

DISFUNCIÓN TÉMPORO-MANDIBULAR Y PSICOPATOLOGÍA: UN ESTUDIO COMPARATIVO CON LA POBLACIÓN GENERAL Y PACIENTES PSIQUIÁTRICOS AMBULATORIOS

J.L. González de Rivera, J.L. de la Hoz*, M. Rodríguez-Abuín**, A.L. Monterrey**

Resumen

La disfunción témporo-mandibular es un trastorno de frecuencia creciente, en cuya etiopatogenia se considera que pueden intervenir factores de tipo psicofisiológico. De manera estandarizada, hemos administrado la versión española del Cuestionario de 90 Síntomas (SCL90R) a 105 pacientes con disfunción témporo-mandibular, 218 pacientes psiquiátricos ambulatorios y 136 personas de la población general. Los pacientes con disfunción témporo-mandibular presentan niveles generales de psicopatología significativamente más elevados que los sujetos normales, aunque no tanto como los psiquiátricos, ocupando un lugar intermedio entre estos dos grupos. La correspondencia entre los distintos índices psicopatológicos es análoga a la encontrada en la población general, lo cual apoya la hipótesis de que las alteraciones psíquicas que acompañan la DTM no corresponden a un perfil psicopatológico característico, sino que son de naturaleza generalizada inespecífica.

Palabras clave: DTM. Disfunción témporo-mandibular. SCL90. Psicopatología.

Abstract

We administered the spanish version of SCL90R to 105 patients with TMD, 218 ambulatory psychiatric patients and 136 matching subjects from the general population. All the psychopathological indexes are elevated in TMD patients, although not as much as in the psychiatric population, showing an intermediate profile between these two populations. The internal correspondence among indexes is analogous to that found in the general population, which supports the hypothesis that the noted psychic dysfunctions are of a general unspecific nature.

Key words: TMD. Temporo-mandibular disorders. SCL90. Psychopathology.

Introducción

Disfunción Témporo-mandibular (DTM) es un término general que designa una serie de problemas clínicos que afectan a la Articulación Témporo-mandibular (ATM), la musculatura masticatoria y las estructuras asociadas, lo que en su conjunto forma el sistema estomatognático, y está incluida en el grupo de las alteraciones músculoesqueléticas (1). Las diversas situaciones clínicas se caracterizan por dolor en la zona preauricular, ATM y/o músculos de la masticación; limitación o desviación en el rango de movilidad mandibular y, ocasionalmente, por la

presencia de ruidos articulares funcionales. Constituyen la mayor causa de dolor orofacial crónico de origen no dentario afectando a aproximadamente un 6% de la población general lo que hace que haya un interés creciente en su estudio y manejo terapéutico (2).

En su etiología se describen cinco grupos principales: anomalías congénitas, macrotraumas agudos, microtraumas crónicos, procesos fisiopatológicos sistémicos y factores psicosociales. Estos últimos son de gran importancia, por cuanto afectan a la capacidad del paciente para tolerar el dolor y la limitación funcional, interfiriendo de forma a

* Servicio de Psiquiatría y *Estomatología. Fundación Jiménez Díaz.

** Instituto de Psicoterapia. Madrid

veces decisiva en la curación del cuadro disfuncional. Además en muchas situaciones la evolución del proceso es lenta lo que hace que el dolor adquiera un carácter crónico.

Todos los modelos conceptuales actuales sobre dolor crónico coinciden en la importancia de los factores psicológicos en la percepción y adaptación al dolor, de forma que diferentes pacientes con similar grado de lesión o disfunción pueden crear condiciones psíquicas distintas, dependiendo de sus características psicológicas, sus condicionamientos vitales y el enfoque terapéutico al que estén sometidos (3).

Es por tanto de primordial importancia en el estudio del paciente con disfunción temporomandibular la adecuada valoración del componente psicosocial. Uno de los principales rasgos de los criterios diagnósticos modernos de DTM es la inclusión de dos ejes, uno que describe las características físicas de la disfunción, y otro que refleja las alteraciones dolorosas de origen psicógeno

Nuestro propósito en el presente estudio es determinar la prevalencia, características y perfiles de los síntomas psiquiátricos y psicósomáticos en una muestra aleatoria de pacientes con DTM atendidos en la Unidad de ATM del Servicio de Estomatología de la Fundación Jiménez Díaz, Clínica de la Concepción, de Madrid.

Material y métodos

El presente estudio forma parte del programa de investigación denominado "Detección y Tratamiento de los Síndromes de Estrés", desarrollado en la Fundación Jiménez Díaz desde enero de 1996 hasta diciembre de 1997 (5). En el curso de este programa se aplicaron el "Índice de Reactividad al Estrés" (6), el "Test de Memoria por Ordenador" (7) y la versión española del SCL-90-R (8) a distintas poblaciones clínicas y normales. Describiremos aquí solamente los resultados obtenidos con este último instrumento en una población específica de enfermos no primariamente psiquiátricos, los pacientes estomatológicos afectados de alteraciones de

la articulación temporomandibular.

Selección de sujetos

La muestra está constituida por 105 pacientes consecutivos referidos por síndrome de disfunción temporomandibular al Servicio de Estomatología de la Fundación Jiménez Díaz durante el último semestre de 1997. De ellos, 7 fueron eliminados del presente estudio por presentar trastorno psiquiátrico activo en el momento de la entrevista (5 trastorno depresivo mayor, 1 trastorno de ansiedad generalizada, 1 trastorno paranoide), quedando la muestra definitiva compuesta por 98 sujetos. Como grupos control de comparación se tomaron 218 pacientes psiquiátricos ambulatorios no psicóticos ni con trastornos cerebrales orgánicos, atendidos por primera vez en el servicio de psiquiatría en el mismo periodo, y 136 trabajadores en una empresa editorial.

Instrumento de medida

El Cuestionario de Noventa Síntomas, "Symptom Check List 90" o SCL-90-R, es un cuestionario autoadministrado, desarrollado por Leonard Derogatis a partir de instrumentos anteriores como el Hopkins Symptom Scale y el Cornell Medical Index. La versión castellana del instrumento ha sido desarrollada por González de Rivera, De las Cuevas y cols., en colaboración directa con el autor original según metodología descrita en otro lugar (10). Ha sido aplicado en diferentes estudios, que incluyen la detección de morbilidad psiquiátrica menor en la población general (8), el establecimiento de sus valores normativos por edad y sexo (11) y los perfiles característicos según distintos diagnósticos en pacientes psiquiátricos (12).

El SCL-90 cuestiona al sujeto acerca de la presencia e intensidad de 90 síntomas psiquiátricos y psicósomáticos comunes, agrupados en 10 dimensiones o índices sintomáticos. Cada uno de los síntomas puede graduarse según la molestia que origina en una escala que va desde 0 (=no existente) hasta 4 (=máximo sufrimiento). El instrumento re-

fleja el número y la intensidad de los síntomas presentes a través de tres niveles diferentes de información: a) el global, constituido por tres índices, GSI o índice global de gravedad, PST o total de síntomas positivos, y PSDI, índice de distrés de síntomas positivos o índice de severidad media de los síntomas positivos; b) el dimensional, constituido por 10 complejos sintomáticos (somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide, psicoticismo y síntomas misceláneos), lo cual es una manera conveniente y conceptualmente coherente de agrupar los síntomas presentes, ofreciendo una medida de la intensidad de la psicopatología en cada una de estas dimensiones o índices sintomáticos, y c) el de síntomas discretos, útil para estudios epidemiológicos muy específicos (por ej., sobre fobia social, o sobre cefaleas, etc.). Aunque el SCL90 no pretende ser un test diagnóstico, y no se establecen puntos de corte discriminatorios entre estados normales y patológicos, se ha puesto de manifiesto la existencia de perfiles característicos de distintas entidades nosológicas (12,13).

Procedimiento

En su primera consulta, tras la oportuna anamnesis y exploración por el estomatólogo especialista en ATM, los sujetos fueron informados del propósito y las razones del estudio. A continuación, y excepto un pequeño número que excusó su colaboración por falta de tiempo u otras razones, todos los pacientes fueron entrevistados por un psiquiatra para descartar patología psiquiátrica activa y por un psicólogo experimentado en la administración del instrumento. 7 sujetos presentaron patología psiquiátrica activa (5 trastorno depresivo mayor, 1 trastorno de ansiedad generalizada, 1 síndrome paranoide). Cada sujeto recibió la misma información sobre los propósitos del cuestionario y la técnica de respuesta, lo cual es particularmente importante a la vista de estudios previos que indican que pequeñas variaciones

en la presentación de un cuestionario pueden modificar de manera importante su fiabilidad (14,15). La baremación de los cuestionarios se realizó según el procedimiento habitual (10). Una vez recogidos los datos, se procedió a su análisis estadístico mediante programa SPSS para PC.

Resultados

La edad media de la muestra clínica es de 31,8 años, con una desviación estándar de 14,5 años. El número total de mujeres es 89 y de hombres 9, equivalente a una distribución entre los sexos de 10:1, lo cual sigue la misma tendencia, aunque algo más marcada, que otras observaciones epidemiológicas en este tipo de trastornos (9). En cuanto a su estado civil, 37% son solteros, 57% casados, 5 % separados/ divorciados y 1 % viudos, proporciones comparables a lo esperable en la población general, de acuerdo con la edad media de la muestra (10). La media de nivel socioeconómico es significativamente superior a la de la población general, con 12% de clase alta y media-alta, 39% de clase media y 49% de clase media-baja y baja.

TABLA I

Psicopatología en pacientes con DTM, psiquiátricos y en población normal

	DTM (n = 98) Med. ds	Psíqu. (n = 218) Med. ds	Normal (n = 136) Med. ds
Somatización	1,16 (0,90)	1,64 (0,90)	0,61(0,50)
Obs-compuls	1,11 (0,80)	1,66 (0,10)	0,63 (0,62)
Sensibilidad	1,02 (0,84)	1,42 (0,94)	0,53 (0,49)
Depresión	1,15 (0,80)	1,90 (0,90)	0,63 (0,54)
Ansiedad	0,93 (0,77)	1,60 (1,00)	0,54 (0,48)
Hostilidad	0,84 (0,81)	1,18 (1,04)	0,50 (0,50)
Ans. fóbica	0,50 (0,72)	1,04 (1,05)	0,14 (0,28)
Paranoide	0,90 (0,77)	1,30 (1,03)	0,54 (0,54)
Psicoticismo	0,52 (0,57)	1,03 (0,91)	0,22 (0,28)
Miscelánea	1,10 (0,80)	1,69 (0,94)	0,63 (0,55)
G.S.I.	0,95 (0,66)	1,49 (0,84)	0,51 (0,38)
P.S.T	41,32 (19,8)	52,73 (20,8)	29,0 (17,4)
P.S.D.I.	1,91(0,63)	2,30 (0,7)	1,47 (0,40)

*p < 0,01.

El total de síntomas puntuados como positivos (PST) es de 41,32, con una desviación estándar de 19,8. La intensidad media de los síntomas puntuados (PSDI) es de 1,91 (d.s. 6,32). El índice global de psicopatología (GSI) es 0,95 (d.s. 0,66). En cuanto a las dimensiones sintomáticas, se ofrecen en la Tabla I, comparativamente con las obtenidas en las muestras control. El área sintomática que experimentó mayor puntuación fue la de somatización, seguida muy de cerca por las de depresión y obsesionalidad-compulsividad. La sensibilidad interpersonal, la ansiedad generalizada, la hostilidad y el paranoísmo ocupan el escalón siguiente, seguidos por niveles relativamente bajos de ansiedad fóbica y psicoticismo.

En cuanto a las muestras de comparación, es en primer lugar interesante reseñar la coincidencia entre las puntuaciones obtenidas por la población normal estudiada en Madrid y los datos obtenidos en el primer estudio de estandarización en población general en Canarias (Tabla II). Naturalmente, podríamos haber utilizado esta población como punto de comparación, pero preferi-

TABLA II

Dimensiones del SCL-90 en la población general (n = 570)

	MEAN	sd
Somatización	0,54	0,54
Obs-compuls	0,58	0,50
Inter-sens	0,43	0,42
Depresión	0,70	0,54
Ansiedad	0,49	0,51
Hostilidad	0,43	0,51
Fobias	0,24	0,34
Paranoide	0,44	0,48
Psicoticismo	0,21	0,29
G.S.I.	0,45	0,33

González de Rivera, JL y cols. El Método Epidemiológico en Salud Mental, Masson, Barcelona, 1993.

mos una población normal con mayor proximidad sociodemográfica y cultural con nuestra muestra diana. Los valores en todas

las diferentes dimensiones sintomáticas fueron consistentemente más altos en los pacientes con DTM que en la población normal, aunque los perfiles psicopatológicos demostraron ser sensiblemente paralelos (Figura 1). La población de pacientes psi-

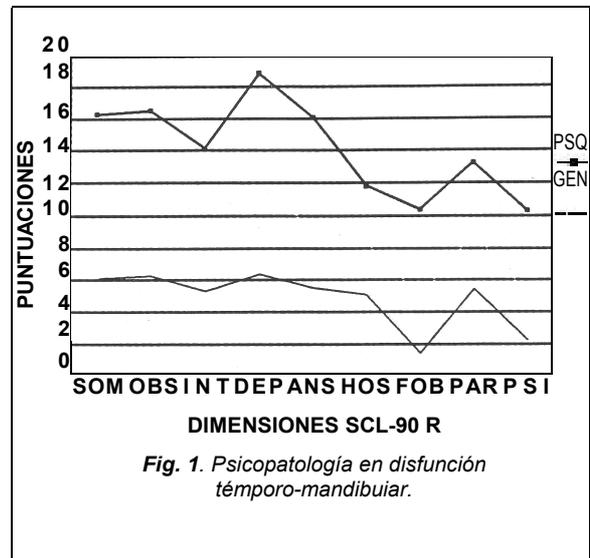


Fig. 1. Psicopatología en disfunción témporo-mandibular.

quiátricos ambulatorios, que se describe más detalladamente en otro lugar (16), está compuesta fundamentalmente por pacientes neuróticos con diagnósticos que incluyen todos los tipos de trastornos de ansiedad y distimia. Los valores de las distintas dimensiones psicopatológicas coinciden en términos generales con los descritos por De las Cuevas et al (12). En la comparación estadística hemos aplicado el análisis de covarianza controlando la influencia del género como convariente, ya que los valores tienden a ser, en general, más altos en el sexo femenino (11). Las diferencias entre los grupos son significativas a nivel de confianza $p < 0,001$. Dado que la distribución de los datos es no paramétrica, aplicamos al análisis de las diferencias entre grupos la prueba de la U de Mann-Whitney, obteniendo diferencias claramente significativas ($p < 0,001$).

Discusión

Nuestro hallazgo de niveles elevados de psicopatología entre los enfermos afectados de disfunción témporo-mandibular coincide

con las observaciones disponibles a partir de la experiencia clínica estomatológica en esta población (17). Múltiples estudios psiquiátricos corroboran esta impresión, desde el pionero de Engel en 1951 utilizando el sistema de entrevista libre (18), hasta los más recientes de Schulte (19) y Dworkin (20), que aplican una metodología psicométrica similar a la nuestra. Sin embargo, nuestro estudio es, en nuestro conocimiento, el primero que muestra con ayuda del Cuestionario de 90 Síntomas (SCL90R) la situación intermedia de los enfermos con DTM con respecto a enfermos psiquiátricos ambulatorios y sujetos normales. La paralelidad del perfil sintomático de sus dimensiones psicopatológicas con el de éstos últimos parece contradecir la asociación específica de un tipo de patología mental determinada con DTM, tal como ha sido reportado por otros autores (21,22). La elevación sistemática de todos los índices indica un alto grado de sufrimiento psíquico, que no llega sin embargo a la intensidad propia de la patología psiquiátrica. Por otra parte, el mantenimiento entre las dimensiones sintomáticas de una correlación similar a la característica en la población general sugiere que estos niveles de sufrimiento psíquico corresponden a una alteración generalizada inespecífica o a un estado de disfunción psíquica generalizada, probablemente análogo al descrito por Tyrer bajo el título de "síndrome neurótico general" (23). Estudios más detallados que tengan en cuenta las distintas variantes de DTM son necesarios, en primer lugar con objeto de precisar si existe una asociación preferencial del síndrome neurótico general con alguna de ellas, y en segundo lugar para descartar la posible asociación de rasgos psicopatológicos específicos (por ej. depresión, hipocondriasis, somatización, alexitimia, etc.) con alguna variante de DTM.

Bibliografía

1. Mc Neill C, Mohl N, Rugh JD, Tanaka T. *Temporomandibular Disorders: diagnosis, management, education and research*. J Am Dent Assoc 1990; 120-253.
2. Mc Neill C, ed. *Temporomandibular Disorders: Guidelines for the classification assessment and management*. Chicago: Quintessence Publishing Co., 1993.
3. González de Rivera JL. *La inhibición psicológica del dolor*. Rev Esp Enf Metab Oseas 1998; 7: 3.
4. Dworkin SF, LeResche L. *Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: Review, criteria examinations and specifications, critique*. J Craniomandib Disord 1992; 6: 301-55.
5. González de Rivera JL. *Detección y Tratamiento de los Síndromes de estrés*. Servicio de Psiquiatría, Fundación Jiménez Díaz, mayo 1995.
6. González de Rivera JL. *El índice de Reactividad al Estrés*. Inteva, Madrid, 1990.
7. González de Rivera JL. *El Test de Memoria por Ordenador*. JR Prous Editores, Barcelona, 1993.
8. González de Rivera JL, De las Cuevas C, Gracia R, Monterrey AL, Rodríguez-Pulido F, Henry M. *Morbilidad psiquiátrica menor en la población general de Tenerife*. Psiquis 1990; 11: 1-9.
9. Helkimo M. *Epidemiological surveys of dysfunction of the masticatory system*. En: Zarb, GA, Carlsson, GE: *Temporo-Mandibular Joint Function and Dysfunction*. Muttksgaard, Copenhagen, 1979.
10. González de Rivera JL, Rodríguez-Pulido F, Sierra A. *El Método Epidemiológico en Salud Mental*. Salvat-Masson, Barcelona, 1993.
11. González de Rivera JL, De las Cuevas C, Gracia R, Henry M, Rodríguez-Pulido R, Monterrey AL. *Age, sex and marital status differences in minor psychiatric morbidity*. Eur J Psychiat 1991; 5: 166-176.
12. De las Cuevas C, González de Rivera

- JL, Henry M, Gracia R. *Perfil sintomático y diagnóstico en pacientes psiquiátricos ambulatorios*. Psiquis 1991; 12: 326-336.
13. Steer RA. *Modal profile analyses of the SCL-90 for seven mental disorders*. Multivariate Exp Clin Res 1983; 6: 55-67.
 14. González de Rivera JL, Morera A. *Diferencias en las puntuaciones objetivas y subjetivas de una escala de sucesos vitales*. Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr 1983; 11: 159-162.
 15. De las Cuevas C, González de Rivera JL. *Autoinformes y respuestas sesgadas*. An Psiquiatr 1992; 8: 362-366.
 16. González de Rivera JL, Rodríguez-Abuín M, Monterrey AL. *Psicopatología y Reactividad al Estrés en pacientes psiquiátricos ambulatorios*. Psiquis Aceptado para publicación, sept. 1998.
 17. Rugh JD. *Psychological factors in TMD*. In Mc Neill: *Current controversies in temporomandibular disorders*. Quintessence Publishing Co. 1992.
 18. Engel GL. *Primary atypical facial neuralgia*. Psychosom. Med 1951; 13: 375-396.
 19. Schulte JK, Anderson GC, Hathaway KM, Will TE. *Psychometric profiles and related pain characteristics of temporomandibular disorder patients*. J Orofacial Pain 1993; 7: 247-253.
 20. Dworkin SF, Massoth DL. *Temporomandibular disorders and chronic pain: Disease or illness?* J Prosthet Dent 1994; 72: 29-38.
 21. Vimpari SS, Knuutila MLE, Saki TK, Kivela SL. *Depressive symptoms temporomandibular joint pain and associated with symptoms of the dysfunction syndrome*. Psychosom Med 1995; 57: 439-444.
 22. Speculand B, Goss AN, Hughes A, Spence ND, Pilowsky I. *Temporomandibular joint dysfunction: pain and illness behavior*. Pain 1983; 139-150.
 23. Tyrer P, Seivewright N, Ferguson B, Tyrer J. *The general neurotic syndrome: a coaxial diagnosis of anxiety, depression and personality disorder*. Acta Psychiatr Scand 1992; 85: 201-206

PSICOPATOLOGÍA EN DISFUNCIÓN TÉMPORO-MANDIBULAR

