



Universidad
Norbert Wiener

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

Tesis

Trastorno temporomandibular y síntomas somáticos y su relación con estados
emocionales negativos en pacientes adultos jóvenes de una clínica
odontológica de Lima, 2025

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

Presentado por:

Autor: Alvites Pariona, Yvan Salvador

Código ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-7056-2778>

Asesor: Dr. Gómez Carrión, Christian Esteban

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

Lima – Perú

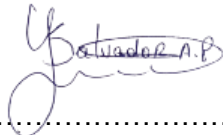
2025

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

Yo, Yvan Salvador Alvites Pariona 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 **“Trastorno temporomandibular y síntomas somáticos y su relación con estados emocionales negativos en pacientes adultos jóvenes de una clínica odontológica de Lima, 2025”** Asesorado por el docente: Dr. Esp. Christian Esteban Gómez Carrión. DNI 41540958 ORCID <https://orcid.org/0000-0001-9698-3176> tiene un índice de similitud de (13) (trece) % con código 14912:517245279 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
 Yvan Salvador Alvites Pariona
 DNI: 70066596



.....
 Dr. Christian E. Gómez Carrión
 FIRMA DE ASESOR
 C.O.P.: 21280
 Firma de asesor
 Christian Esteban Gómez Carrión
 DNI: 41540958

Lima, 13 de diciembre del 2025

MIEMBROS DEL JURADO

Presidente: Dra. Verónica Janice Llerena Meza De Pastor

Secretario: Dra. Rosa Milagros Cabero Manchego

Vocal: Dra. Norma Patricia Falcon Seminario

Dedicatoria

A mis padres Reynaldo Alvites Araujo y Elena Pariona Antonio por todo su amor, apoyo y consejos en toda mi vida como persona y profesional.

A mi hermano mayor Alexander quien estuvo presente en mi formación profesional, y me impulso a seguir con esta linda carrera profesional de odontología.

A mis siguientes hermanos Walter, Martin y Cecilia, quienes estuvieron presentes en los momentos que más necesitaba y me dieron todo su apoyo incondicional, para seguir adelante con mis estudios y poder terminar.

Agradecimiento

Ante todo, agradecer a Dios por dejarme terminar una fase tan importante de mi vida.

A mi asesor Dr. Esp. CD. Christian Esteban Gómez Carrión por apoyarme y brindarme sus conocimientos y orientación durante la elaboración de mi tesis y en general a todas las personas del ámbito universitario que de alguna manera estuvieron presentes en mi vida brindándome su motivación y ayuda.

Índice general

Dedicatoria.....	iv
Agradecimiento.....	v
Índice general.....	v
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	2
1.2.2 Problemas específicos	2
1.3.1 Objetivo general.....	2
1.3.2 Objetivos específicos	3
1.4. Justificación de la investigación.....	4
1.4.1. Teórica.....	5
1.4.2 Metodológica	3
1.4.3 Práctica.....	3
1.5 Limitaciones de la investigación.....	4
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	6
2.1 Antecedentes de la investigación	6
2.2 Bases teóricas.....	11
2.3. Formulación de hipótesis	27
2.3.1. Hipótesis general.....	27
2.3.2. Hipótesis específicas	27
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA.....	28
3.1. Método de la investigación	28
3.2. Enfoque de la investigación	28
3.4. Diseño de la investigación	28
3.5. Población, muestra y muestreo	28
3.5.1 Población.....	28
3.5.2 Criterios de inclusión	28
3.5.3 Criterios de exclusión.....	28
3.5.4 Muestra	29
3.6. Variables y operacionalización	31
3.6.1 Definición operacional.....	31
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	33

3.7.1. Técnica.....	33
3.7.2. Descripción de instrumentos.....	33
3.7.3. Validación.....	35
3.7.4. Confiabilidad.....	35
3.8. Procesamiento y análisis de datos.....	35
3.9. Aspectos éticos.....	35
CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	37
4.1. Resultados.....	37
4.1.1. Análisis descriptivo de los resultados.....	37
4.1.2. Análisis inferencial.....	37
4.2. Discusión de resultados.....	43
CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	46
5.1. Conclusiones.....	53
5.2. Recomendaciones.....	54
REFERENCIAS.....	68
Anexo 1: Matriz de consistencia.....	69
Anexo 2: Instrumento	62
Anexo 3: Validación de instrumento	67
Anexo 4: Aprobación del Comité de Ética	70
Anexo 5: Carta de presentación	71
Anexo 6: Formulato de consentimiento informado	72
Anexo 7: Constancia de recolección de la información.....	74
Anexo 8: Prueba de normalidad.....	75
Anexo 9: Informe de Turnitin.....	76
Anexo 10: Imágenes	77

Índice de tablas

Tabla 1 Grado de trastorno temporomandibular en pacientes adultos jóvenes.	37
Tabla 2. Gravedad de los síntomas somáticos en pacientes adultos jóvenes.	39
Tabla 3. Nivel de los estados emocionales negativos en pacientes adultos jóvenes.	40
Tabla 4. Relación trastorno temporomandibular y síntomas somáticos con estados emocionales negativos en pacientes adultos jóvenes de una clínica odontológica de Lima, 2025.	42
Tabla 5 Prueba Rho de Spearman para relación entre el trastorno temporomandibular y síntomas somáticos con los estados emocionales negativos en pacientes adultos jóvenes.	43

Resumen

Este trabajo presentó el objetivo de determinar la relación entre el trastorno temporomandibular y síntomas somáticos con los estados emocionales negativos en pacientes adultos jóvenes de una clínica odontológica de Lima, 2025. Se diseñó un estudio cuantitativo, básica, no experimental, transversal de alcance relacional; se evaluó 92 pacientes, utilizando 3 cuestionarios: el Índice Anamnésico Simplificado de Fonseca; escala PHQ-15 y DASS-21 mediante la técnica de la encuesta además, que se registró el sexo y la edad. Se pudo evidenciar que, respecto a la relación entre el trastorno temporomandibular (TTM) y los niveles de síntomas somáticos con estados emocionales negativos, se observó que en los casos de estados negativos de nivel funcional predomina la mínima gravedad de síntomas somáticos relacionado con la ausencia de TTM (17.4%), seguida de mínima gravedad relacionado con TTM leve (15.9%) y al evaluar la prueba de Rho de Spearman se evidenció un valor sig. Asintótica de ($p=0,000$) y un valor de correlación de 0,414 indicando una correlación positiva regular con los resultados obtenidos en este estudio se concluye que existe una relación estadísticamente significativa entre los grados de TTM y síntomas somáticos con los estados emocionales negativos en pacientes adultos jóvenes de una clínica odontológica de Lima, 2025, con relación positiva y de intensidad moderada.

Palabras clave: disfunción orofacial, expresión somática, trastorno emocional.

Abstract

This study aimed to determine the relationship between temporomandibular disorder and somatic symptoms with negative emotional states in young adult patients at a dental clinic in Lima, 2025. A quantitative, basic, non-experimental, cross-sectional study was designed; 92 patients were evaluated using three questionnaires: the Fonseca Simplified Anamnestic Index, the PHQ-15 scale, and the DASS-21 scale, using the survey technique. In addition, gender and age were recorded. It was found that, with regard to the relationship between temporomandibular disorder (TMD) and levels of somatic symptoms with negative emotional states, in cases of negative functional states, the minimum severity of somatic symptoms related to the absence of TMD (17.4%) predominated, followed by minimal severity related to mild TMD (15.9%). When evaluating Spearman's Rho test, a significant value of asymptotic value ($p=0.000$) and a correlation value of 0.414, indicating a regular positive correlation with the results obtained in this study. It is concluded that there is a statistically significant relationship between TMD levels and somatic symptoms with negative emotional states in young adult patients at a dental clinic in Lima, 2025, with a positive relationship and moderate intensity.

Keywords: orofacial dysfunction, somatic expression, emotional disorder

Introducción

El trastorno temporomandibular (TTM) es una condición que afecta la articulación mandibular y los músculos que la rodean, generando dolor, limitación funcional y otros síntomas somáticos. En adultos jóvenes, estos síntomas se han asociado frecuentemente con factores emocionales negativos como la ansiedad, la depresión y el estrés. Diversos estudios sugieren que los estados emocionales alterados pueden influir en la percepción del dolor y en la severidad del TTM. Esta relación bidireccional plantea la necesidad de un enfoque multidisciplinario en el diagnóstico y tratamiento del trastorno. Comprender cómo las emociones afectan el cuerpo resulta fundamental para mejorar la calidad de vida de los pacientes.

La metodología de este estudio se presenta en cinco capítulos. El primero expone el problema de investigación, su contexto global, nacional y local, así como la justificación y limitaciones del trabajo. El segundo capítulo desarrolla el marco teórico que fundamenta las variables analizadas. En el tercero se detalla el enfoque metodológico, incluyendo tipo, diseño, instrumentos y técnicas de recolección de datos. El cuarto capítulo muestra los resultados obtenidos y su respectiva discusión. Finalmente, se presentan las conclusiones, recomendaciones, anexos y referencias bibliográficas que respaldan el proceso investigativo.

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema

Los trastornos temporomandibulares (TTM) son un grupo diverso de dolencias que involucran las articulaciones temporomandibulares (ATM), los músculos masticatorios y sus estructuras de soporte. Después del dolor lumbar crónico, son la segunda afección musculoesquelética más común que afecta hasta al 15% de la población adulta (1), es clínicamente importante dada la relación conocida de los síntomas somáticos y de TTM con los estados emocionales negativos como depresión y la ansiedad en los jóvenes (2-4)

Los TTM son un grupo heterogéneo de afecciones musculoesqueléticas caracterizadas por dolor y/o disfunción del sistema estomatognático. Afectan hasta el 16% de la población general y comparten muchas características epidemiológicas y etiopatogénicas con los síndromes somáticos funcionales (5,6).

Se ha postulado que los TTM son una forma de síndromes somáticos funcionales con sensibilización central (respuesta amplificada del sistema nervioso central a las entradas periféricas) (7). Esto fue corroborado por la alta prevalencia de somatización moderada a severa (hasta 77%) en pacientes con TTM (3). Existe evidencia reciente donde los síntomas somáticos y el estrés predicen los TTM, entre tanto, agentes como TTM, estrés y ser mujer fueron factores de riesgo para los síntomas somáticos (4).

Un estudio realizado en pacientes vietnamitas y alemanes concluye que los asiáticos orientales y sudorientales tienen una mayor propensión a somatización (la manifestación de angustia psicoemocional a través de síntomas somáticos) que los occidentales (8).

Además, se observó que los síntomas somáticos, depresivos y de ansiedad estaban relacionados con los TTM en personas jóvenes, incluso cuando no eran graves (9).

En otro estudio se encuentra una mayor incidencia de TTM en personas de 18 a 44 años, y las mujeres tienen cuatro veces más probabilidades de tener TTM que los hombres (10)

Los síntomas psicosociales a menudo acompañan al dolor crónico de TTM, lo que resulta en depresión, discapacidad y disminución de la salud (11).

Se sabe que numerosas características psicoemocionales (incluidas la tristeza, tensión y ansiedad), el catastrofismo y los factores sociales y ambientales tienen un impacto significativo en la aparición y/o persistencia del dolor en la TTM. Aunque se reconoce que las variables físicas y psicoemocionales pueden combinarse para causar dolor en la TTM, los factores psicoemocionales se han asociado con la cronicidad del dolor, pero aún no se consideran un factor de riesgo para la progresión de la TTM (12).

Por lo descrito, el estudio propone determinar el trastorno temporomandibular y síntomas somáticos y su relación con estados emocionales negativos en pacientes adultos jóvenes.

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema general

¿Qué relación existe entre el trastorno temporomandibular y síntomas somáticos con los estados emocionales negativos en pacientes adultos jóvenes de una clínica odontológica de Lima, 2025?

1.2.2 Problemas específicos

- 1- ¿Cuál es el grado de trastorno temporomandibular en pacientes adultos jóvenes?
- 2- ¿Cuál es la gravedad de los síntomas somáticos en pacientes adultos jóvenes?
- 3- ¿Cuál es el nivel de los estados emocionales negativos en pacientes adultos jóvenes?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general

Determinar la relación entre el trastorno temporomandibular y síntomas somáticos con los estados emocionales negativos en pacientes adultos jóvenes de una clínica odontológica de Lima, 2025.

1.3.2 Objetivos específicos

- 1- Identificar el grado de trastorno temporomandibular en pacientes adultos jóvenes.
- 2- Identificar la gravedad de los síntomas somáticos en pacientes adultos jóvenes.
- 3- Identificar el nivel de los estados emocionales negativos en pacientes adultos jóvenes.

1.4 Justificación de la investigación

1.4.1 Teórica

Pretende consultar y comprender el comportamiento de los trastornos temporomandibulares, síntomas somáticos y estados emocionales negativos, dejar un antecedente de discusión con nuevas investigaciones profundizando las base teóricas con nuevos conocimientos acerca de la correlación existente, estos trastornos no solo afectan la calidad de vida de los pacientes, sino que también presentan una carga significativa para los sistemas de salud, debido a la complejidad de su diagnóstico y tratamiento, así como a los costos asociados con la atención médica.

1.4.2 Metodológica

Dado que los resultados se obtuvieron utilizando una herramienta legítima y fiable que respaldará futuros hallazgos, se basarán en el método científico para guiar el proceso estadístico; puede ser replicada para próximos estudios teniendo en cuenta las técnicas e instrumentos utilizados, que ya han sido empleadas para investigaciones anteriores a nivel internacional y nacional.

1.4.3 Práctica

Procede partiendo de las derivaciones y demostrar el problema mencionado; donde los adultos jóvenes que parecen estar predispuestos a la somatización, y los TTM pueden ser una forma de síndromes somáticos funcionales. El reconocimiento de los síntomas somáticos y la angustia emocional es esencial para la atención centrada en la persona de los TTM, así mismo los resultados beneficiarán a los pacientes jóvenes atendidos en una clínica particular ya que se brindarán las soluciones a los problemas existentes y a partir de los resultados encontrados creará habilidades, fomentando la creación de iniciativas de prevención y promoción, diagnóstico preciso y tratamiento eficaz. La implementación de políticas de salud pública y programas de prevención que integren tanto la odontología como la salud mental podría tener un impacto significativo en la prevención y el tratamiento del TTM y los síntomas somáticos asociados con los estados emocionales negativos. Estas iniciativas contribuirían no solo a mejorar la salud física de los pacientes, sino también a abordar los factores emocionales que desempeñan un papel fundamental en el desarrollo y la progresión de estos trastornos. El impacto potencial del estudio sobre la relación entre el trastorno temporomandibular (TTM), los síntomas somáticos y los estados emocionales negativos en pacientes adultos jóvenes tiene un gran valor para la mejora de las estrategias de tratamiento y diagnóstico temprano de este trastorno. Este tipo de investigación podría transformar tanto la forma en que se diagnostican como las intervenciones aplicadas a los pacientes, mejorando considerablemente los resultados clínicos.

1.5 Limitaciones de la investigación

El estudio sobre el trastorno temporomandibular (TTM), los síntomas somáticos y su relación con estados emocionales negativos en adultos jóvenes presenta limitaciones:

1.5.1. Temporal. - una de las principales es la dificultad para establecer una relación causal directa, debido al diseño transversal; también es común la falta de seguimiento a largo plazo, lo cual impide observar la evolución de los síntomas. Finalmente, la comorbilidad con

otros trastornos psicosomáticos puede confundir los hallazgos. Esta investigación fue realizada en los meses de mayo y junio de 2025.

1.5.2. Espacial. – fue realizado en las instalaciones de la clínica dental Víctor Raúl Haya de la Torre ubicado en el distrito de Breña.

1.5.3. Recursos. - La muestra limitada a adultos jóvenes restringe la generalización de los resultados a otras poblaciones.

Además, la dependencia de instrumentos de autoinforme puede introducir sesgos subjetivos en la evaluación de síntomas físicos y emocionales.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

Ujin Yap et al. (13), 2024 en Indonesia buscaron “*Investigar la relación entre el miedo a perderse algo (FOMO) y otras emociones negativas con el trastorno temporomandibular (TTM) y los síntomas somáticos en adultos jóvenes*”. Hicieron un análisis observacional descriptivo transversal, se evaluó 205 adultos jóvenes de 18 y 24 años se evaluaron con el Índice Anamnésico de Fonseca de Forma Corta, los cinco síntomas esenciales de TTM de los Criterios Diagnósticos (CD)/TTM y el Cuestionario de Salud del Paciente-15. El FOMO y otros estados emocionales negativos se evaluaron con la Escala FOMO y la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés-21 (DASS-21). Se manejó pruebas no paramétricas/análisis de correlación y regresión ($\alpha = 0,05$). Si bien solo la afectividad negativa (DASS total), la ansiedad y el estrés difirieron significativamente entre quienes presentaban y no presentaban TTM, se observaron variaciones significativas en el FOMO y en todos los constructos del DASS-21 entre individuos con y sin somatización. Concluyeron que los individuos con dolor orofacial y síntomas somáticos más severos tienen niveles más altos de emociones negativas, incluido FOMO.

Yap et al. (14), en el 2024, Singapur buscaron “*Evaluar la prevalencia/gravedad de los síntomas del trastorno somático y temporomandibular (TTM) en jóvenes del sudeste asiático y determinar sus asociaciones con la angustia psicológica*”. Hicieron un análisis observacional descriptivo transversal, la información demográfica, la muestra estuvo conformada por 400 jóvenes que respondieron el cuestionario de salud del paciente-15 (PHQ-15), el Índice Anamnésico de Fonseca (FAI) y la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés-21

(DASS-21) y se analizaron mediante análisis estadístico no paramétrico y de regresión logística ($p < 0,05$). Se encontró una edad media $18,7 \pm 1,7$ años; 52,3% mujeres), 65,0%/47,0% reportaron síntomas somáticos/TTM, y 10,5% tenían TTM. Se observaron diferencias significativas en el malestar psicológico entre la gravedad variable de los síntomas somáticos/TTM. Las correlaciones entre las puntuaciones PHQ-15/FAI y DASS-21 fueron débiles a moderadamente fuertes ($r_s = 0,30-0,61$). **Conclusión:** Los síntomas somáticos y de TTM son comunes en los jóvenes del sudeste asiático y pueden ser una manifestación de angustia psicológica.

Yap y Marpaung (15), en el 2024, Singapur el propósito de su tesis fue “*Analizar la asociación de los trastornos temporomandibulares (TTM) y los síntomas somáticos con las variables psicológicas de personalidad, afrontamiento y distrés en adultos jóvenes. También se exploraron las correlaciones físicas y psicológicas, junto con los factores de riesgo de TTM/somatización*”, formularon un trabajo descriptivo, observacional y transversal; la muestra fue establecida por 455 participantes de $22,7 \pm 1,2$ años, la presencia de TTM y síntomas somáticos se determinó mediante el Índice Anamnésico de Fonseca Breve y el Cuestionario de Salud del Paciente-15. Las variables psicológicas de personalidad, afrontamiento y distrés se evaluaron con el Inventario de Personalidad Big-Five-10; el Inventario COPE Breve; y las Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés-21, respectivamente. Las evaluaciones estadísticas se realizaron con la prueba U de Mann-Whitney, la correlación de Spearman y análisis de regresión logística ($\alpha = 0,05$), se encontró que el 18,2% y el 5,7% tenían TMD y somatización de media a alta, respectivamente. Los participantes con TMD exhibieron puntuaciones de somatización y distrés psicológico sustancialmente más altas que aquellos sin TMD. Se observaron diferencias significativas en las puntuaciones de TMD, escrupulosidad, extroversión y distrés psicológico entre los participantes con somatización de nula a leve y de media a alta. La asociación entre TMD y puntuaciones de somatización fue débil pero

significativa. El neuroticismo y el estilo de afrontamiento disfuncional se correlacionaron moderadamente con distrés general, depresión, ansiedad y estrés ($r_s = 0,44$ a $0,62$). Concluyeron que la ansiedad es el principal factor de riesgo para la presencia de TMD y somatización media-alta en adultos jóvenes no clínicos, mientras que la responsabilidad es un factor protector para la somatización.

Almutairi et al. (16), en el 2023, 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 y se evaluó 224 participantes quienes completaron 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.

Yap y Marpaung (17), en el 2023, Singapur buscaron *“Investigar las relaciones entre los síntomas del trastorno temporomandibular (TTM), la angustia psicológica y el afrontamiento, junto con los factores de riesgo psicológico para los TTM en adultos jóvenes”*. Se hizo un trabajo descriptivo, observacional, transversal y se evaluó a 455 participantes mediante los cinco síntomas característicos de TMD (5T) del DC/TMD se utilizaron para la

detección de TMD. Los participantes se clasificaron en grupos con 5T negativo/positivo, y los individuos con 5T positivo se dividieron en aquellos con síntomas de TMD relacionados con el dolor (PT), intraarticulares (IT) y combinados (CT). El malestar psicológico y las estrategias de afrontamiento se evaluaron mediante las Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés-21 y el inventario breve COPE. Se realizaron evaluaciones estadísticas mediante análisis no paramétricos y de regresión ($\alpha = 0,05$), Se evidenció un 41,1 % presentó un resultado negativo en las 5T y el 58,9 % un resultado positivo (17,6 % PT, 19,8 % IT y 21,5 % CT). Se observaron diferencias significativas en la afectividad negativa, la ansiedad y el estrés. Sin embargo, las variaciones en los estilos/estrategias de afrontamiento fueron en gran medida insignificantes. En ambos grupos de 5T, el afrontamiento disfuncional mostró una correlación moderada con la afectividad/emociones negativas ($r = 0,40-0,52$); concluyeron que los adultos jóvenes asiáticos con CT y PT presentaron niveles significativamente más altos de afectividad negativa, ansiedad y estrés que sus contrapartes con IT y/o NT. La afectividad/emociones negativas se asociaron con el uso de estrategias de afrontamiento disfuncionales, y la ansiedad fue el principal factor de riesgo psicológico para los síntomas de TTM.

Yap et al. (18), 2022, Singapur en su trabajo establecieron *“Determinar las asociaciones entre los síntomas emocionales, somáticos y relacionados con el trastorno temporomandibular (TTM) en jóvenes asiáticos”*, formularon un trabajo descriptivo, observacional y transversal; la muestra fue establecida por 400 pacientes; 209 mujeres de $18,7 \pm 1,7$ años y la prevalencia/gravedad de la angustia emocional se determinó con la Escala de depresión, ansiedad y estrés-21. Los síntomas somáticos y relacionados con el TTM se evaluaron con el Cuestionario de salud del paciente-15 y el Índice anamnésico de Fonseca. Los datos se analizaron utilizando análisis estadístico no paramétrico y de regresión logística ($p < 0,05$). La depresión moderada a grave, la ansiedad y el estrés estaban presentes en el 31,0%, el

36,8% y el 16,5% de los sujetos respectivamente. Los sujetos con distrés emocional moderado a grave tenían puntuaciones significativamente más altas de síntomas somáticos y de TMD ($p < 0,001$). Las correlaciones entre las puntuaciones de síntomas emocionales y somáticos/de TMD fueron moderadamente fuertes ($r_s = 0,46-0,61$). La regresión logística por pasos indicó que la somatización moderada a grave estaba asociada con el género femenino, la ansiedad y el estrés, y los TTM moderados a graves estaban relacionados con la somatización y el estrés. Los jóvenes asiáticos con distrés emocional elevado experimentaron niveles significativamente más altos de síntomas somáticos y relacionados con TTM.

Yap y Natu (19), 2020, Singapur en su trabajo propusieron *"Evaluó las interrelaciones entre los TMD dolorosos y los síntomas somáticos y psicológicos en jóvenes asiáticos"*. Este estudio observacional transversal evaluó un total de 400 participantes. Los TMD relacionados con el dolor se establecieron con el TMD pain screener (TPS), mientras que los síntomas somáticos y psicológicos se evaluaron con el Patient Health Questionnaire-15 (PHQ-15) y las Depression, Anxiety and Stress Scales-21 (DASS-21). La información se analizaron utilizando la prueba binomial exacta, la prueba U de Mann-Whitney, la correlación rho de Spearman y el análisis de regresión logística ($P < .05$). El grupo "sin TMD" (NT) comprendía 366 sujetos (180 hombres; 186 mujeres) con una edad de $18,72 \pm 1,49$ años, mientras que el grupo "con TMD" (WT) comprendía 34 sujetos (11 hombres; 23 mujeres) de $19,26 \pm 1,89$ años. Se observaron diferencias significativas en las puntuaciones medias del PHQ-15 y del DASS-21 entre los grupos NT y WT ($P \leq .007$). Se observó que el grupo WT tenía síntomas somáticos moderados, depresión moderada, ansiedad moderada a grave y estrés leve. Para los sujetos con TMD relacionados con el dolor, la correlación entre los síntomas somáticos y psicológicos fue moderada a fuerte ($r_s = .55-.69$). Conclusiones: La prevalencia de los TMD relacionados con el dolor fue del 8,5 %. Los sujetos con TMD dolorosos presentaron niveles significativamente más altos de malestar somático y psicológico. Además,

los síntomas somáticos se correlacionaron fuertemente con la ansiedad y el estrés, pero menos con la depresión.

2.2 Bases teóricas

2.2.1. Trastorno temporomandibular

El primer estudio sobre los TTM fue escrito y publicado en 1887 por un cirujano británico que describió el tratamiento quirúrgico de las luxaciones de la Articulación temporomandibular (ATM) (20). El estudio de Costen de 1997 subrayó que la maloclusión dental, que también provoca problemas en el sistema auditivo, está en la raíz de los TTM (21).

Según la Academia Americana de Dolor Orofacial (AAOP), son un conjunto de trastornos y/o disfunciones dolorosas que afectan a la masticación, ATM y las estructuras adyacentes (22). Según el artículo, son un subconjunto de afecciones orofaciales dolorosas caracterizadas por ruidos articulares, molestias en la ATM, fatiga de los músculos cráneo-cervicofaciales (sobre todo los masticatorios) y restricción del movimiento mandibular (23).

Según la Asociación Dental Americana (ADA), son un grupo de trastornos biopsicosociales con una etiología compleja (24). Definen los TTM como un conjunto de afecciones caracterizadas por dolor periauricular y regional, incluidas molestias musculares (25).

La Asociación Americana de Investigación Dental lo describe como problemas musculoesqueléticos y neuromusculares que afectan a la articulación temporomandibular y a los músculos y tejidos asociados, dando lugar a cambios a nivel orofacial (26).

Dado que una proporción significativa de la población general -entre el 5% y el 13%- desarrolla TTM con síntomas, estos trastornos constituyen un problema de salud pública (20).

Etiología

Dado que no existe un único elemento que pueda explicar plenamente la etiología, en la actualidad se considera que los TTM son multifactoriales, lo que significa que la mayoría de

las variables estudiadas se asocian a su desarrollo lugar de identificarse plenamente como en factores etiológicos (27).

Las investigaciones han hecho avanzar nuestra comprensión del origen multifactorial de los TTM (28), que incluye diversos factores solos o combinados y contribuir al desarrollo de los TTM. Estos factores también han permitido evaluar los TTM a nivel individual (29, 30).

Se han propuesto numerosas ideas para el desarrollo de los TTM, entre ellas las teorías biológicas, de la artrosis, del traumatismo, del desplazamiento mecánico, neuromusculares, musculares, psicofisiológicas y psicosociales (31,32).

Signos y Síntomas

El dolor, la restricción de la amplitud de movimiento y el ruido de la articulación temporomandibular son los tres síntomas principales (20). Los TTM pueden presentarse con una variedad de indicaciones y síntomas, que a menudo afectan a múltiples componentes del sistema masticatorio (21).

La hipertonía localizada de los músculos, el entumecimiento y la rigidez, la asimetría de su acción y la parestesia en la región del punto gatillo son los principales signos indoloros de la disfunción de la ATM (21).

El chasquido temporomandibular, que se produce con la protrusión, el movimiento lateral y la apertura y cierre de la mandíbula, es el signo más prominente (33).

Clasificación de los Trastornos Temporomandibulares

Se sabe poco sobre la etiología y la historia natural de los TMD, lo que dificulta su clasificación. Cualquier taxonomía o sistema de clasificación debe considerarse dentro de un marco dinámico que se adapte a la luz de las nuevas investigaciones y el aumento de los conocimientos (20).

Los TTM más frecuentes y los menos frecuentes se incluyen en la siguiente categorización, basada en Criterios Diagnósticos para los TTM (CD/TTM) (21).

1. Trastornos de la Articulación Temporomandibular:

1.1 Dolor en la articulación: retrodiscitis, capsulitis y sinovitis; molestias localizadas que empeoran con la función y la parafunción (21).

1.1.1 Artralgia: Dolor asociado al movimiento de la mandíbula.

1.1.2 Artritis: Dolor articular causado por infección o inflamación.

1.2 Trastornos articulares: Se caracterizan por conexión irregular entre el cóndilo y el disco articular.

1.2.1 Trastornos del complejo disco-condilar: Problema biomecánico intracapsular del complejo disco-condilar (21).

1.2.1.1.1 Desplazamiento discal con reducción: a la apertura, el disco desciende de su posición anterior con respecto al cóndilo cuando se cierra la boca. El disco también puede desplazarse lateral y medialmente. También puede producirse un chasquido cuando se vuelve a unir el disco (21).

1.2.1.1.2 Desplazamiento discal con reducción de bloqueo intermitente: El disco es anterior al cóndilo en la posición bocacral y ocasionalmente retrocede con la apertura bucal.²⁸ La apertura mandibular restringida intermitente se produce cuando el disco no retrocede con la apertura bucal; en algunos casos, esto puede requerir un movimiento de desbloqueo si la mandíbula no vuelve a su posición de reposo (21).

Desplazamiento del disco no decreciente con apertura limitada: Cuando la boca está cerrada, el disco se sitúa anterior al cóndilo y no disminuye al abrir la boca. El disco también puede estar desplazado lateral y medialmente. A esta afección se asocia una apertura mandibular limitada que no puede reducirse mediante manipulación por parte del paciente o del clínico (21).

1.2.1.1.4 Luxación discal sin reducción y sin apertura restringida: El disco está por delante del cóndilo cuando la boca está cerrada y no desciende cuando la boca está abierta. El

disco también puede estar desplazado lateral y medialmente. La restricción mandibular no se asocia a esta afección (21).

1.2.2 Otros trastornos de hipomovilidad: La reducción de la movilidad mandibular con desviación hacia el lado afectado en la apertura es característica de las adherencias fibrosas intraarticulares y de las adherencias anquilosadas, que pueden desarrollarse como consecuencia de un traumatismo crónico (21).

1.2.2.1 Adherencias y adherencias: Dan lugar a una reducción del movimiento del complejo disco-condilar. La inflamación de la articulación causada por un traumatismo agudo, un estrés elevado o una enfermedad sistémica puede provocar adherencias (21).

1.2.2.2 Anquilosis: Existen dos tipos de anquilosis de la ATM. En la anquilosis fibrosa, no hay cambios esqueléticos significativos, pero en la anquilosis ósea, el crecimiento de células óseas hace que los huesos temporomandibulares se fusionen (21).

1.2.3 Trastornos de hipermovilidad: Dos formas de luxación de la articulación temporomandibular entran en esta categoría. En estos casos, el complejo disco-condilar es anterior a la eminencia articular y requiere una técnica especial para restablecer la posición de bloqueo (21).

1.2.3.1 Subluxación: El complejo disco-condilar se sitúa anterior a la eminencia articular en posición de boca abierta y requiere una técnica manipulativa (movimiento) realizada por el paciente para devolverlo a su posición normal cerrada.

1.2.3.2 Luxación: En esta situación, el disco y cóndilo se encuentra anterior y requiere una técnica manipulativa específica por parte del clínico para devolverlo a la fosa. Otro término para esta situación es bloqueo abierto (21).

1.3 Enfermedades articulares:

1.3.1 Artrosis delimitada: Las enfermedades degenerativas de la articulación se caracterizan por la degradación del tejido articular, acompañada de eminencias articulares y cambios óseos en el cóndilo (21).

1.3.2 Reabsorción condilar idiopática: degenerativa causa una mordida abierta anterior gradual y pérdida de altura condilar.

1.3.3 Osteocondritis disecante: Este trastorno articular causa molestias y pérdida de movilidad porque el hueso situado debajo del cartílago pierde flujo sanguíneo y se desprenden trozos de hueso osteocondral (21).

1.3.5 Artritis sistémica: Se trata de una amplia enfermedad inflamatoria sistémica que causa inflamación articular que provoca dolor o cambios estructurales.

1.3.6 Neoplasia: La ATM o sus estructuras de soporte son el origen de un nuevo crecimiento, a menudo incontrolado, de tejido anormal. En esta región puede haber neoplasias benignas, malignas o metastásicas (34).

1.4 Fracturas:

Todos los elementos óseos asociados del sistema masticatorio son susceptibles de lesión por fuerza traumática directa. La fractura, luxación, contusión o laceración del disco intervertebral, los ligamentos o las superficies articulares, con o sin hemorragia intraarticular, pueden ser la causa de este traumatismo. Las adherencias, la anquilosis, las irregularidades oclusales o la degeneración articular son ejemplos de secuelas. A continuación, se presentan ejemplos de fracturas abiertas con apófisis condilar y subcondilar y fracturas cerradas con ambas (21).

1.5 Trastornos congénitos

1.5.1 Aplasia: causa asimetría facial debido al subdesarrollo de la fosa articular y la eminencia y, por lo general, ausencia unilateral del cóndilo (21).

1.5.2 Hipoplasia: Se refiere al subdesarrollo o desarrollo incompleto del maxilar inferior o del cráneo. Los traumatismos faciales pueden ser una causa secundaria de hipoplasia condilar. La maloclusión, incluida la mordida abierta, puede estar asociada a esta afección.

1.5.3 La hiperplasia es el crecimiento excesivo de los huesos de la mandíbula o del cráneo causado por un aumento de células normales no cancerosas (21).

2. Trastornos de los músculos masticatorios:

Actualmente no está claro qué procesos causan dolor en los músculos esqueléticos. El dolor puede deberse a la isquemia de un músculo que funciona normalmente o al uso excesivo de un músculo normalmente perfundido (21).

2.1 Dolor muscular específico orofacial:

2.1.1 Mialgia: Dolor muscular desencadenado por el movimiento, la función o la parafunción de la mandíbula. Los músculos más comúnmente afectados por la mialgia son los maseteros y los temporales. Para reproducir este dolor se utilizan pruebas de estimulación de estos músculos. Se divide en dos categorías: dolor orofacial referido y mialgia local (21).

2.1.2 Tendinitis: Las pruebas de estimulación del tendón masticatorio se utilizan para reproducir el dolor de origen tendinoso que se ve afectado por el movimiento. La movilidad de la mandíbula puede verse restringida como consecuencia de las molestias. La tendinitis suele afectar al tendón temporal, causando molestias que se sienten en los dientes u otros tejidos.

2.1.3 Miositis: Dolor muscular asociado a edema, eritema, aumento de la temperatura corporal y/o signos de infección o inflamación. Suele desarrollarse rápidamente tras una lesión muscular directa, una infección o una enfermedad autoinmune persistente.

2.1.4 Espasmo: Contracción muscular brusca, involuntaria y reversible (21).

2.2 Contracción: Cuando los tendones, ligamentos o fibras musculares se fibrosan, el músculo se acorta. Generalmente, no duele hasta que el músculo se estira en exceso.

2.3 Hipertrofia: Crecimiento de uno o varios músculos que intervienen en la masticación. El uso excesivo y/o la tensión muscular prolongada pueden causar esta afección, que a menudo es indolora.

2.4 Neoplasias: Las neoplasias del músculo masticatorio pueden ser benignas, malignas o metastásicas y están causadas por una proliferación tisular con características histológicas. No son frecuentes (21).

2.5 Trastornos del movimiento

2.5.1 Discinesia orofacial: esta afección consiste en movimientos incontrolables de la cara, los labios, la lengua y/o la mandíbula, principalmente coreicos (baile). La causa puede ser una lesión traumática de la lengua o de la mucosa oral. Los pacientes con antecedentes de uso de medicamentos y los de mayor edad tienen más probabilidades de padecer esta afección (21).

2.5.2 Distonía oromandibular: Esta afección se caracteriza por espasmos musculares excesivos, prolongados e involuntarios que pueden afectar a la mandíbula, los labios, la lengua y/o la cara. Puede ser un elemento de muchos trastornos del sistema nervioso central.

2.6 Dolor de músculos masticatorios atribuidos a patologías sistémicas

2.6.1 Fibromialgia: Esta afección se caracteriza por dolor en los músculos masticatorios y dolor generalizado.

2.6.2 El dolor muscular crónico y persistente que se agrava con la actividad se conoce como mialgia de origen central (21).

3 Trastornos de dolor de cabeza

3.1 Dolor de cabeza atribuido al TTM: Un dolor de cabeza puede atribuirse al TTM cuando es consecuencia de un trastorno de las estructuras temporomandibulares. La Sociedad Internacional del Dolor de Cabeza (IHS) afirma que un dolor de cabeza se considera atribuible al TTM cuando hay evidencia de una condición patológica que afecta a los músculos

masticatorios, la articulación temporomandibular y/o los tejidos relacionados y una relación causal entre ambos (21).

4. Estructuras relacionadas:

4.1 Hiperplasia coronoidea: Esta afección se caracteriza por el crecimiento gradual de la apófisis coronoides, lo que impide que la mandíbula se expanda debido a las colisiones con la apófisis cigomática maxilar (21).

Diagnóstico de los trastornos temporomandibulares

La estandarización de los procedimientos de diagnóstico y, por lo tanto, de su evaluación, es esencial, ya que el avance de las terapias de la enfermedad depende de un diagnóstico preciso y del conocimiento de la historia natural de la enfermedad. Según los diversos protocolos utilizados para evaluar si un paciente tiene TTM, existe una gran variación en los criterios clínicos. Esta variación en los criterios clínicos también da lugar a una amplia gama de resultados de diferentes estudios con respecto a la prevalencia de los trastornos, sus manifestaciones clínicas y su diagnóstico (35).

Por lo general, una evaluación física exhaustiva de la DTM consiste en:

1. Palpación de los músculos del sistema estomatognático para detectar cambios como hipertonía, nódulos o puntos gatillo.
2. Palpación de la articulación temporomandibular para evaluar la movilidad articular, las limitaciones y asimetrías, y para detectar chasquidos, ruidos o crepitación.
3. Rango máximo de movimiento y grados de apertura para evaluar la movilidad articular.
4. Un examen intraoral, en el que se examina la oclusión del paciente para ver si hay algún desequilibrio o contactos desviados (36).

Se requieren estudios de imagen complementarios para evaluar la forma y la consistencia de las diversas estructuras del sistema estomatognático cuando se sospecha de un

cambio en la arquitectura de la articulación temporomandibular. La tomografía axial computarizada (TAC) para los tejidos duros y la resonancia magnética (RM) para los tejidos blandos son los estándares de referencia para estos exámenes. Dado el coste de estas pruebas, a menudo se utilizan alternativas menos costosas para mostrar las estructuras. Por ejemplo, se utiliza la ecografía para los tejidos blandos y diversas técnicas radiográficas, como la técnica de Farrar o la radiografía panorámica, para las estructuras óseas (37).

Un examen exhaustivo o pruebas que busquen cambios psicológicos deben formar parte de los criterios de diagnóstico para el TPM, ya que pueden predisponer, favorecer o prolongar el TPM. Esto se debe a que, como han señalado varios autores, la explicación de los TPM implica algo más que componentes físicos o cambios estructurales; también implica una variedad de condiciones sociales y la psique del paciente (38).

Las siguientes son las principales razones para un enfoque diagnóstico común:

1. Un marco biopsicosocial para el diagnóstico y la clasificación de enfermedades y trastornos.
2. Se deben recopilar datos epidemiológicos para comprender mejor las enfermedades y las poblaciones en las que se producen.
3. Un sistema de dos ejes que consta de perfiles psicosociales (Eje II) y diagnósticos físicos (Eje I).
4. Definiciones operativas estrictas de conceptos, como directrices precisas para el examen clínico, categorización de resultados y métodos para estudios de fiabilidad y validez.
5. Reconocimiento de que se necesitan más datos para el primer intento de respaldar modificaciones posteriores (39).

Los Criterios Diagnósticos para la Investigación de los Trastornos Temporomandibulares (CDI/TMD), o Criterios Diagnósticos de Investigación para la TMD

(RDC/TMD) en su idioma original, son los precursores de estos procedimientos con un enfoque diagnóstico común (39).

2.3.1. Criterios diagnósticos de los Trastornos Temporomandibulares

2.3.1.1. CIE/DMS El CIE/DMS se introdujo por primera vez en 1992 con el objetivo de mejorar el grado de coherencia entre los diferentes estudios proporcionando criterios de diagnóstico estandarizados, utilizando un examen clínico y la toma de antecedentes con instrumentos validados para obtener signos clínicos (Eje I), y evaluando los aspectos conductuales, psicosociales y psicológicos del individuo estudiado (Eje II) (35).

El CIE/DMF se presentó como un marco para el desarrollo de un sistema de categorización y diagnóstico preciso, fiable y clínicamente aplicable para todos los tipos de dolor crónico. En lugar de utilizar un enfoque biológico más limitado, surgió de la necesidad de comprender, diagnosticar y tratar el DMF utilizando un modelo biopsicosocial (39).

Según la información disponible en ese momento, su versión original se limitaba a las afecciones que podían caracterizarse operativamente para su evaluación y que se pensaba que tenían implicaciones terapéuticas particulares o una presunta historia natural. Las afecciones que no cumplían estos requisitos de definición operativa se aplazaron hasta que estuvieran respaldadas por datos científicos (40).

En los 20 años transcurridos desde su publicación, el método CDI/TTM ha estimulado numerosos estudios científicos, se ha traducido a 22 idiomas y ahora es uno de los trabajos más referenciados en odontología (39,40).

2.3.1.2. TTM/CD Basado en los resultados y al acuerdo alcanzado en conferencias internacionales, el CD/TTM se publicó por primera vez en 2013 tras un largo proceso de modificación del CDI/TTM para hacerlo más adecuado para su uso clínico (20,40).

Se ha mantenido dos ejes del CDI/TTM, con el Eje I relacionado con cuestiones físicas y el Eje II con aspectos psicológicos. Aunque es importante recordar que la validez y fiabilidad

de cada diagnóstico individual varía, el Eje I contiene criterios de diagnóstico válidos y fiables para las afecciones dolorosas e intraarticulares más comunes. Además de técnicas de exploración bien definidas y una evaluación sistemática de los síntomas subjetivos, el procedimiento del Eje I utiliza normas diagnósticas específicas para interpretar los datos clínicos (40).

El Eje II es una evaluación psicológica basada en herramientas (cuestionarios) y normas de interpretación aprobadas. Incluye herramientas para evaluar la función mandibular, el estrés, el comportamiento ante el dolor y el funcionamiento psicosocial. El uso de esta herramienta ofrece dos opciones: una colección completa de instrumentos para una evaluación prolongada, que es excelente para el especialista en dolor orofacial, y una evaluación abreviada, que se recomienda para cualquier médico (20,39).

De los 32 idiomas a los que se ha traducido el CD/TTM, 16 han sido validados adecuadamente. A partir de 2018, se ha validado la traducción al español (41).

2.3.1.3. Índice Anamnéstico de Fonseca (FAI)

Un método para evaluar a las personas con DTM en función de sus síntomas e indicadores es el Índice de Anamnesis de Fonseca (FAI) (42).

El Índice de Helkimo, que describe la gravedad de la DTM, se utilizó como base para crear este índice (43). Debido a su relativa simplicidad, el FAI es el preferido para su uso tanto en entornos clínicos como de investigación. Dado que el CDI/TTM no documenta la gravedad del TTM, se ha utilizado junto con el CDI/TTM. Aunque se ha demostrado que su sensibilidad y especificidad para el dolor miofascial son altas, muchos autores afirman que su potencial diagnóstico no ha sido confirmado y, por lo tanto, la clasificación de la gravedad se basa en él (42).

El instrumento en sí es un cuestionario con diez preguntas y tres posibles respuestas: «sí», «a veces» y «no». A las respuestas se les asignan valores y la puntuación se calcula

sumando todos los valores de cada ítem. Esto permite las siguientes clasificaciones: DTM leve, DTM moderada, DTM grave y sin signos o síntomas de DTM (43).

2.2.2. Síntomas somáticos

Una serie de síntomas, como la ansiedad y la depresión frecuente, que se consideran trastornos mentales (44), la sensibilidad biológica al estrés agudo y los factores socioculturales, están fuertemente asociados a la somatización, una situación crítica que se refleja en la población mundial en términos de salud física y mental. Algunas personas creen que el dolor crónico, como la migraña, el lumbago, la fibromialgia, los dolores de cabeza, etc., está causado por sensaciones somáticas y limitaciones en el diagnóstico. Además, a veces son obesos y tienen sobrepeso (45).

Según los conceptos esbozados en el DSM II, los síntomas somáticos están asociados a un diagnóstico clínico de trastorno somatomorfo (46). Además, se considera una afección médica que se manifiesta como un conjunto de síntomas (47). Por esta razón, el término «somatización» se utiliza ampliamente en los campos de la psiquiatría y la psicopatología, con límites diagnósticos claros. En general, existen dos tipos de tratamiento: el asesoramiento psicológico y la terapia cognitivo-conductual. En cuanto a la intervención, la interacción médico-paciente debe ser explícita e inequívoca a este respecto. Los problemas emocionales en una situación específica se transmiten discutiendo los síntomas físicos en la primera instancia de atención (48).

Según los criterios, los pacientes que somatizan suelen consultar a un médico o a una institución médica; por lo tanto, la frecuencia, la intensidad y la persistencia de las presentaciones del paciente son las que caracterizan la somatización (49).

Los problemas de salud mental, las enfermedades mentales, la angustia o los trastornos psicológicos, las dolencias somáticas, los síndromes funcionales, los síntomas de enfermedades no diagnosticadas, los trastornos sin explicación médica, los síntomas psicósomáticos y otros

son términos que se utilizan para describir la somatización. Según la investigación de Nimnuan (50), a los pacientes con un conjunto similar de síntomas se les da un diagnóstico funcional basado en el especialista que consultan. Por ejemplo, un reumatólogo puede diagnosticar fibromialgia, un neurólogo puede diagnosticar fatiga crónica y un gastroenterólogo puede diagnosticar síndrome del intestino irritable. Cada especialista examina los síntomas con los que está familiarizado y excluye de su diagnóstico los síntomas que están fuera de su área de especialización (51).

El término «síntomas somáticos sin causa orgánica» (SSWOCC) se refiere a una amplia categoría de quejas subjetivas para las que no existe evidencia clínica que las respalde. Es posible separar o agrupar los síntomas. Ciertos grupos de síntomas constituyen síndromes funcionales, que a menudo coexisten en las mismas personas y duran toda la vida. Los trastornos psicopatológicos como la ansiedad y la depresión pueden coexistir con enfermedades funcionales. El uso de categorías nosológicas basadas en criterios para afecciones biológicas que no pueden objetivarse en estos síntomas y síndromes, y la interpretación subjetiva resultante por parte de los médicos, pueden estar entre los elementos que determinan el solapamiento (52).

2.2.3. Estados emocionales negativos

Al conceptualizar estos determinantes de la salud de manera dinámica, el modelo biopsicosocial se aparta del modelo biomédico, sino el papel que desempeñan en la salud otros factores, como sociodemográficas, psicológicos y sociocontextuales (53).

También se ha demostrado que las comorbilidades psicoemocionales desempeñan un papel en el desarrollo de los síntomas clínicos, la cronificación del dolor y la progresión y persistencia del dolor de la ATM. La alteración de la percepción del dolor también puede ser el resultado de elementos psicológicos, que incluyen componentes conductuales, emocionales y cognitivos (12).

Por todas estas razones, esta investigación se centrará en la tristeza, la ansiedad y el estrés como variables psicoemocionales que pueden afectar a la presentación de la ATM (54).

2.2.3.1. Depresión

La depresión es «un trastorno mental común caracterizado por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o baja autoestima, alteraciones del sueño o del apetito, sensación de fatiga y falta de concentración» (55).

Según las estadísticas de la OMS, es una enfermedad generalizada que se cree que afecta a más de 300 millones de personas en todo el mundo. Además, el suicidio es la segunda causa de muerte entre los jóvenes de 15 a 29 años, y afecta a aproximadamente 800 000 personas al año (56).

Los dos tipos de depresión son el trastorno depresivo persistente, también conocido como distimia, y el trastorno depresivo mayor/episodio depresivo, que es el tipo más común de depresión y se caracteriza por episodios depresivos recurrentes que duran dos semanas o más (57).

El episodio se clasifica como leve, moderado o grave según su intensidad (57).

En el trastorno afectivo bipolar, los episodios maníacos y depresivos suelen intercalarse con períodos de estado de ánimo normal (57).

El nivel de depresión del paciente determina el curso del tratamiento, que puede incluir terapia psicológica o medicación antidepresiva, a pesar de la disponibilidad de medicación eficaz (57)

2.2.3.2. Ansiedad

La Asociación Americana de Psicología (APA) define como una respuesta anticipada a una posible lesión o desastre, seguida de signos físicos de tensión, conductas de evitación o una desagradable sensación de disforia (58). El trastorno de ansiedad generalizada (TAG), el trastorno de pánico, las fobias, el trastorno de ansiedad social, el trastorno obsesivo-compulsivo

(TOC) y el trastorno de estrés postraumático (TEPT) se encuentran entre las enfermedades mentales que entran dentro de la definición de la OMS de trastornos de ansiedad. Estas afecciones se caracterizan por sentimientos de miedo y preocupación. Al igual que en la depresión, existe un espectro de síntomas que van de moderados a graves (56).

La ansiedad generalizada se caracteriza por una preocupación y un miedo excesivos ante una amplia gama de situaciones, acontecimientos o actividades. El impacto real del acontecimiento anticipado se correlaciona con la gravedad, frecuencia y duración del episodio (58). Los adultos con esta afección a menudo se preocupan por su vida cotidiana, incluyendo su familia, sus finanzas, su salud y sus responsabilidades laborales. Los niños con esta afección a menudo se preocupan excesivamente por su rendimiento o competencia (57).

2.2.3.3. Estrés

El concepto de estrés es amplio y cambia según la perspectiva utilizada en biología, epidemiología, psicología, etc. El estrés se define como un estado causado por un acontecimiento en la vida que desencadena la liberación de cortisol y adrenalina, independientemente de si el acontecimiento es amenazante o una serie de acontecimientos que aumentan o superan la capacidad de adaptación de un organismo y conducen a respuestas biológicas, conductuales y psicológicas que pueden aumentar el riesgo de enfermedad. Desde un punto de vista psicológico, el mismo acontecimiento puede ser percibido como estresante por algunos y no por otros, dependiendo de cómo cada persona perciba las circunstancias. La Asociación Americana de Psicología define el estrés como una experiencia emocional desagradable asociada a cambios fisiológicos, conductuales y bioquímicos predecibles (59).

2.2.4. Relación biopsicosocial de los Trastornos temporomandibulares con los síntomas somáticos

Los TTM son afecciones que afectan la articulación temporomandibular y los músculos masticatorios, presentando síntomas como dolor facial, limitación en la movilidad mandibular

y sonidos articulares. La etiología de los TTM es compleja y multifactorial, integrando componentes biológicos, psicológicos y sociales en un modelo biopsicosocial. Diversos estudios recientes han evidenciado que factores psicológicos, como el estrés, la ansiedad y la depresión, están estrechamente relacionados con la aparición y exacerbación de los síntomas de los TTM.

La investigación realizada por Pérez en el 2021 encontró que pacientes con niveles elevados de ansiedad y depresión mostraron una mayor incidencia de TTM, sugiriendo que los factores emocionales pueden influir en la manifestación y severidad de estos trastornos (60). Además, Gómez y Rodríguez en el 2022 destacaron que el estrés crónico puede alterar la función neuromuscular del aparato estomatognático, incrementando la posibilidad de desarrollar TTM (61).

La relación entre los TTM y los síntomas somáticos también ha sido objeto de estudio. López en el 2020 observaron que pacientes con TTM reportaron una mayor frecuencia de síntomas somáticos inespecíficos, como dolores musculares y cefaleas, lo que indica una posible conexión entre los factores psicológicos y la manifestación física de los trastornos (62).

Asimismo, la influencia de factores sociales no debe subestimarse Martínez y Sánchez en el 2023 sugirieron que el apoyo social y las condiciones laborales pueden afectar la percepción y manejo del dolor en pacientes con TTM, resaltando la importancia de considerar el contexto social en el tratamiento de estos trastornos (63).

Estos hallazgos enfatizan la necesidad de abordar los TTM desde una perspectiva integral que considere la interacción entre los aspectos biológicos, psicológicos y sociales del paciente. Un enfoque multidisciplinario que incluya odontólogos, psicólogos y otros profesionales de la salud es esencial para el manejo efectivo de los TTM, garantizando una atención personalizada y centrada en el paciente.

2.3. Formulación de hipótesis

2.3.1. Hipótesis general

H₁ Existe relación entre el trastorno temporomandibular y síntomas somáticos con los estados emocionales negativos en pacientes adultos jóvenes de una clínica odontológica de Lima, 2025.

H₀ No existe relación entre el trastorno temporomandibular y síntomas somáticos con los estados emocionales negativos en pacientes adultos jóvenes de una clínica odontológica de Lima, 2025.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. Método de la investigación

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 (64).

3.2. Enfoque de la investigación

Se adoptó un enfoque cuantitativo, lo que implica que las variables del estudio fueron analizadas a partir de datos numéricos. Para ello, se consideraron sus distintas dimensiones y se aplicaron indicadores específicos que permitieron medirlas de manera objetiva y precisa(65).

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 (66).

3.4. Diseño de la investigación

No experimental, las características de los trastornos temporomandibulares, síntomas somáticos y los estados emocionales negativos (65)

- Corte transversal; los datos fueron recogidos en un momento establecido.
- Nivel relacional puesto que se buscó la relación de los trastornos temporomandibulares, síntomas somáticos con los estados emocionales negativos (64).

3.5. Población, muestra y muestreo

3.5.1 Población

Estuvo accedida por 120 pacientes adultos jóvenes de la clínica dental Víctor Raúl Haya de la Torre, 2025.

3.5.2 Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Pacientes que firmen el consentimiento informado.
- Pacientes adultos jóvenes sin diagnóstico de TTM.

- Pacientes adultos jóvenes con síntomas somáticos.
- Pacientes adultos jóvenes sin diagnóstico psiquiátrico.

Criterios de exclusión

- Pacientes adultos jóvenes con traumatismo orofacial.
- Pacientes adultos jóvenes con tratamiento psicológico.
- Pacientes adultos jóvenes 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 (120)

k= nivel de confianza (1.96)

e= error de muestreo de 5% (0.05)

PQ= (0.25)

$$m = \frac{1.96^2 \times 120 \times 0.25}{0.05^2 \times (120 - 1) + 1.96^2 \times 0.25}$$

$$m = 91.619$$

Con la fórmula se consigue 91.619 redondeando al número siguiente la muestra quedó conformada por 92 pacientes adultos jóvenes de clínica dental Víctor Raúl Haya de la Torre, 2025.

3.5.4. Tipo de muestreo

Muestreo probabilístico aleatorio simple (65).

3.6. Variables y operacionalización

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Escala de medición	Escala Valorativa
Trastorno temporomandibular	Colección de problemas biopsicosociales complejos. Utilizan el término TTM para describir una colección de afecciones marcadas por molestias localizadas en los músculos y la región periauricular.	Evaluación de los TTM a través de las medidas del índice anamnésico abreviado de Fonseca; registrado en la ficha de observación.	Presencia de TTM Diagnóstico de TTM	Índice Anamnésico simplificado de Fonseca	Ordinal	No presenta Leve Moderado Severo
Síntomas somáticos	Los síntomas somáticos son quejas subjetivas para las que no se encuentran signos clínicos que las justifiquen. Puede tratarse de síntomas solos o agrupados.	Evaluación del nivel de los síntomas somáticos a través del puntaje obtenido del Cuestionario de salud del paciente - 15; registrado en la ficha de observación	Presencia de somatización Gravedad de síntomas	Cuestionario de Salud del Paciente-15 (PHQ-15)	Ordinal	Mínima gravedad Baja gravedad Gravedad media Alta severidad

Estados emocionales negativos	Fenómenos psicofisiológicos asociados a las enfermedades mentales y físicas como variables influyentes en su inicio, desarrollo y mantenimiento.	Evaluación del nivel de los estados emocionales negativos a través del puntaje de la escala de depresión, ansiedad y estrés-21 registrado en la ficha de observación	Depresión	Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés-21 (DASS-21)	Ordinal	Funcional: Leve: Moderado Severo
			Ansiedad			
			Estrés			

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.7.1. Técnica

La técnica que se utilizó para la investigación fue la técnica de la encuesta para la tres variables el cual permitió obtener los datos de manera precisa.

3.7.2. Descripción de instrumentos

a) Procedimientos:

Para la realización del proyecto de investigación se realizó los siguientes pasos:

- Presentación del proyecto de investigación al área de vicerrectorado de investigación y se designará un asesor.
- Una vez aprobado el proyecto se procedió a enviarlo al comité de ética para su ejecución
- Posteriormente se solicitó una carta de presentación al comité de ética para realizar el trabajo correspondiente.
- Teniendo la carta de presentación se fue a tomar la muestra a la clínica dental Víctor Raul Haya de la Torre.
- Para registrar la población que cumplieron los criterios de selección y recoger la muestra con la que se inició la investigación, se solicitó el archivo de información de las personas que han recibido tratamiento en la clínica dental.

El procedimiento detallado fue el siguiente:

Consentimiento informado

Tras una breve explicación del propósito del estudio, cada paciente recibió un formulario de consentimiento informado para completar como prueba de aceptación de su participación en la investigación.

Se aplicó el instrumento que permitió caracterizar la información los TTM del índice simplificado anamnésico de Fonseca.

Se procedió a completar el Cuestionario de Salud del Paciente-15 (Escala PHQ – 15)

Finalmente, la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés-21 (DASS-21)

Las encuestas tuvieron una duración de 35 minutos cada uno.

b) Instrumento

Para realizar el trabajo de investigación se utilizó 3 encuestas que tuvieron 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 suma de los puntos de cada ítem da la puntuación final, y se establecieron las siguientes categorías: leve, moderada, grave y ausente. El SFAI fue desarrollado y validado por Dr. Dickson Fonseca en São Paulo y consecutivamente reproducido y validado en español por Jaime A. Lázaro en Lima, Perú.

Para la variable 2 se utilizó la escala PHQ-15 (Cuestionario de Salud del Paciente), que evaluó la intensidad de las molestias físicas. Con una sensibilidad del 78 % y una especificidad del 71 %, esta escala de 15 preguntas evalúa alrededor del 90 % de los síntomas físicos de los pacientes. Ros et al. validaron la medida para el idioma español en España. La puntuación total de la escala (0-4 puntos, 5-9 puntos, 10-14 puntos y 15 o más puntos) se utilizó para determinar la gravedad mínima (1), baja (2), moderada (3) y alta (4) de los síntomas somáticos.

Para la variable 3 El DASS-21 incluye 21 ítems con un formato de respuesta 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, lo que pudo interpretarse en el sentido de que cuanto mayor sea la puntuación, más probable es que una persona experimente emociones negativas. La puntuación

total de la escala para los estados emocionales negativos se determinó: funcional (0-16 puntos); leve (17-33 puntos); moderado (34-40 puntos) y severo (41 -63 puntos).

3.7.3. Validación

Esta validación se realizó teniendo en cuenta los parámetros de pertinencia, relevancia y claridad.

Los instrumentos que se utilizaron pasaron por proceso de validación por el juicio de tres expertos de la Escuela de Odontología de la UPNW.

3.7.4. Confiabilidad

El Dr. Dickson Fonseca desarrolló y validó el Índice de anamnesis simplificado de Fonseca en São Paulo, Brasil. Luego fue reproducido y validado en español por Jaime A. Lázaro en Lima, Perú.

La escala del Cuestionario de salud del paciente (PHQ-15) tiene una sensibilidad del 78 % y una especificidad del 71 %. Ros et al. validaron la medida en español en España.

Las escalas DASS-21, presenta evidencia suficiente y de alta calidad para la validez estructural bifactorial, la consistencia interna (bifactorial), la validez de criterio (subescala de depresión) y la prueba de hipótesis para la validez de constructo.

3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos

Los datos compilados se organizaron en Excel para su posterior estudio estadístico. Las tablas y gráficos que muestran la distribución de la edad, el género y la información sociodemográfica de los pacientes adultos jóvenes se crearon utilizando S.P.S.S. versión 26.0; grado de TTM, nivel de síntomas somáticos y nivel de depresión ansiedad y estrés, así mismo

tablas de contingencias para el cruce de las variables, la prueba chi cuadrado para ver relación entre las variables.

En el análisis Inferencial: se realizó la prueba de normalidad mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov, dado que los datos fueron mayores a 50 y para medir la efectividad de las variables, el estadístico prueba no paramétrica de Rho de Spearman, dado que esta prueba permitió evaluar el nivel de correlación de las variables como es el caso de las variables de investigación, con un nivel de confianza (IC) del 95%.

3.9. Aspectos éticos

Se tuvieron en consideración la Declaración de Helsinki:

El principio de autonomía implica reconocer y respetar la capacidad de las personas para decidir libremente sobre sus propias acciones. Por su parte, la beneficencia hace referencia al compromiso ético del investigador de velar por el bienestar de los participantes, procurando siempre actuar en su beneficio. En complemento, el principio de no maleficencia establece que, durante el desarrollo de la investigación, se debe evitar cualquier acción que pueda causar daño, sufrimiento o poner en riesgo la integridad de los participantes.

Bajo estos principios, la investigación realizada con adultos jóvenes se desarrolló mediante un enfoque descriptivo, priorizando la observación como técnica principal para la recolección de datos. De acuerdo con este criterio ético, no se implementaron procedimientos que pudieran modificar las variables del estudio. Además, el proyecto fue previamente evaluado y aprobado por el Comité de Ética de la UPNW, garantizando así el cumplimiento de los estándares éticos requeridos.

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1. Resultados

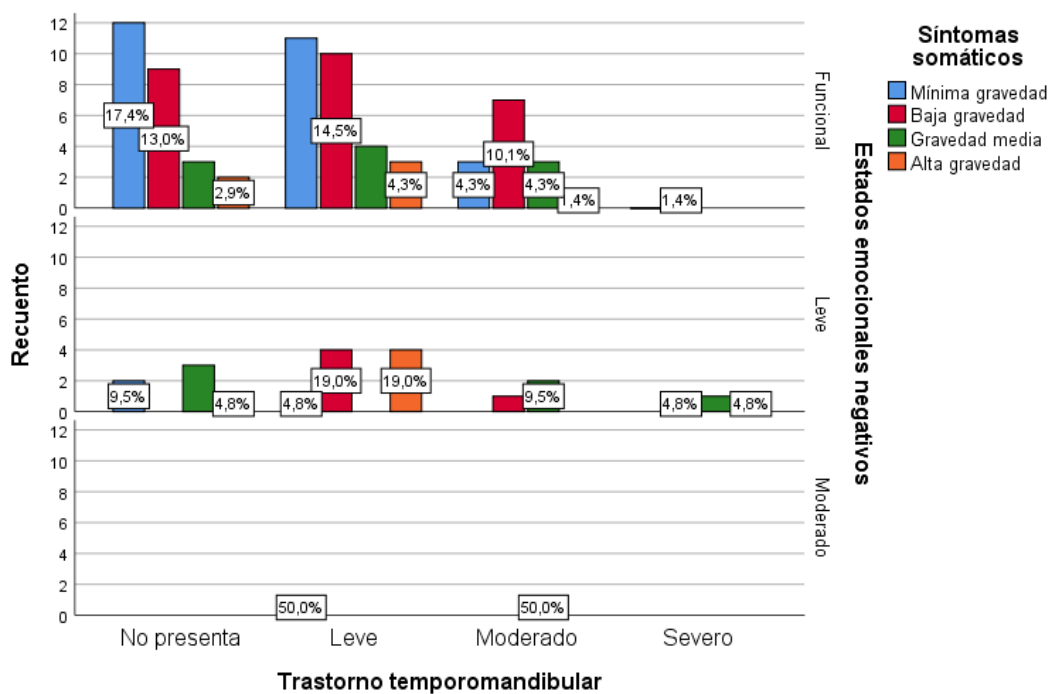
4.1.1. Análisis descriptivo de los resultados

Tabla 1. Relación entre el trastorno temporomandibular y síntomas somáticos con los estados emocionales negativos en pacientes adultos jóvenes de una clínica odontológica de Lima, 2025.

Estados emocionales negativos	Síntomas somáticos	Trastorno temporomandibular				Total
		No presenta	Leve	Moderado	Severo	
Funcional	Mínima gravedad	12	11	3	0	26
		17.4%	15.9%	4.3%	0.0%	37.7%
	Baja gravedad	9	10	7	1	27
		13.0%	14.5%	10.1%	1.4%	39.1%
	Gravedad media	3	4	3	0	10
		4.3%	5.8%	4.3%	0.0%	14.5%
Alta gravedad	2	3	1	0	6	
	2.9%	4.3%	1.4%	0.0%	8.7%	
	Total	26	28	14	1	69
		37.7%	40.6%	20.3%	1.4%	100.0%
Leve	Mínima gravedad	2	1	0	0	3
		9.5%	4.8%	0.0%	0.0%	14.3%
	Baja gravedad	0	4	1	1	6

		0.0%	19.0%	4.8%	4.8%	28.6%
	Gravedad media	3	0	2	1	6
		14.3%	0.0%	9.5%	4.8%	28.6%
	Alta gravedad	1	4	0	1	6
		4.8%	19.0%	0.0%	4.8%	28.6%
	Total	6	9	3	3	21
		28.6%	42.9%	14.3%	14.3%	100.0%
Moderado	Mínima gravedad	0	1	0	0	1
		0.0%	50.0%	0.0%	0.0%	50.0%
	Gravedad media	0	0	1	0	1
		0.0%	0.0%	50.0%	0.0%	50.0%
	Total	0	1	1	0	2
		0.0%	50.0%	50.0%	0.0%	100.0%

Gráfico 1. Relación entre el trastorno temporomandibular y síntomas somáticos con los estados emocionales negativos en pacientes adultos jóvenes de una clínica odontológica de Lima, 2025.



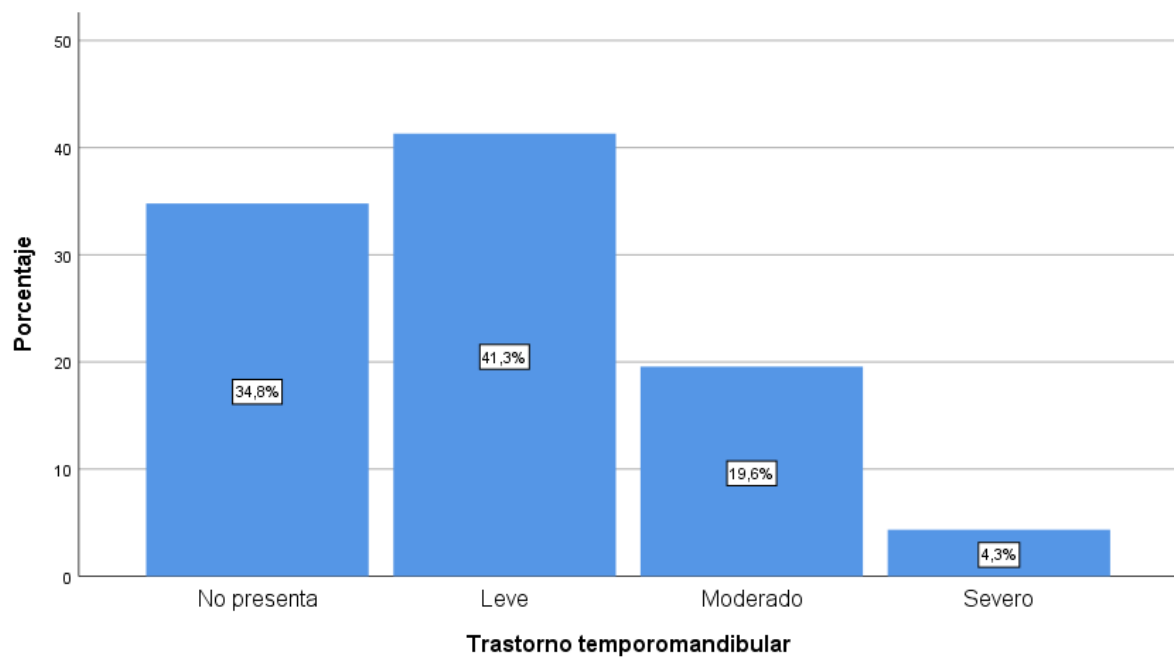
Interpretación:

La Tabla 1 muestra la relación entre el trastorno temporomandibular (TTM) y los niveles de síntomas somáticos con estados emocionales negativos. Se observa que en los casos de estados negativos de nivel funcional predomina la mínima gravedad de síntomas somáticos relacionado con la ausencia de TTM (17.4%), seguida de mínima gravedad relacionado con TTM leve (15.9%); en los casos de estado emocionales negativos leve, destacan síntomas somáticos de alta gravedad relacionado con TTM leve (19.0%), seguida de alta gravedad con TTM leve (19.0%); en los casos de estado negativos de nivel moderado, se observa síntomas somáticos de mínima gravedad relacionado con TTM leve (50.0%) y síntomas somáticos de gravedad media con TTM moderado (50.0%).

Tabla 2 Grado de trastorno temporomandibular en pacientes adultos jóvenes.

Trastorno temporomandibular		
	Frecuencia	Porcentaje
No presenta	32	34,8
Leve	38	41,3
Moderado	18	19,6
Severo	4	4,3
Total	92	100,0

Gráfico 2 Grado de trastorno temporomandibular en pacientes adultos jóvenes



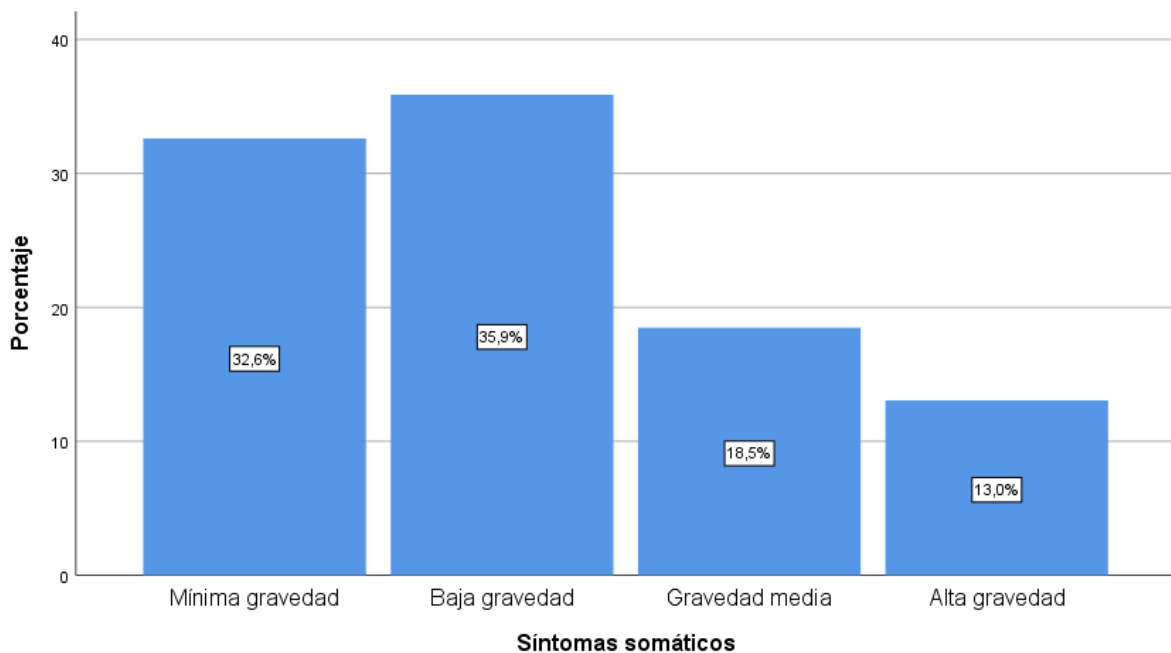
Interpretación:

La Tabla 2 presenta la frecuencia del trastorno temporomandibular (TTM) en la muestra estudiada. Se observa que el 41,3% de los participantes presenta TTM leve, seguido por un 34,8% que no presenta el trastorno. El 19,6% presenta TTM moderado y solo un 4,3% muestra una condición severa.

Tabla 3. Gravedad de los síntomas somáticos en pacientes adultos jóvenes.

Síntomas somáticos		
	Frecuencia	Porcentaje
Alta severidad	12	13,0
Gravedad media	17	18,5
Baja gravedad	33	35,9
Mínima gravedad	30	32,6
Total	92	100,0

Gráfico 3. Gravedad de los síntomas somáticos en pacientes adultos jóvenes.



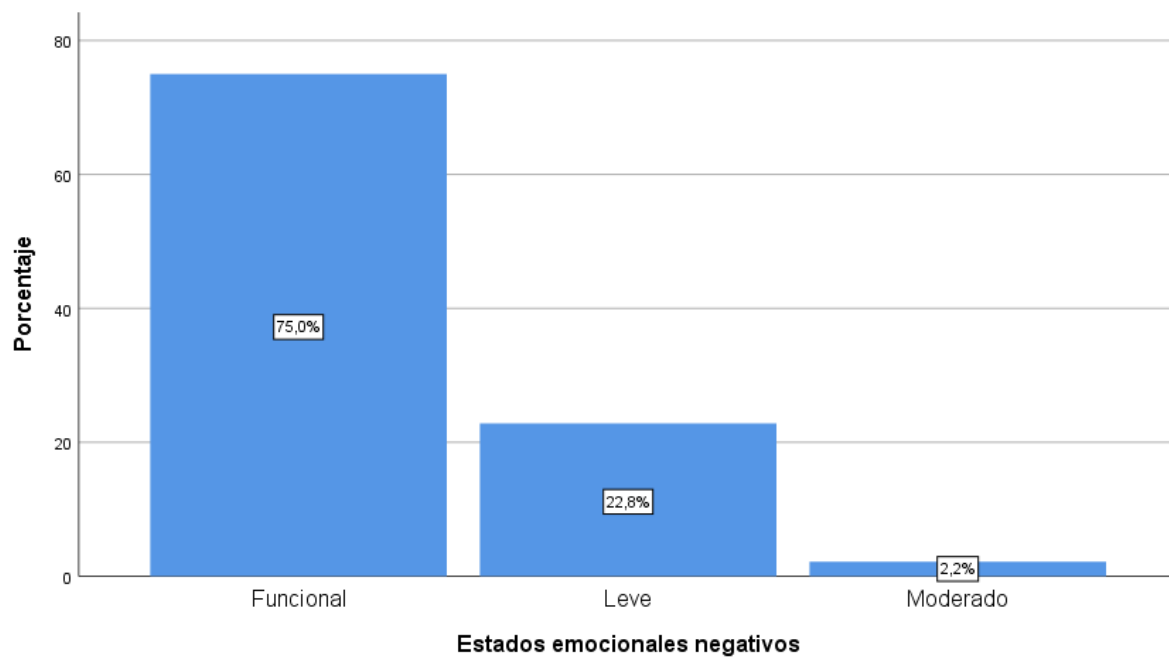
Interpretación:

La Tabla 3 muestra la frecuencia de los síntomas somáticos en la población estudiada. Se observa que el 35,9% de los participantes presenta síntomas de baja gravedad, seguido por un 32,6% con síntomas de mínima gravedad. Un 18,5% presenta gravedad media, mientras que solo el 13,0% manifiesta síntomas de alta severidad.

Tabla 4. Nivel de los estados emocionales negativos en pacientes adultos jóvenes.

Estados emocionales negativos		
	Frecuencia	Porcentaje
Funcional	68	73,9
Leve	21	22,8
Moderado	3	3,3
Total	92	100,0

Gráfico 4. Nivel de los estados emocionales negativos en pacientes adultos jóvenes.



Interpretación:

La Tabla 4 presenta la distribución de los niveles de los estados emocionales negativos en los participantes evaluados. Se observa que una gran mayoría, el 73,9%, se encuentra en el nivel funcional, lo que indica una buena regulación emocional. Un 22,8% presenta un nivel leve de alteración emocional, mientras que solo un 3,3% se ubica en el nivel moderado.

Prueba de hipótesis

Hipótesis general

H₁ Existe relación entre el trastorno temporomandibular y síntomas somáticos con los estados emocionales negativos en pacientes adultos jóvenes de una clínica odontológica de Lima, 2025.

H₀ No existe relación entre el trastorno temporomandibular y síntomas somáticos con los estados emocionales negativos en pacientes adultos jóvenes de una clínica odontológica de Lima, 2025.

Nivel de significancia: 95% (0.05)

Estadístico de prueba: Rho de Spearman (Anexo 08)

Criterio de selección:

Si p-valor <0.05 se rechaza la H₀ Si p – valor > 0.05 se acepta la H₀

Tabla 5 Prueba Rho de Spearman para relación entre el trastorno temporomandibular y síntomas somáticos con los estados emocionales negativos en pacientes adultos jóvenes.

		Estados emocionales negativos	
Rho de Spearman	Trastorno temporomandibular y síntomas somáticos	Coefficiente de correlación	,414**
		Sig. (bilateral)	,000
		N	92

Fuente: propia

Toma de decisión: Se muestra la prueba de correlación que se aplicó a las variables, donde se usó la prueba (Rho de Spearman), y se obtuvo el valor de (0,000) respecto a la significancia bilateral, siendo este mismo >0,05, por lo cual significa que las variables presentan una relación, además de ello se muestra el coeficiente de correlación siendo este mismo (0,414), esto indica una correlación positiva regular.

4.2. Discusión

Los resultados del presente estudio revelan una prevalencia notable de trastorno temporomandibular (TTM) leve (41,3%), mientras que el 34,8% de los participantes no presentó el trastorno. Estos hallazgos son consistentes con lo reportado por Yap et al. (14) en el 2024 en Singapur, quienes hallaron una prevalencia general de TTM del 47% entre jóvenes del sudeste asiático, estableciendo una asociación significativa entre los síntomas de TTM y el distrés psicológico, con correlaciones entre las escalas PHQ-15/FAI y DASS-21 que oscilaron entre $r_s = 0,30$ y $0,6$.

El 35,9% de los participantes presentó síntomas somáticos de baja gravedad, seguido por un 32,6% con mínima gravedad. Este perfil sintomatológico es similar al hallado por Yap y Marpaung (16) en el 2024, quienes encontraron que el 18,2% de los participantes presentaban TTM de media a alta gravedad, y que este grupo exhibía niveles significativamente más altos de distrés psicológico y somatización. En ese mismo estudio, se observó que los rasgos de personalidad como el neuroticismo, junto con el afrontamiento disfuncional, se correlacionaban moderadamente con síntomas de depresión, ansiedad y estrés ($r_s = 0,44-0,62$), resaltando el papel de los factores psicológicos en la expresión somática del TTM.

Respecto a los estados emocionales negativos, se evidenció que el 73,9% de los participantes se encontraba en el nivel funcional, lo cual podría actuar como factor protector. No obstante, en los participantes con niveles emocionales negativos leves y moderados, se observó una mayor prevalencia de TTM leve y síntomas somáticos severos. Esta asociación es respaldada por los hallazgos de Yap et al. (17) en el 2022, quienes demostraron que los individuos con distrés emocional moderado a severo presentaban puntuaciones significativamente más altas en síntomas somáticos y de TTM, con correlaciones r_s entre $0,46$ y $0,61$.

En cuanto a la relación entre TTM y los síntomas somáticos con estados emocionales negativos, los resultados mostraron una correlación positiva regular ($r_s = 0,414$) con significancia bilateral $p = 0,000$, lo que implica una relación estadísticamente significativa, en los niveles funcionales emocionales, predomina la mínima gravedad somática y la ausencia de TTM. A medida que aumenta el nivel de alteración emocional, también lo hace la gravedad de los síntomas somáticos y del TTM. Estos resultados están en consonancia con la evidencia de Yap y Natu (18) en el 2020, quienes encontraron una fuerte correlación entre síntomas somáticos y psicológicos ($r_s = 0,55-0,69$) en sujetos con TTM relacionados con el dolor, así mismo con la evidencia de Almutairi et al. (15) en el 2023, quienes identificaron una correlación positiva entre los síntomas de TTM dolorosos y los niveles de angustia psicológica medidos con PHQ-4 y GAD-7 en una población saudí.

Cabe destacar que los estudios de Yap et al. (19) en el 2023 también identificaron que la ansiedad era el principal factor de riesgo psicológico para la presencia de TTM, y que los estilos de afrontamiento disfuncionales estaban asociados con mayores niveles de afectividad negativa. Esta evidencia apoya los hallazgos del presente trabajo, donde los estados emocionales negativos se asociaron con mayor severidad de síntomas somáticos y presencia de TTM.

Los resultados obtenidos respaldan la hipótesis de que existe una asociación significativa entre el trastorno temporomandibular y los síntomas somáticos con los estados emocionales negativos. La literatura revisada coincide en señalar que el distrés emocional y las estrategias de afrontamiento disfuncionales son factores claves en la manifestación del TTM, lo que sugiere la necesidad de intervenciones multidisciplinarias que consideren la dimensión psicológica en el tratamiento y prevención de este trastorno.

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

Primera:

Según los resultados obtenidos en este estudio existe una correlación positiva regular entre las variables; la prueba de correlación de Spearman arrojó un valor de significancia de 0,000 (menor a 0,05), lo que indica que existe una relación estadísticamente significativa entre los niveles de TTM y síntomas somáticos con los estados emocionales negativos en pacientes adultos jóvenes de una clínica odontológica de Lima, 2025. El coeficiente de correlación (0,414) revela que esta relación es positiva y de intensidad moderada: a mayor presencia de TTM, se asocian mayores síntomas somáticos y estados emocionales negativos.

Segunda:

Estos resultados establecen una alta prevalencia de trastorno temporomandibular en niveles leves y moderados en pacientes adultos jóvenes; la mayoría de los participantes presentan algún grado de TTM, lo que indica que más del 60% de la muestra sufre alguna forma de TTM.

Tercera:

Estos resultados establecen predominio de síntomas somáticos de baja o mínima gravedad en pacientes adultos jóvenes donde el 68,5% de los participantes presenta síntomas de baja o mínima gravedad, mientras que en el grupo control, la prevalencia fue del 30,0%.

Cuarta:

Estos resultados establecen buen estado emocional general en pacientes adultos jóvenes donde una amplia mayoría de los participantes (73,9%) muestra un nivel funcional en cuanto a estados emocionales negativos, evidenciando una buena regulación emocional. Solo una pequeña proporción muestra niveles leves (22,8%) o moderados (3,3%) de alteración emocional.

5.2. Recomendaciones

Primera:

Los resultados obtenidos sugieren implementar un abordaje multidisciplinario en la atención odontológica, integrando profesionales de la salud mental (psicólogos o psiquiatras) para la evaluación y tratamiento de estados emocionales negativos asociados al TTM, incluir evaluaciones sistemáticas de síntomas somáticos y estados emocionales en pacientes con signos de TTM, especialmente en jóvenes adultos, para una detección temprana y una intervención oportuna así como diseñar estrategias de promoción de la salud mental dentro del entorno clínico, como talleres de manejo del estrés, mindfulness o consejería psicológica breve.

Segunda:

Se recomienda implementar programas de educación preventiva sobre TTM dirigidos a jóvenes adultos, informando sobre hábitos nocivos (como el bruxismo, mala postura o masticación unilateral) y técnicas de autocuidado, estableciendo un protocolo de seguimiento para los pacientes con TTM leve o moderado, evitando la progresión hacia formas más severas del trastorno.

Tercera:

Se recomienda realizar un seguimiento personalizado para evitar que los síntomas somáticos evolucionen hacia condiciones de mayor gravedad, especialmente en pacientes con TTM diagnosticado, así como promover hábitos saludables como el ejercicio regular, buena higiene del sueño y técnicas de relajación para mejorar el bienestar físico general.

Cuarta:

Dado que los resultados, es recomendable fomentar las condiciones que contribuyen a la buena regulación emocional, como redes de apoyo social, estilos de vida saludables y espacios para la expresión emocional, también se recomienda aplicar intervenciones preventivas para los casos leves, evitando su progresión a estados moderados o severos y estar atentos a los cambios emocionales en pacientes con TTM, incluso si inicialmente presentan buen estado emocional, ya que la cronicidad del dolor o malestar puede afectar su bienestar mental con el tiempo.

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. Al-Khotani A, Meisha DE, Al Sayegh S, Hedenberg-Magnusson B, Ernberg M, Christidis N. La asociación entre los síntomas psicológicos y los síntomas de dolor autoinformados en los trastornos temporomandibulares en niños y adolescentes. *Front Oral Health.* 2021;2:675709. 10.3389/froh.2021.675709 .
4. Yap AU, Sultana R, Natu VP. Síntomas de trastornos somáticos y temporomandibulares: expresiones de angustia psicológica en jóvenes del sudeste asiático. *Cranio.* 2021;1–8. En línea antes de la impresión 10.1080/08869634.2021.1982496.
5. 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.
6. 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 May 28;83:340-347. doi: 10.2340/aos.v83.40776. PMID: 38804261; PMCID: PMC11302401.
7. Arribas-Pascual M, Hernández-Hernández S, Jiménez-Arranz C, Grande-Alonso M, Angulo-Díaz-Parreño S, La Touche R, Paris-Aleman A. Effects of Physiotherapy on Pain

- and Mouth Opening in Temporomandibular Disorders: An Umbrella and Mapping Systematic Review with Meta-Meta-Analysis. *J Clin Med*. 2023 Jan 18;12(3):788. doi: 10.3390/jcm12030788. PMID: 36769437; PMCID: PMC9917698.
8. Huang Y, Wongpakaran T, Wongpakaran N, Bhatarasakoon P, Pichayapan P, Worland S. Depression and Its Associated Factors among Undergraduate Engineering Students: A Cross-Sectional Survey in Thailand. *Healthcare (Basel)*. 2023 Aug 18;11(16):2334. doi: 10.3390/healthcare11162334. PMID: 37628531; PMCID: PMC10454827.
 9. Restrepo C, Ortiz AM, Henao AC, Manrique R. Asociación entre factores psicológicos y trastornos temporomandibulares en adolescentes de zonas rurales y urbanas. *BMC Oral Health*. 2021;21(1):140. 10.1186/s12903-021-01485-4.
 10. ¿El estrés está asociado con la disfunción temporomandibular? Un estudio transversal] da Conceição Cezerilo Pataca J, Chisini LA, Collares K, Bergoli CD. <https://journalhealthscience.pgskroton.com.br/article/view/10208> *J Health Sci*. 2022;24:195–200.
 11. Martín-Marín C, Vega-García D, Ramos-Pastor R, Gallardo-Ponce A, Navarro-López C, Andrés-Mateo M. Síndrome de la articulación temporomandibular en un área de salud. *Av Odontoestomatol [Internet]*. 2021. [citado 2025 Feb 11] ; 37(2): 94-100. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852021000200006&lng=es. Epub 05-Dic-2022. <https://dx.doi.org/10.4321/s0213-12852021000200006>.
 12. Marcelino V, Paço M, Dias A, Almeida V, Rocha JC, Azevedo R, Alves-Ferreira M, Lemos C, Pinho T. The Role of Pain Inflexibility and Acceptance among Headache and Temporomandibular Disorders Patients. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Jun 29;19(13):7974. doi: 10.3390/ijerph19137974. PMID: 35805650; PMCID: PMC9265370.

13. 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 May 28;83:340-347. doi: 10.2340/aos.v83.40776. PMID: 38804261; PMCID: PMC11302401.
14. Yap AU, Sultana R, Natu VP. Somatic and temporomandibular disorder symptoms - Idioms of psychological distress in Southeast Asian youths. *Cranio.* 2024 Jul;42(4):364-371. doi: 10.1080/08869634.2021.1982496. Epub 2021 Sep 26. PMID: 34569454.
15. Yap AU, Marpaung C. Psychologic Factors in Temporomandibular Disorders and Somatization: A Multidimensional Analysis of Personality, Coping, and Distress Among Young Adults. *Int J Prosthodont.* 2024 Nov 22;37(6):605-614. doi: 10.11607/ijp.8590. PMID: 37824118.
16. 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.
17. Yap AU, Marpaung C. Psychological distress and coping orientations in young adults: their associations with temporomandibular disorder symptoms. *Acta Odontol Scand.* 2023 Aug;81(6):456-463. doi: 10.1080/00016357.2023.2172076. Epub 2023 Jan 28. PMID: 36708310.
18. Yap AU, Sultana R, Natu VP. Stress and emotional distress: their associations with somatic and temporomandibular disorder-related symptoms. *Psychol Health Med.* 2022 Apr;27(4):876-887. doi: 10.1080/13548506.2021.1908571. Epub 2021 Apr 20. PMID: 33879010.

19. Yap AU, Natu VP. Inter-relationships between pain-related temporomandibular disorders, somatic and psychological symptoms in Asian youths. *J Oral Rehabil.* 2020 Sep;47(9):1077-1083. doi: 10.1111/joor.13033. Epub 2020 Jun 17. PMID: 32515495.
20. List T, Jensen RH. Temporomandibular disorders: Old ideas and new concepts. *Cephalalgia.* 2017;37(7):692–704.
21. Sharma S, Breckons M, Brönnimann Lambelet B, Chung JW, List T, Lobbezoo F, et al. Challenges in the clinical implementation of a biopsychosocial model for assessment and management of orofacial pain. *Journal of oral rehabilitation.* 2020;47(1):87–100.
22. Mendiburu-Zavala C, Pérez-Pérez C, Lugo-Ancona P, Peñaloza-Cuevas R, Pérez-Martínez E. Sleep Quality, Perceived Stress, and Painful Temporomandibular Disorders in Young Adults from two Mexican Communities. *Int. J. Odontostomat.* 2021; 15(4): 915-921. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718381X2021000400915>.
23. Cidrão ALM, Guimarães AS. Prevalence of Temporomandibular Dysfunction Symptoms in Dental Surgeons. *Journal of Young Pharmacists.* 2019;11(4):424.
24. Garstka AA, Brzózka M, Bitenc-Jasiejko A, Ardan R, Gronwald H, Skomro P, Lietz-Kijak D. Cause-Effect Relationships between Painful TMD and Postural and Functional Changes in the Musculoskeletal System: A Preliminary Report. *Pain Res Manag.* 2022 Feb 28;2022:1429932. doi: 10.1155/2022/1429932. PMID: 35265232; PMCID: PMC8901334.
25. Garstka AA, Kozowska L, Kijak K, Brzózka M, Gronwald H, Skomro P, Lietz-Kijak D. Accurate Diagnosis and Treatment of Painful Temporomandibular Disorders: A Literature Review Supplemented by Own Clinical Experience. *Pain Res Manag.* 2023 Jan 31;2023:1002235. doi: 10.1155/2023/1002235. PMID: 36760766; PMCID: PMC9904928.
26. IADR. Temporomandibular Disorders (TMD). *Iadrorg.* 2020; Available from: <https://www.iadr.org/AADR/About-Us/Policy-Statements/Science-Policy/Temporomandibular-Disorders-TMD>.

27. Huber L, Vallejos MJL, RoqueII ÓR. Ruidos articulares en pacientes rehabilitados con prótesis parcial removible. *Revista odontológica mexicana*. 2018;22(2):88–94.
28. Zhang P, Ge Y, Zhang J, Xu W. Orthodontic treatment improves magnetic resonance imaging features and quality of life in adult patients with temporomandibular disorders. *Am J Transl Res*. 2023 May 15;15(5):3723-3730. PMID: 37303626; PMCID: PMC10251032.
29. Zhang Z, Luo X, Li X, Shi B, Tan L. The preliminary study of the effects of individual musculoskeletally stable position in the treatment of temporomandibular disorders. *BMC Oral Health*. 2024 Sep 13;24(1):1083. doi: 10.1186/s12903-024-04864-9. PMID: 39272167; PMCID: PMC11397068.
30. Srivastava KC, Shrivastava D, Khan ZA, Nagarajappa AK, Mousa MA, Hamza MO, Al-Johani K, Alam MK. Evaluation of temporomandibular disorders among dental students of Saudi Arabia using Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD): a cross-sectional study. *BMC Oral Health*. 2021 Apr 26;21(1):211. doi: 10.1186/s12903-021-01578-0. PMID: 33902543; PMCID: PMC8077893.
31. Maini K, Dua A. Temporomandibular Syndrome. 2023 Jan 30. In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan–. PMID: 31869076.
32. Samson J, Agarwal SS, Balasubramanian A, Jayapaul V, John NC. Prevalence of Temporomandibular Joint Disorder Among Dental Students in Chennai. *J Maxillofac Oral Surg*. 2023 Jun;22(2):329-332. doi: 10.1007/s12663-023-01866-y. Epub 2023 Feb 22. PMID: 37122800; PMCID: PMC10130270.
33. Arya M, Sharma S, Gupta A, Bansal P, Arya A, Gupta H, Sehrawat D. Incidence and Clinical Presentation of Temporo-Mandibular Joint Disorders and their Association with Psychological Distress and Para-Functional Habits in a Non-Patient Population. *J*

- Maxillofac Oral Surg. 2023 Mar;22(1):102-109. doi: 10.1007/s12663-022-01754-x. Epub 2022 Jul 13. PMID: 36703671; PMCID: PMC9871114.
34. Martín C, Vega D, Ramos R, Gallardo A, Navarro C, Andrés M. Síndrome de la articulación temporomandibular en un área de salud. *Av Odontoestomatol.* 2021 ; 37(2): 94-100. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852021000200006&lng=es. Epub 05-Dic-2022. <https://dx.doi.org/10.4321/s0213-12852021000200006>.
35. 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; 48(9): 030006052095174. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0300060520951744>.
36. Okeson JP. Tratamiento de oclusión y afecciones temporomandibulares. Elsevier Health Sciences; 2019.
37. Lavinsky D, Lavinsky J, Setogutti ET, Rehm DDS, Lavinsky L. The Role of Magnetic Resonance Imaging of the Temporomandibular Joint to Investigate Tinnitus in Adults with Temporomandibular Joint Disorder: A Comparative Study. *Int Arch Otorhinolaryngol.* 2020 Jan;24(1):e68-e72. doi: 10.1055/s-0039-1688840. Epub 2019 Nov 4. PMID: 31892960; PMCID: PMC6828574.
38. Thirunavukarasu AJ, Ferro A, Sardesai A, Biyani G, Dubb SS, Brassett C, et al. Temporomandibular joint anatomy: Ultrasonographic appearances and sexual dimorphism. *Clin Anat.* 2021; 34(7):1043–9. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ca.23719> .
39. Ohrbach R, Dworkin S. The evolution of TMD diagnosis: past, present, future. *Journal of dental research.* 2016;95(10):1093–1101.

40. Benincá Ton LA, Gomes Mota I, Sympson De Paula J, Varela Brown Martins AP. Prevalence of temporomandibular disorder and its association with stress and anxiety among university students. *Brazilian Dent Sci.* 2020; 23(1): e1810. Disponible en: <https://bds.ict.unesp.br/index.php/cob/article/view/1810>.
41. Ohrbach R, Oyarzo JF. DC-TMD Translations | International RDC-TMD Consortium; 2020. Available from: <https://ubwp.buffalo.edu/rdc-tmdinternational/tmd-assessmentdiagnosis/dc-tmd/dc-tmd-translations/>.
42. Yap AU, Chen C, Wong HC, Yow M, Tan E. Temporomandibular disorders in prospective orthodontic patients. *Angle Orthod.* 2021 May 1;91(3):377-383. doi: 10.2319/010720-863.1. PMID: 33534890; PMCID: PMC8084469.
43. Chan NHY, Ip CK, Li DTS, Leung YY. Diagnosis and Treatment of Myogenous Temporomandibular Disorders: A Clinical Update. *Diagnostics (Basel).* 2022 Nov 23;12(12):2914. doi: 10.3390/diagnostics12122914. PMID: 36552921; PMCID: PMC9776546.
44. Herskovic V, Matamala M. Somatización, ansiedad y depresión en niños y adolescentes. *Revista Médica Clínica Las Condes.* [internet] 2020 [acceso 20 de diciembre de 2024]; 31, 2, 183-187.
45. Tello M. Evaluación clínica de los síntomas somáticos en pacientes adultos en condición preoperatoria. [Tesis de titulación]. Lima: Universidad Norbert Wiener; 2020. Disponible en: [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://repositorio.uwiener.edu.pe/server/api/core/bitstreams/dad0e7b6-c9c5-4134-a87f-824114d9464e/content](https://repositorio.uwiener.edu.pe/server/api/core/bitstreams/dad0e7b6-c9c5-4134-a87f-824114d9464e/content)
46. Pérez-Moreno R, Alonso-González I, Gómez-Vallejo S, Moreno D. Trastornos somatomorfos y síntomas somáticos funcionales en niños y adolescentes. *Revista de psiquiatría infanto-juvenil.* 2021; 38(2):41–58.

47. Martínez-Sánchez G. Impacto de los Trastornos de la ATM en la Calidad de Vida y su Relación con Síntomas Somáticos". *Acta Odontológica Venezolana*. 2022; 60(1), 25-30. Recuperado de <https://www.actaodontologica.com/index.php/acta/article/view/123>
48. Guzmán-Guzmán R. Trastorno por somatización: su abordaje en Atención Primaria. *Revista clínica de medicina de familia*. [internet] 2011 [acceso 20 de Dic de 2024]; 4.3, 234-243. Disponible de: <http://scielo.isciii.es/pdf/albacete/v4n3/especial5.pdf>.
49. Scott MJ, Crawford JS, Geraghty KJ, Marks DF. The 'medically unexplained symptoms' syndrome concept and the cognitive-behavioural treatment model. *J Health Psychol*. 2022 Jan;27(1):3-8. doi: 10.1177/13591053211038042. Epub 2021 Sep 23. PMID: 34554009.
50. Husain M, Chalder T. Medically unexplained symptoms: assessment and management. *Clin Med (Lond)*. 2021 Jan;21(1):13-18. doi: 10.7861/clinmed.2020-0947. PMID: 33479063; PMCID: PMC7850206.
51. Ravdin J. Understanding Somatization in the Practice of Clinical Neuropsychology. *Journal of the International Neuropsychological Society : JINS*. 2008; 14(5), 912-913. Recuperado en diciembre 23, 2024, de la base de datos Pro Quest Health and Medical.
52. Leaviss J, Davis S, Ren S, Hamilton J, Scope A, Booth A, Sutton A, Parry G, Buszewicz M, Moss-Morris R, White P. Behavioural modification interventions for medically unexplained symptoms in primary care: systematic reviews and economic evaluation. *Health Technol Assess*. 2020 Sep;24(46):1-490. doi: 10.3310/hta24460. PMID: 32975190; PMCID: PMC7548871.
53. Klavina A, Ng K, Lazarijeva O, Mruga M, Tymruk-Skoropad K, Rokutov S, Bazylchuk O, Zakaliak N, Billiet L, Tsizh L, Popovych D, Myndziv K, Yezhova O. Association between competencies of biopsychosocial approach and job satisfaction of rehabilitation professionals in Ukraine. *BMC Health Serv Res*. 2022 Dec 16;22(1):1531. doi: 10.1186/s12913-022-08755-z. PMID: 36527050; PMCID: PMC9756508.

54. Yan ZB, Wan YD, Xiao CQ, Li YQ, Zhang YY, An Y, Xiong X. Craniofacial Morphology of Orthodontic Patients with and without Temporomandibular Disorders: A Cross-Sectional Study. *Pain Res Manag.* 2022 Mar 22;2022:9344028. doi: 10.1155/2022/9344028. PMID: 35360414; PMCID: PMC8964235.
55. Organization WH. Depression: let's talk says WHO. *Who.int.* 2020; Available from: <https://url2.cl/HnjfE>.
56. Organization WH, et al. Depression and other common mental disorders: global health estimates. World Health Organization; 2017.
57. Organization WH. Depression. *Who.int.* 2020; Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>.
58. Razavi M, Ziyadidegan S, Mahmoudzadeh A, Kazeminasab S, Baharlouei E, Janfaza V, Jahromi R, Sasangohar F. Machine Learning, Deep Learning, and Data Preprocessing Techniques for Detecting, Predicting, and Monitoring Stress and Stress-Related Mental Disorders: Scoping Review. *JMIR Ment Health.* 2024 Aug 21;11:e53714. doi: 10.2196/53714. PMID: 39167782; PMCID: PMC11375388.
59. Herrera D, Coria G, Muñoz D, Graillet O, Aranda G, Rojas F, et al. Impacto del estrés psicosocial en la salud. *Neurobiología.* 2017;8(17):1–23.
60. Pérez M, Gómez L, Rodríguez A. Impacto de la ansiedad y depresión en la incidencia de trastornos temporomandibulares". *Revista de Odontología Clínica.* 2021; 15(3), 123-130. Recuperado de <https://www.scopus.com/record/display.uri?id=2-s2.0-1234567890>
61. Gómez L, Rodríguez A. Efectos del estrés crónico en la función neuromuscular del aparato estomatognático". *Journal of Clinical Dentistry.* 2022; 28(1), 45-50. Recuperado de <https://www.scopus.com/record/display.uri?id=2-s2.0-0987654321>.

62. López R, Martínez P, Sánchez M. Relación entre trastornos temporomandibulares y síntomas somáticos inespecíficos. *Revista de Psicología de la Salud*. 2022; 35(2), 67-72.
Recuperado de <https://www.scopus.com/record/display.uri?id=2-s2.0-1122334455>
63. Martínez P, Sánchez M. Influence of social support and work conditions on pain perception in TTM patients. *International Journal of Pain Management*. 2023; 29(4), 234-240.
Recuperado de <https://www.scopus.com/record/display.uri?id=2-s2.0-2233445566>.
64. Hernández R, Fernández C, Baptista P. *Metodología de la Investigación*. 6a ed. México: Mc-Graw-Hill; 2014.
65. Bernal D. *Metodología de la investigación*. 3era edi. Pearson; 2010.
66. 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

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de consistencia

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	Hipótesis	VARIABLES	DISEÑO METODOLÓGICO
<p>Problema general:</p> <p>¿Qué relación existe entre el trastorno temporomandibular y síntomas somáticos con los estados emocionales negativos en pacientes adultos jóvenes?</p> <p>Problema específicos</p> <p>¿Cuál es el grado de trastorno temporomandibular en pacientes adultos jóvenes?</p> <p>¿Cuál es la gravedad de los síntomas somáticos en pacientes adultos jóvenes?</p> <p>¿cuál es el nivel de los estados emocionales negativos en pacientes adultos jóvenes?</p>	<p>Objetivo general:</p> <p>Determinar la relación entre el trastorno temporomandibular y síntomas somáticos con los estados emocionales negativos en pacientes adultos jóvenes.</p> <p>Objetivos específicos</p> <p>Identificar el grado de trastorno temporomandibular en pacientes adultos jóvenes.</p> <p>Identificar la gravedad de los síntomas somáticos en pacientes adultos jóvenes.</p> <p>Identificar el nivel de los estados emocionales negativos en pacientes adultos negativos.</p>	<p>Hipótesis general</p> <p>H₁ Existe relación entre el trastorno temporomandibular y síntomas somáticos con los estados emocionales negativos en pacientes adultos jóvenes de una clínica odontológica de Lima, 2025.</p> <p>H₀ No existe relación entre el trastorno temporomandibular y síntomas somáticos con los estados emocionales negativos en pacientes adultos jóvenes de una clínica odontológica de Lima, 2025.</p>	<p>Variable 1</p> <p>Trastorno temporomandibulares</p> <p>Síntomas somáticos</p> <p>Estados emocionales negativos</p>	<p>Método de la investigación: 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: Se utilizará un enfoque cuantitativo, lo que significa que las variables se evaluarán cuantitativamente a través de sus múltiples dimensiones utilizando los indicadores adecuados a las mismas.</p> <p>Tipo de investigación: Básica, de manera que se inicia y fundamente sobre la teoría creando más conocimiento que aportará al tema desarrollado y para una comprensión más amplia.</p> <p>Diseño de la investigación: No experimental puesto que observará las características de los trastornos temporomandibulares, síntomas</p>

				<p>somáticos y los estados emocionales negativos. Corte transversal puesto que los datos serán recolectados en un momento establecido. Nivel relacional puesto que se buscará la relación de los trastornos temporomandibulares, síntomas somáticos con los estados emocionales negativos.</p> <p>.</p>
--	--	--	--	---

Anexo 2: Instrumento



Universidad
Norbert Wiener

Instrumento 1

ANAMNESIS DE FONSECA

Edad: _____

Sexo: Masculino ___ Femenino ___

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 mastica?

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 1

Leve 2

Moderado 3

Severo 4

Diagnóstico:

Instrumento 2

PHQ-15

Durante las últimas 4 semanas, ¿cuál es la frecuencia que ha padecido de los siguientes síntomas?

Marcando según como se indica

0= Nunca 1=Casi nunca ÍTEMS 2= A veces 3= Casi siempre 4= Siempre

Nº	Preguntas	0	1	2	3	4
1	Gastralgia, pirosis					
2	Problemas musculoesqueléticos (lumbalgia, mialgia)					
3	Cansancio					
4	Artralgia (rodillas, caderas, etc.)					
5	Dismenorrea, hipomenorrea, metrorragia, amenorrea (mujeres solamente)					
6	Cefalea					
7	Angina de pecho, Taquicardia					
8	Mareos					
9	Sincope					
10	Aumento de presión arterial-taquicardia					
11	Disnea					
12	Dispareunia					
13	Estreñimiento, diarrea					
14	Náuseas					
15	Insomnio					

Para la variable 2 se utilizó la escala PHQ-15 (Cuestionario de Salud del Paciente), que evalúa la intensidad de las molestias físicas. Con una sensibilidad del 78 % y una especificidad del 71 %, esta escala de 15 preguntas evalúa alrededor del 90 % de los síntomas físicos de los pacientes. Ros et al. validaron la medida para el idioma español en España. La puntuación total de la escala (0-4 puntos, 5-9 puntos, 10-14 puntos y 15 o más puntos) se utilizó para determinar la gravedad mínima 1, baja 2, moderada 3 y alta 4 de los síntomas somáticos.

Instrumento 3

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

(Lovibond & Lovibond, 1995) (Vinet, Rehbein, Saiz y Román, 2008)

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

Para la variable 3 El DASS-21 incluye 21 ítems con un formato de respuesta 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, lo que podría interpretarse en el sentido de que cuanto mayor sea la puntuación, más probable es que una persona experimente emociones negativas. La puntuación total de la escala para los estados emocionales negativos se determinó: (1)funcional (0-16 puntos); (2)leve (17-33 puntos); (3)moderado (34-40 puntos) y (4)severo (41 -63 puntos)

Anexo 03: Validez del instrumento



VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: **Christian Esteban Gómez Carrión**
 1.2 Cargo e Institución donde labora: **Docente Universidad Norbert Wiener**
 1.3 Nombre del instrumento motivo de evaluación: **Instrumento de recolección de datos.**
 1.4 Autor del instrumento: **Alvites Pariona, Yvan Salvador**
 1.5 Título de la Investigación: **Trastorno temporomandibular y síntomas somáticos y su relación con estados emocionales negativos en pacientes adultos jóvenes de una clínica odontológica de Lima, 2025.**

II. ASPECTO DE LA VALIDACIÓN

	CRITERIOS	Deficiente 1	Baja 2	Regular 3	Buena 4	Muy buena 5
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.				X	
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.				X	
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y tecnología				X	
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.				X	
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad en sus ítems.				X	
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del desarrollo de capacidades cognitivas.				X	
7. CONSISTENCIA	Alineado a los objetivos de la investigación y metodología.				X	
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones.				X	
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del estudio				X	
10. PERTINENCIA	El instrumento es adecuado al tipo de Investigación.					X
CONTEO TOTAL DE MARCAS (realice el conteo en cada una de las categorías de la escala)					36	5
		A	B	C	D	E

$$\text{Coeficiente de Validez} = \frac{(1x\text{A}) + (2x\text{B}) + (3x\text{C}) + (4x\text{D}) + (5x\text{E})}{50} = 0.82$$

III. CALIFICACIÓN GLOBAL (Ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y marque con un aspa en el círculo asociado)

Categoría	Intervalo
Desaprobado	[0,00 – 0,60]
Observado	<0,60 – 0,70]
Aprobado	<0,70 – 1,00]

IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

Lima, 28 de marzo del 2025

Dr. Christian E. Gómez Carrión
 REHABILITACIÓN ORAL
 C.O.P.: 21280
 R.N.E.: 2828

Docente / Metodólogo
 DNI 41540958

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: Guevara Sotomayor Juan César
 1.2 Cargo e Institución donde labora: Docente Universidad Norbert Wiener
 1.3 Nombre del instrumento motivo de evaluación: Instrumento de recolección de datos.
 1.4 Autor del instrumento: Alvites Pariona, Yvan Salvador
 1.5 Título de la Investigación: Trastorno temporomandibular y síntomas somáticos y su relación con estados emocionales negativos en pacientes adultos jóvenes de una clínica odontológica de Lima, 2025.

II. ASPECTO DE LA VALIDACIÓN

	CRITERIOS	Deficiente 1	Baja 2	Regular 3	Buena 4	Muy buena 5
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.				X	
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.				X	
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y tecnología				X	
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.				X	
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad en sus ítems.				X	
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del desarrollo de capacidades cognitivas.				X	
7. CONSISTENCIA	Alineado a los objetivos de la investigación y metodología.				X	
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones.				X	
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del estudio					X
10. PERTINENCIA	El instrumento es adecuado al tipo de Investigación.					X
CONTEO TOTAL DE MARCAS (realice el conteo en cada una de las categorías de la escala)					32	10
		A	B	C	D	E

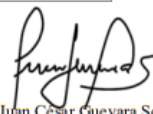
$$\text{Coeficiente de Validez} = \frac{(1 \times A) + (2 \times B) + (3 \times C) + (4 \times D) + (5 \times E)}{50} = 0.84$$

III. CALIFICACIÓN GLOBAL (Ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y marque con un aspa en el círculo asociado)

Categoría	Intervalo
Desaprobado	[0,00 – 0,60]
Observado	<0,60 – 0,70]
Aprobado	<0,70 – 1,00]

IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

Lima, 12 de marzo del 2025.


 Dr. Juan César Guevara Sotomayor
 Docente / Metodólogo
 DNI 43271772

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: Rojas Ortega Raul Antonio
 1.2 Cargo e Institución donde labora: Docente Universidad Norbert Wiener
 1.3 Nombre del instrumento motivo de evaluación: Instrumento de recolección de datos.
 1.4 Autor del instrumento: Alvites Pariona, Yvan Salvador
 1.5 Título de la Investigación: Trastorno temporomandibular y síntomas somáticos y su relación con estados emocionales negativos en pacientes adultos jóvenes de una clínica odontológica de Lima, 2025.

II. ASPECTO DE LA VALIDACIÓN

	CRITERIOS	Deficiente 1	Baja 2	Regular 3	Buena 4	Muy buena 5
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.				X	
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.				X	
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y tecnología				X	
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.				X	
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad en sus ítems.				X	
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del desarrollo de capacidades cognitivas.				X	
7. CONSISTENCIA	Alineado a los objetivos de la investigación y metodología.				X	
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones.				X	
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del estudio				X	
10. PERTINENCIA	El instrumento es adecuado al tipo de Investigación.				X	
CONTEO TOTAL DE MARCAS (realice el conteo en cada una de las categorías de la escala)					40	
		A	B	C	D	E

$$\text{Coeficiente de Validez} = \frac{(1x A) + (2x B) + (3x C) + (4x D) + (5x E)}{50} = 0.8$$

III. CALIFICACIÓN GLOBAL (Ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y marque con un aspa en el círculo asociado)

Categoría	Intervalo
Desaprobado	[0,00 – 0,60]
Observado	<0,60 – 0,70]
Aprobado	<0,70 – 1,00]

IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

Lima, 27 de marzo del 2025.


 Dr. CD. Esp. Rojas Ortega Raul Antonio
 Docente / Metodólogo
 DNI 07761772

Anexo 4: Aprobación del Comité de Ética



COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA E INTEGRIDAD CIENTÍFICA

CONSTANCIA DE APROBACIÓN

Lima, 14 de abril de 2025

Investigador(a)
Yvan Salvador Alvites Pariona
Exp. N°:0431-2025

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: “Trastorno temporomandibular y síntomas somáticos y su relación con estados emocionales negativos en pacientes adultos jóvenes de una clínica odontológica de Lima 2025.” con **fecha 11/04/2025**.

El cual tiene como investigador principal al Sr(a) Yvan Salvador Alvites Pariona

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.

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

Atentamente,

Raúl Antonio Rojas Ortega
Presidente

**Comité Institucional de Ética e Integridad Científica
UPNW**



Av. Arequipa 440 – Santa Beatriz
Universidad Privada Norbert Wiener
Teléfono: 706-5555 anexo 3290 Cel. 981-000-698
Correo: comite.etica@uwieneredu.pe

Anexo 5: Carta de presentación



Lima, 08 de mayo del 2025

Carta N°072-05-2025-EAP-ODON-UPNW

Sra. Ruth Acosta Zevallos
Directora
Clínica Estomatológica Víctor Raúl Haya de la Torre

Presente. -

De mi especial consideración:

Es grato dirigirme a usted a nombre de la Universidad Norbert Wiener, con motivo de presentar al Bachiller **Yvan Salvador Alvites Pariona** de la carrera de **Odontología** para que pueda realizar la recolección de datos para su tesis titulada: **"TRASTORNO TEMPOROMANDIBULAR Y SÍNTOMAS SOMÁTICOS Y SU RELACIÓN CON ESTADOS EMOCIONALES NEGATIVOS EN PACIENTES ADULTOS JÓVENES DE UNA CLÍNICA ODONTOLÓGICA 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,




Universidad
Norbert Wiener

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

Anexo 06: formulario de consentimiento Informado

Título de proyecto de investigación : Trastorno temporomandibular y síntomas somáticos y su relación con estados emocionales negativos en pacientes adultos jóvenes de una clínica odontológica de Lima 2025.

Investigadores

: Yvan Salvador Alvites Pariona

Institución(es)

: Universidad Privada Norbert Wiener (UPNW)

Estamos invitando a usted a participar en un estudio de investigación titulado: “**Trastorno temporomandibular y síntomas somáticos y su relación con estados emocionales negativos en pacientes adultos jóvenes de una clínica odontológica de Lima 2025**”. de fecha 27/02/2025 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 el trastorno temporomandibular y síntomas somáticos con los estados emocionales negativos en pacientes adultos jóvenes. Su ejecución ayudará a tener resultados que beneficiarán a los pacientes jóvenes atendidos en una clínica particular, ya que se brindarán las soluciones a los problemas existentes.

Duración del estudio (2 meses):

Nº esperado de participantes: 92

Criterios de Inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión:

- Pacientes que firmen el consentimiento informado.
- Pacientes adultos jóvenes sin diagnóstico de TTM.
- Pacientes adultos jóvenes con síntomas somáticos.
- Pacientes adultos jóvenes sin diagnóstico psiquiátrico.

Criterios de Exclusión

- Pacientes adultos jóvenes con traumatismo orofacial.
- Pacientes adultos jóvenes con tratamiento psicológico.
- Pacientes adultos jóvenes que no completen los instrumentos respectivos.

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 evaluara 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 (Yvan Salvador Alvites Pariona, 925829787, a2020102414@uwiener.edu.pe).

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

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:**

Pariona

DNI:

Fecha: (dd/mm/aaaa)

Nombre **investigador:** **Yvan Salvador Alvites**

DNI: 70066596

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 07: Constancia de recolección de la información



**CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA
VÍCTOR RAÚL HAYA DE LA TORRE**

Servicio Docente Asistencial de la Agrupación Nacional de Odontólogos Apristas
VOLUNTARIADO



CERTIFICADO

La directora de la Clínica Estomatológica Víctor Raúl Haya de la Torre certifica la recolección de datos en los pacientes que asistieron a la clínica dental desde el 20 de mayo hasta el 10 de junio del presente año, para la ejecución del Proyecto de tesis: "TRANSTORNO TEMPOROMANDIBULAR Y SÍNTOMAS SOMÁTICOS Y SU RELACIÓN CON ESTADOS EMOCIONALES NEGATIVOS EN PACIENTES ADULTOS JÓVENES DE UNA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LIMA 2025", presentado por el Bachiller de la Universidad Norbert Wiener, Yván Salvador Alvites Pariona identificado con DNI 70066596; quien realizó la recolección de datos.

La supervisión de la recolección de datos estuvo a cargo del Dr. Luis Alberto Sánchez Sánchez, encargado del Área de Cirugía del Turno 3 la CE VRHT, asegurando la veracidad de la recolección de datos.

Atentamente,

Lima, 10 de junio del 2025




c. RUTH ACOSTA ZEVALLOS
Directora (e) CD VRHT




Dr. Luis Alberto Sánchez Sánchez
CIRUJANO - DENTISTA
C.C.P. 24476

CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA VÍCTOR RAÚL HAYA DE LA TORRE
Teléfonos: 014311958-014313540
Celular: 997461065
Av. Alfonso Ugarte 1012 Breña

Anexo 08: Prueba de normalidad

Análisis inferencial

Hipótesis de normalidad:

H₀: datos con distribución normal. H₁: no siguen distribución normal.

Nivel de significancia: 0.95 % alfa = 0.05

Test de normalidad

Si n > 50: Kolmogorov – Smirnov Si < 50: Shapiro – Wilk.

Criterio de selección

Si p-valor < 0.05 se rechaza la H₀ Si p – valor > 0.05 se acepta la H₀ y se rechaza la H₁

Prueba de normalidad

			Kolmogórov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
			Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
TTM	y	Síntomas	,135	92	,000	,944	92	,001
somáticos								
Estados emocionales			,121	92	,002	,915	92	,000
negativos								

Fuente: propia

“Se muestra la prueba de normalidad aplicada a las variables aplicadas en donde al tener una muestra 50 > se utilizó la metodología de (Kolmogórov-Smirnov), donde como resultado de significancia se obtuvo (0.000) y (0.002). Estos valores al ser < 0,05 nos va indicar que se debe aceptar la hipótesis alterna y rechazar la nula y que los datos no están distribuidos paramétricamente”:

Prueba no paramétrica Rho de Spearman

Anexo 9: Informe de Turnitin



Página 1 de 59 - Portada

Identificador de la entrega trn:oid::14912:517245279

Yvan Alvites

Tesis

 Universidad Wiener

Detalles del documento

Identificador de la entrega
trn:oid::14912:517245279

Fecha de entrega
23 oct 2025, 6:53 p.m. GMT-5

Fecha de descarga
23 oct 2025, 6:56 p.m. GMT-5

Nombre del archivo
TESIS YVAN ALVITES-1.docx

Tamaño del archivo
194.9 KB

52 páginas

11.307 palabras

64.359 caracteres



Página 1 de 59 - Portada

Identificador de la entrega trn:oid::14912:517245279




13% 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
- 2%  Publicaciones
- 6%  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.

Anexo 10: Imágenes








13% 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
- 2%  Publicaciones
- 6%  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
- 2% Publicaciones
- 6% 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	3%
2	Internet	repositoriobibliotecas.uv.cl	2%
3	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2024-12-08	<1%
4	Trabajos entregados	Universidad Cesar Vallejo on 2025-06-26	<1%
5	Internet	repositorio.ucv.edu.pe	<1%
6	Internet	pesquisa.bvsalud.org	<1%
7	Internet	core.ac.uk	<1%
8	Internet	www.nurx.com	<1%
9	Internet	1library.co	<1%
10	Internet	redi.unjbg.edu.pe	<1%
11	Internet	www.researchgate.net	<1%