incentivo económico ni medicamentos a cambio de su participación.

Confidencialidad: Nosotros guardaremos la información recolectada con códigos para resguardar su identidad. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita su identificación. Los archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al equipo de estudio.

Derechos del paciente: La participación en el presente estudio es voluntaria. Si usted lo decide puede negarse a participar en el estudio o retirarse de éste en cualquier momento, sin que esto ocasione ninguna penalización o pérdida de los beneficios y derechos que tiene como individuo, como así tampoco modificaciones o restricciones al derecho a la atención médica.

Preguntas/Contacto: Puede comunicarse con el Investigador Principal (*Kevin Robin, López Sifuentes, 976745208*).

Así mismo puede comunicarse con el Comité de Ética que validó el presente estudio,

 Universidad Norbert Wiener	FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO(FCI) EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN DEL CIEI-VRI		
	CÓDIGO: UPNW-EES-FOR-068	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01	FECHA: 11/08/2022

Contacto del Comité de Ética: Dra. Yenny M. Bellido Fuentes, Presidenta del Comité de Ética de la Universidad Norbert Wiener, para la investigación de la Universidad Norbert Wiener, **Email:** comité.etica@uwiener.edu.pe

II. DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

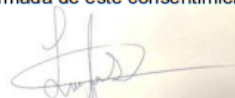
He leído la hoja de información del Formulario de Consentimiento Informado(FCI), y declaro haber recibido una explicación satisfactoria sobre los objetivos, procedimientos y finalidades del estudio. Se han respondido todas mis dudas y preguntas. Comprendo que mi decisión de participar es voluntaria y conozco mi derecho a retirar mi consentimiento en cualquier momento, sin que esto me perjudique de ninguna manera. Recibiré una copia firmada de este consentimiento.

_____ (Firma)

Nombre **participante:**

DNI:

Fecha: (dd/mm/aaaa)



Nombre **investigador: Kevin Robin López Sifuentes**

DNI: 75931086

Fecha: (dd/mm/aaaa)

_____ (Firma)

Nombre testigo o representante legal:

DNI:

Fecha: (dd/mm/aaaa)

Nota: La firma del testigo o representante legal es obligatoria solo cuando el participante tiene alguna discapacidad que le impida firmar o imprimir su huella, o en el caso de no saber leer y escribir.

Anexo 5: Carta de presentación



Lima, 17 de junio del 2025

Carta N°102-06-2025-EAP-ODON-UPNW

Sr. Raúl Ciro Lopez Flores
Gerente General
Policlínico Dental San Francisco de Pomabamba S.A.C

Presente. -

De mi especial consideración:

Es grato dirigirme a usted a nombre de la Universidad Norbert Wiener, con motivo de presentar al Bachiller **Kevin Robin Lopez Sifuentes** de la carrera de **Odontología** para que pueda realizar la recolección de datos para su tesis titulada: **"SEVERIDAD DE TRASTORNOS TEMPOROMANDIBULARES Y SU RELACIÓN CON EL ESTADO PSICOSOMÁTICO DE PACIENTES EDÉNTULOS PARCIALES QUE ASISTEN A UNA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA CIUDAD DE LIMA, 2025."**

Por ello, solicitamos brindar el acceso a vuestra digna Institución al Bachiller para que ejecute las actividades relacionadas a su investigación.

Esperando contar con su apoyo a la formación profesional de nuestros estudiantes aprovecho la oportunidad para expresarle las muestras de mi especial consideración y estima.

Atentamente,



.....
Dra. Brenda Vergara Pinto
Directora
Programa Académico de Odontología
Universidad Norbert Wiener



Universidad
Norbert Wiener

Anexo 6: Constancia de realización de estudio de campo



CONSTANCIA DE AUTORIZACIÓN



Yo, **Raúl Ciro Lopez Flores**, identificado(a) con D.N.I. N° **44351175**, en mi calidad de Representante Legal como Gerente General de la empresa: POLICLINICO DENTAL SAN FRANCISCO DE POMABAMBA E.I.R.L., con R.U.C. N° 20600129946, ubicado en la Av. Felipe Arancibia cuadra 5 block 100, distrito del Rímac provincia y departamento de Lima.

Otorgo la AUTORIZACIÓN, al **Sr. Kevin Robin Lopez Sifuentes**, identificado con D.N.I. N° **75931086**, del Facultad de Ciencias de la Salud del Programa Académico de Odontología de la **Universidad Privada Norbert Wiener S.A 20466246370**, para que ejecute su investigación titulada "**Severidad de trastornos temporomandibulares y su relación con el estado psicossomático de pacientes edéntulos parciales que asisten a una clínica odontológica de la ciudad de Lima, 2025**", dentro de las instalaciones o utilice la información de nuestra empresa **POLICLINICO DENTAL SAN FRANCISCO DE POMABAMBA E.I.R.L.**


Asimismo, autorizo expresamente el uso de la información con fines académicos, contribuyendo con la comunidad educativa.

Finalmente, respecto al uso del nombre y/o cualquier distintivo de la empresa **POLICLINICO DENTAL SAN FRANCISCO DE POMABAMBA E.I.R.L.**, se determina:

- () Mantener en RESERVA el nombre y/o información sensible y/o cualquier distintivo de la empresa **POLICLINICO DENTAL SAN FRANCISCO DE POMABAMBA E.I.R.L.**
- (X) Autorizo mencionar el nombre y/o información y/o cualquier distintivo de la empresa **POLICLINICO DENTAL SAN FRANCISCO DE POMABAMBA E.I.R.L.**

Lima, 24 de junio de 2025.




**Policlinico Dental San Francisco
de Pomabamba E.I.R.L.
RAÚL LOPEZ FLORES
Gerente General**

Raúl Ciro Lopez Flores
POLICLINICO DENTAL
SAN FRANCISCO DE POMABAMBA E.I.R.L
D.N.I.: 44351175

Av. Felipe Arancibia cuadra 5 block 100, distrito del
Rímac 907717117

Anexo 7: Informe de Turnitin






14% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- ▶ Texto citado
- ▶ Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Fuentes principales

- 12%  Fuentes de Internet
- 1%  Publicaciones
- 9%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.






14% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- ▶ Texto citado
- ▶ Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Fuentes principales

- 12%  Fuentes de Internet
- 1%  Publicaciones
- 9%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

Fuentes principales

- 12% Fuentes de Internet
- 1% Publicaciones
- 9% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Fuentes principales

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	Internet	repositorio.uwiener.edu.pe	4%
2	Internet	riujap.ujap.edu.ve	<1%
3	Internet	revistas.uta.edu.ec	<1%
4	Internet	repositorio.continental.edu.pe	<1%
5	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2023-11-19	<1%
6	Trabajos entregados	Universidad Alas Peruanas on 2023-09-19	<1%
7	Trabajos entregados	Universidad Alas Peruanas on 2023-10-20	<1%
8	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2024-05-10	<1%
9	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2025-11-30	<1%
10	Trabajos entregados	uwiener on 2024-03-20	<1%
11	Trabajos entregados	PREGRADO on 2025-09-30	<1%