

## **Ansiedad y disfunción temporomandibular**

María E. Machado, María R. Fasanella

Departamento de Prostodoncia y Oclusión. Facultad de Odontología. Universidad de Carabobo.  
 mary\_machado\_tovar\_@hotmail.com

Recibido: 06/11/2008  
 Aceptado: 29/04/2009

### **Resumen**

En la etiología de la Disfunción temporomandibular (DTM), muchos investigadores atribuyen un papel importante a la ansiedad. La presente investigación tuvo como objetivo determinar la presencia de ansiedad en pacientes con DTM, atendidos en la Unidad de Investigación en Trastornos Cráneomandibulares (UNICRAM) de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo durante el período julio 2007- mayo 2008. La naturaleza del estudio fue descriptiva y la población estuvo constituida por 160 personas, seleccionándose una muestra aleatoria de 48 pacientes (30%). Como instrumentos de recolección de datos se utilizó la Historia Clínica de Oclusión para establecer el diagnóstico de Disfunción Temporomandibular y el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo STAI, para evaluar dos conceptos independientes de la ansiedad: la ansiedad estado (condición emocional transitoria) y la ansiedad rasgo (propensión ansiosa relativamente estable). Los resultados mostraron un mayor porcentaje de pacientes con DTM en el sexo femenino. En la ansiedad estado en ambos sexos, el mayor porcentaje (56,25) presentó un nivel normal, mientras que en la ansiedad rasgo se observó que el mayor porcentaje (54,17) registró un nivel bajo y un 8,3% alta ansiedad de rasgo, predominando en el sexo femenino. Como conclusiones se establece que por estar estos pacientes en un estadio crónico de la DTM, la ansiedad estado se ubicó dentro de niveles normales; además, no se puede afirmar que la presencia de DTM está determinada esencialmente por la existencia de una personalidad ansiosa, sino que dicha patología presenta una etiología multifactorial, donde la ansiedad rasgo puede o no jugar un papel determinante.

**Palabras clave:** Ansiedad, ansiedad-estado, ansiedad-rasgo, disfunción temporomandibular, STAI.

### **Summary. Anxiety and temporomandibular dysfunction**

Many researchers attribute an important paper of anxiety in the etiology of Temporomandibular Dysfunction (DTM). The aim of the present research was to determine the presence of anxiety in patients with Temporomandibular Dysfunction, attended in the Research Unit of Craneomandibulares Disorders (UNICRAM) of the Faculty of Dentistry, UC, during the Term of July 2007- may 2008. The nature of study was descriptive and the population was 160 people, selecting a random sample of 48 patients (30%). As instruments of data collection the Occlusion Clinical History were used to establish the diagnosis of Temporomandibular Dysfunction and State-Trait Anxiety Inventory STAI, to evaluate two independent concepts of the anxiety: the state anxiety (transitory emotional condition) and the trait anxiety (relatively stable anxious propensity). The results showed a greater percentage of patients with DTM in women. The state anxiety in both genders, the elevated percentage (56,25) presented a normal level, whereas in the trait anxiety was observed the greater percentage (54,17) registered a low level and a 8.3% high trait anxiety, predominating in the feminine gender. As conclusions settle down that to be these patients in a chronic stage of the DTM, the state anxiety was located within normal levels; in addition it is not possible to affirmed that the presence of DTM is determinate essentially by the existence of an anxious

personality, it means that this pathology presents as multi-factor etiology, where the trait anxiety can or not play a determining role.

**Key words:** Anxiety, state anxiety, trait anxiety, temporomandibular dysfunction, STAI.

## Introducción

Un gran número de investigaciones en las distintas áreas del saber y más aún en el campo de la salud, abordan el tema de la ansiedad, por ser ésta una compañera omnipresente que afecta la existencia del ser humano. Es importante reconocer que en el mundo actual, con vertiginosos cambios sociales, económicos, políticos y con altas exigencias para la búsqueda de una mejor calidad de vida, la ansiedad se ha convertido en una causa importante de enfermedad e incluso de muerte para el hombre moderno.

La ansiedad ha sido definida como un estado de ánimo negativo, caracterizado por síntomas corporales de tensión física y aprensión respecto al futuro, con una predisposición heredada (1).

Para Chassoul (2), es una emoción compleja, difusa y desagradable, que se expresa por un sentimiento de temor y de tensión emocional, acompañada de diversos síntomas corporales tales como palpitaciones, taquicardia, palidez, dificultad para respirar, náuseas, diarrea, sudoración entre otras y con frecuencia cursa con cefaleas tensionales, cuyo sustrato es sólo de origen muscular (3).

Esta afección constituye una parte integral de muchas enfermedades crónicas y es considerada a menudo la característica principal de la patología primaria, que conduce a dolencias diferentes dependiendo del órgano diana afectado por la patología (4). En concordancia con esto, Buchwald (5), expresa que entre el 70 y el 80% de todas las enfermedades están asociadas con la ansiedad, tales como las enfermedades cardíacas, el cáncer, la hipertensión y afecciones en el sistema inmune.

Sin embargo, algunos autores (6) consideran que cierto grado de ansiedad es bueno, ya que se acompaña de un estado de alerta, para poder encarar las dificultades y evitar peligros, porque permite al individuo armar mecanismos de defensa, que son procesos de protección inconscientes que

mantienen bajo control las emociones primitivas asociadas con los conflictos, de modo que su "Yo" pueda seguir con su actividad (1); no obstante la ansiedad se convierte en una enfermedad severa cuando las personas reaccionan ante cualquier estímulo de manera exagerada y sin poder controlar sus acciones.

Tales situaciones son desarrolladas por el ser humano frente a situaciones de amenaza o de peligro a la propia integridad física o a la autoestima, ante acontecimientos futuros o situaciones de incertidumbre y por la posibilidad de pérdida o fracaso.

Aun cuando la ansiedad parece ser mayor en mujeres que en hombres, el sexo no resulta ser la variable más determinante para ella, en virtud que los factores sociodemográficos (nivel educativo, situación laboral, vida en pareja o no, el hecho de vivir en un entorno rural o urbano) parecen tener un gran peso respecto a las diferencias de sexo (7).

La respuesta a la ansiedad es individual, no obstante, ella se caracteriza por cursar con unos variados y fluctuantes signos y síntomas agrupados en tres grandes áreas: 1) Tensión motora, que cursa con temblor, incapacidad de relajarse, inquietud, fatiga, contracturas, cefaleas y dolor de espalda. 2) Hiperactividad autonómica, caracterizada por disnea, palpitaciones, sudoración, mareos, flashes de calor o frío, polaquiuria, malestar digestivo, náuseas, dolor precordial y diarrea. 3) Hiperactivación, que se caracteriza por hipervigilancia, estado constante de alerta, irritabilidad, respuesta de sobresalto exagerado, insomnio de conciliación y/o mantenimiento y sueño poco reparador (8).

Spielberger (9), clasifica la ansiedad en dos conceptos: Ansiedad estado y ansiedad rasgo. La primera describe cómo el sujeto se siente en un momento determinado y los síntomas están todos vinculados a una situación específica, mientras que la segunda, existe como característica, componente

o atributo más o menos estable de la personalidad y constituye un rasgo propio que diferencia la actividad de la personalidad de la actividad de otros seres humanos y representa un estado emocional crónico, que induce hacia la realización de hábitos poco saludables que perpetúan la enfermedad.

Para Ricciardi (10), la ansiedad estado se refiere a un episodio agudo y autolimitado o a una situación provocada que no persiste mas allá del evento generador, es decir, se ve solo en relación a una situación u objeto específico; que puede incidir en el curso de ciertas enfermedades precipitando el inicio de una crisis, su agravamiento y hasta su cronificación; mientras que la ansiedad como rasgo describe un patrón longitudinal de presentación sintomática, que se ve como un estado afectivo persistente, donde la causa de la emoción es vaga o poco definida y múltiples pensamientos y eventos parecen desencadenarla.

La ansiedad acostumbra ser también una reacción habitual a la enfermedad médica e interactúa con ella empeorando los síntomas, bien sea a nivel del sistema cardiovascular, digestivo, respiratorio y/o neuromuscular. Una de las enfermedades más comúnmente asociada a la ansiedad que se manifiesta en el aparato estomatognático, es la Disfunción Temporomandibular, definida como una entidad patológica relacionada con problemas funcionales de la Articulación Temporomandibular (ATM) y de los músculos asociados a la masticación, ya que al producir sobrecarga muscular repetitiva afecta el control neuromuscular, que conjuntamente con los reflejos nerviosos básicos protegen los tejidos de la ATM así como las demás partes del sistema masticatorio (11).

En tal sentido, la presente investigación tuvo como objetivo principal, determinar la presencia de ansiedad en pacientes con Disfunción Temporomandibular (DTM), por ser ella uno de los factores psíquicos más asociados a la disfunción, sin embargo, algunos autores (11), señalan que sobre este tema existe bastante polémica, ya que cabe la interrogante de si es la ansiedad la causa de la disfunción o el resultado de tal padecimiento crónico. Sea cual fuera la relación existente, se ha demostrado que los pacientes con DTM son más ansiosos que los no afectados.

La DTM supone un problema significativo en el ámbito de la salud pública. Aragón y col (12), manifiestan que el 50% de la población sufre una disfunción del sistema temporomandibular y aproximadamente un 7% padece de un trastorno bucofacial causante de dolor facial y mandibular.

Otros autores, como Alonso (13) y Mc Neil (14), reportan que a nivel mundial solo el 17% de la población está libre de problemas articulares, mientras que el 43% presenta manifestaciones leves y el 40% restante entre leves y graves, más frecuentes en las mujeres que en los hombres en una relación de 4:1 y que se va incrementando en frecuencia y severidad en la tercera y cuarta década de la vida.

Entre los signos y síntomas característicos de esta patología se encuentran el dolor muscular y/o articular; limitación de la apertura bucal y de los movimientos mandibulares y ruidos articulares de tipo chasquido o crepitación, mas frecuentemente durante la apertura y/o cierre de la boca (15).

## Materiales y Métodos

El presente trabajo se enmarca dentro de una investigación de tipo descriptiva, donde

la población objeto de estudio estuvo conformada por un total de 160 personas, atendidas en la Unidad de Investigación en Trastornos Cráneo mandibulares (UNICRAM) de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo, durante el período julio 2007-mayo 2008, diagnosticadas con Disfunción Temporomandibular, condición ésta considerada como el criterio de inclusión y a quienes previo consentimiento informado, se les aplicó el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo "STAI" (State-Trait Anxiety Inventory). De allí se seleccionó una muestra de 48 pacientes, escogidos de forma aleatoria simple, que representan el 30% del total poblacional.

Como instrumentos de recolección de la información se utilizó la Historia Clínica de Oclusión, la cual consta de seis partes: datos personales, anamnesis, signos clínicos, diagnosis oral funcional, estudio de los modelos articulados y examen físico general por observación; mediante la cual se pudo establecer el diagnóstico

de Disfunción Temporomandibular. Por otra parte se utilizó el Test de ansiedad estandarizado, Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo STAI, para evaluar en dichos pacientes, la presencia de dos conceptos independientes de la ansiedad: la ansiedad como estado (condición emocional transitoria) y la ansiedad como rasgo (propensión ansiosa relativamente estable).

El Inventario Ansiedad Estado-Rasgo consta de dos partes: La escala E para medir la Ansiedad de Estado, la cual consta de 20 frases con las que el sujeto puede describir como se siente “en un momento particular”, mientras que la escala R también con 20 frases, puede mostrar la Ansiedad de Rasgo, es decir, como se siente el sujeto generalmente. La puntuación en los ítems de estado oscila entre 0 y 3, estableciendo los criterios operativos según la intensidad (0, nada; 1, algo; 2, bastante y 3, mucho). En los ítems de rasgo también oscila entre 0 y 3, pero se basa en la frecuencia de presentación (0, casi nunca; 1, a veces; 2, a menudo y 3, casi siempre). La puntuación total en cada uno de los conceptos oscila entre 0 y 60 puntos (16).

Este cuestionario establece la media de la Ansiedad rasgo en la población adulta en  $20,19 \pm 10,56$  en hombres y en  $24,99 \pm 10,05$  en mujeres; y las medias de los grados de Ansiedad estado en  $20,54 \pm 10,56$  en hombres y de  $23,30 \pm 11,95$  en mujeres (16). Así que, los valores que resulten iguales a la media indican un nivel de ansiedad dentro de límites normales; por debajo de ella son considerados como baja ansiedad, mientras que los que se obtengan por encima de la media indican la existencia de altos niveles de ansiedad.

Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS para Windows versión 10.0. Las escalas estado y rasgo, se describen mediante media (IC 95%) y la variable sexo se representó en frecuencias y porcentajes. En vista que los valores medios del STAI son diferentes para hombres y mujeres, se ponderó el nivel de ansiedad por sexo.

**Resultados**

De la muestra estudiada el 75% perteneció al sexo femenino y el 25% restante al masculino (Tabla1).

En lo referente a la ansiedad estado, en el sexo masculino el mayor porcentaje mostró un nivel de ansiedad normal con un valor de 14,58%, mientras que el 10,48% presentó un nivel de ansiedad bajo y ningún paciente mostró un nivel alto de ansiedad. En lo que respecta al sexo femenino, el 41,67% de la muestra se ubicó en un nivel normal, mientras que el 33,33% lo hizo en un nivel bajo, no encontrándose ninguna paciente con nivel alto de ansiedad. Se evidencia que tanto en el sexo masculino como femenino, el mayor porcentaje de pacientes (56,25) presentó un nivel de ansiedad normal; el 43,75% mostró una ansiedad baja, mientras que en ningún paciente se reflejaron niveles altos de ansiedad (Tabla 1).

Al estudiar la ansiedad rasgo en el sexo masculino el mayor porcentaje mostró un nivel de ansiedad bajo con un valor de 14,59%, mientras que el 8,33% presentó un nivel de ansiedad normal y un solo paciente (2,08%) mostró un nivel alto de ansiedad. En lo que respecta al sexo femenino, el 39,58% de la muestra se ubicó en un nivel bajo, mientras que el 29,17% lo hizo en un nivel

**Tabla 1.** Distribución de los niveles ansiedad-estado de los pacientes según sexo que acuden a la UNICRAM

<b>Ansiedad</b>	<b>Masculino</b>	<b>%</b>	<b>Femenino</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
<b>Alta</b>	---	---	---	---	---	---
<b>Normal</b>	7	14,58	20	41,67	27	56,25
<b>Baja</b>	5	10,48	16	33,33	21	43,75
<b>Total</b>	12	25	36	75	48	100

normal, encontrándose el 6,25% con un nivel alto de ansiedad. En ambos sexos se observó que el mayor porcentaje de pacientes registró un nivel de ansiedad bajo con un 54,17 %, mientras que en el 37,5% se detectó un nivel de ansiedad normal; en cambio un 8,3% presentó alta ansiedad de rasgo, con mayor predominio en el sexo femenino que en el masculino (Tabla 2).

### Discusión

Sea cual fuere el marco teórico desde el que se realice la investigación de la relación emoción salud, se parte del supuesto de que las emociones y la personalidad pueden influir sobre las funciones somáticas y contribuir a la etiopatogenia de numerosos trastornos, sin embargo las emociones humanas no influyen en la salud a través de un único mecanismo, sino que pueden ejercer esta influencia de muy diversas maneras y en diferentes momentos del proceso de enfermar.

El análisis de los resultados alcanzados y su contrastación con los obtenidos por numerosas investigaciones en esta área del conocimiento, permite señalar que de manera similar a lo establecido, la Disfunción Temporomandibular es una afección con predominio en el sexo femenino. En tal sentido, un estudio referido a los trastornos de la articulación temporomandibular realizado en España por Aragón y col (12), señala que los mismos son más frecuentes en mujeres de 20 a 50 años.

Esto es corroborado por Ortega y col (17), en México, quienes al estudiar 164 sujetos con rangos de edades entre los 17 y 32 años, obtuvieron que la

incidencia de disfunción temporomandibular fue mayor en el sexo femenino en una relación de 60 a 40%). Asimismo, Aguilar (18), en Brasil, señala que los trastornos de la ATM afectan con mayor frecuencia al sexo femenino con una relación 4: 1.

En referencia a esto, un estudio realizado por Sánchez y col (4), al comparar la salud de hombres y mujeres en general, concluyeron que así como ocurre en otros trabajos, las mujeres tienen peor salud que los varones. Esta afirmación se sustenta en que puntúan más alto en el número de visitas al médico que realizan, en el número de dolencias físicas que presentan, tienen puntuaciones más altas en ansiedad fisiológica, ansiedad cognitiva y ansiedad total y presentan una menor salud física percibida.

Al analizar la ansiedad, los resultados de esta investigación relacionados con el sexo muestran que para la Ansiedad Estado todos los pacientes presentaron un nivel normal, mientras que para la Ansiedad Rasgo se encontró un nivel de ansiedad bajo en ambos sexos. Por su parte, un estudio realizado en España por Olmedilla y col (19), muestra que no es el sexo *per se* la variable más determinante para la ansiedad, sino que son los factores sociodemográficos, tales como la edad, estado civil, número de hijos, situación laboral y nivel educativo, los de mayor peso respecto a las diferencias de sexo.

Esto contrasta con un estudio realizado en Colombia por Suárez y col (20), en el cual se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre ansiedad y sexo, con mayor predominio en el sexo femenino.

Tabla 2. Distribución de los niveles ansiedad-rasgo de los pacientes según sexo que acuden a la UNICRAM

Ansiedad	Masculino	%	Femenino	%	Total	%
Alta	1	2,08	3	6,25	4	8,33
Normal	4	8,33	14	29,17	18	37,55
Baja	7	14,59	19	39,58	26	54,12
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>25</b>	<b>36</b>	<b>75</b>	<b>48</b>	<b>100</b>

Ahora bien, aún cuando algunos autores consideran que los factores emocionales (ansiedad y estrés) son de alto riesgo para la DTM, los resultados obtenidos en este estudio coinciden con los de otras investigaciones en el sentido que, los consideran como válvulas de escape y de seguridad emocional, para evitar alteraciones sistémicas somáticas más graves y por tanto, podrían no ser el factor primario en la etiología de la disfunción (17).

En el mismo orden de ideas, en una investigación realizada en Perú por Salazar (21), para determinar la relación entre ansiedad y los trastornos temporomandibulares en 130 estudiantes universitarios, 46 (35%) presentaban según el test Zung ansiedad en grado de severidad leve, 16 (12%) con grado de severidad moderado y ninguno de los estudiantes tenían grado severo de ansiedad.

Estos datos son similares a los reportados por Paredes (22), también en Perú, en una muestra de 228 pacientes, en los que la prevalencia de ansiedad manifiesta en pacientes con Disfunción Temporomandibular, fue de 41,23 %. La ansiedad moderada se presentó en 32,46 %; ansiedad severa en 6,58 % y la ansiedad máxima se reportó en 2,19 %. El sexo femenino presentó mayor prevalencia de ansiedad respecto al masculino.

Por su parte, en contraposición a lo planteado, Southwell y col (23), en España, estudiaron la personalidad y la ansiedad rasgo y estado en la DTM, mostrando un perfil de personalidad de mayor introversión y neurosis en pacientes con disfunción comparado con el grupo control, así como mayores puntuaciones en la ansiedad como rasgo.

En concordancia con lo anterior, Machado y col, llevaron a cabo una investigación en pacientes en Valencia, Venezuela, en la que se relacionaron los desórdenes cráneomandibulares con la ansiedad, midiendo esta última a través del Test de Rojas, encontrando que el 55,6% de los pacientes estudiados presentó niveles de ansiedad muy graves y 3,9% no evidenció ansiedad (24).

## Conclusiones

Una vez analizados los resultados producto de esta investigación se establecieron las conclusiones siguientes:

El mayor porcentaje de pacientes que asistieron a la UNICRAM con Disfunción Temporomandibular pertenecen al sexo femenino.

En cuanto a la ansiedad estado, la mayor proporción de los pacientes atendidos presentaron niveles de ansiedad considerados dentro de un rango normal, según el inventario de ansiedad aplicado, ello significa que si bien presentan ansiedad, ésta no llega a niveles patológicos, lo cual podría ser consecuencia de que estas personas padecen trastornos disfuncionales de la ATM en estadio crónico. Esta aseveración surge una vez revisada la evolución del cuadro clínico en los pacientes que conformaron la muestra.

Los resultados obtenidos en el estudio de la ansiedad rasgo demuestran que existe un predominio del nivel de ansiedad rasgo bajo, aunque algunos pacientes mostraron niveles altos, con una preponderancia en el sexo femenino. Por ende, no se puede afirmar que la presencia de DTM está determinada esencialmente por la existencia de una personalidad ansiosa, sino que dicha patología presenta una etiología multifactorial, donde la ansiedad rasgo puede o no jugar un papel determinante,

## Referencias

1. Barlow D, Durand V, Montorio I, Morand D. Psicopatología. 3a ed. España: Paraninfo; 2003.
2. Chassoul Ch. Ansiedad. [serie en Internet] 2001 [citado 6 Sept. 2008] Disponible en: <http://www.Geocities.com/hotsprings/6333/2defini.htm>
3. Academia Estadounidense de Médicos de Familia. Ansiedad y pánico: tomando control de la manera como usted se siente. [serie en Internet] 2006 [citado 7 Mayo 2009]. Disponible en: <http://familydoctor.org/online/famdocs/home/common/mentalhealth/anxiety/013.html>

4. Sánchez M, Aparicio M, Dresch V. Ansiedad, autoestima y satisfacción autopercibida como predictores de la salud: diferencias entre hombres y mujeres. *Psicothema*. 2006;18(3): 584-590.
5. Buchwald P. Stress and anxiety: Application to health, work place, community, and education. [serie en Internet] 2006 [citado 7 Mayo 2009] [456 p] Disponible en:<http://www.c-s-p.org/Flyers/Stress-and-Anxiety-Application-to-Health--Work-Place--Community--and-Education.htm>
6. Marín I, Martínez P, Ponsich J, Pubill M. Ansiedad en pacientes intervenidos de rodilla (Prótesis total rodilla). *Revista electrónica semestral de enfermería global*. 2004 Mayo;(4):1-9.
7. Matud MP, Guerrero K, Matías RG. Relevancia de las variables sociodemográficas en las diferencias de género en depresión. *Intern J Clin Health Psychology*. 6: 7-21.8. Díaz C. Clínica Ansiedad. En: J. Vallejo Ruiloba; C. Gastó Ferrer. *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión*. Barcelona: Massón; 2000
9. Spielberger CD. *Theory and research on anxiety and behaviour*. New York: Academic; 1966.10. Ricciardi C. Concepto de ansiedad. [serie en Internet] 2007. [citado 6 Sept 2008] Disponible en: [www.psiquiatria.fmed.edu.uy/images/Material%20descarga/Material%20CIPLIPA%202007/.ppsTAG%20CICLIPA](http://www.psiquiatria.fmed.edu.uy/images/Material%20descarga/Material%20CIPLIPA%202007/.ppsTAG%20CICLIPA)
11. Castillo R, Reyes A, González M, Machado M. Hábitos parafuncionales y ansiedad versus Disfunción Temporomandibular. *La Habana. Rev Cubana Ortod*. 2001; 16(1):14-23.
12. Aragón C, Aragón F, Torres M. Trastornos de la articulación témporo- mandibular. *Rev Soc Esp Dolor*. [serie en Internet]. 2005, [citado 8 Sept. 2008]; 12(7) [p.429-435] Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-80462005000700006&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462005000700006&lng=es&nrm=iso). ISSN 1134-8046.
13. Alonso A, Albertini J, Bechelli A. *Oclusión y Diagnóstico en Rehabilitación Oral*. Argentina: Panamericana; 2000.
14. Mc Neill C. *Desórdenes Temporomandibulares: Guía para el manejo y diagnóstico*. Asociación Dental de California; 2000; 19:15-26.
15. Isberg A. *Disfunción de la Articulación Temporomandibular*. Brasil: Artes Médicas; 2003.
16. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. *Cuestionario de Ansiedad Estado- Rasgo*, Manual. 6ta ed. Madrid: TEA Ediciones; 2002.
17. Ortega J, Carvajal F, Cázares R, Narváez J, Domínguez M. Prevalencia y factores de riesgo para trastornos temporomandibulares en población estudiantil de Tuxtla, Chiapas. *Med Oral*. 2006; 8(3): 121-128.
18. Aguilar M. Trastornos de la articulación temporomandibular. Centro de Información en otorrinolaringología y fonoaudiología. *La Revista Digital*. [serie en Internet]. 2001, [citado 7 May. 2009]; 1(1). Disponible en: <http://www.ciof.com.ar/residentes.htm>
19. Olmedilla Zafra, A.; Ortega Toro, E. y Madrid Garrido, J. Variables sociodemográficas, ejercicio físico, ansiedad y depresión en mujeres: un estudio correlacional. *Rev Intern Med Ciencias Activ Física Deporte*. [serie en Internet]. 2008, [citado 7 May. 2009]; 8 (31) [p. 224-243]. Disponible en: [Http://cdeporte.rediris.es/revista/revista31/artansiedad92.htm](http://cdeporte.rediris.es/revista/revista31/artansiedad92.htm)
20. Suarez A, Avila P, Caballero D, Cuca L. Síntomas de Ansiedad y Depresión en un Grupo de Pacientes Oncológicos del Hospital Departamental de Villavicencio. [serie en Internet]. 2006, [citado 7 May. 2009] Disponible en: [www.amese.net/cancer/descargas/Sintomas%20de%20ansiedad%20y%20depresion.pdf](http://www.amese.net/cancer/descargas/Sintomas%20de%20ansiedad%20y%20depresion.pdf)
21. Salazar M. Relación entre ansiedad y trastorno temporomandibular en estudiantes de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. [serie en Internet]. 2005, [citado 8 Sept.2008]; Disponible en: [biblioteca.universia.net/ficha.do?id=34694428](http://biblioteca.universia.net/ficha.do?id=34694428) - 32k

22. Paredes G. Epidemiología de disfunción cráneomandibular en las áreas de influencia de la Facultad de Odontología de la UNMSM. Odontol. San Marquina [serie en Internet]. 1998, [citado 8 Sept. 2008]; 1 (1) [p.12-20]. Disponible en: [sisbib.unmsm.edu.pe/bVrevistas/odontologia/1998\\_n1/epidemiologia.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bVrevistas/odontologia/1998_n1/epidemiologia.htm) - 49k
23. Southwell J, Deary IJ, Geissler P. Personality and anxiety in temporomandibular joint syndrome patients. J Oral Rehabil. 1990; 17:239-43.
24. Machado M, Tosta E. Ansiedad y Desórdenes Cráneomandibulares en pacientes que asisten a la Clínica de Oclusión de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo. [Trabajo de Ascenso]. Universidad de Carabobo; 2005.

## **FACULTAD DE ODONTOLOGÍA FUNDACIÓN VICENTE TOLEDO**

- DIPLOMADO DE ODONTOLOGÍA ESTÉTICA**
- DIPLOMADO DE OCLUSIÓN Y REHABILITACIÓN PROTÉSICA**
- DIPLOMADO DE ENDODONCIA**
- DIPLOMADO TEÓRICO-PRÁCTICO DE ACCIDENTES EN ENDODONCIA**
- DIPLOMADO EN ODONTOPEDIATRÍA**
- DIPLOMADO DE CIRUGÍA BUCAL**
- DIPLOMADO EN IMPLANTOLOGÍA**
- DIPLOMADO TEÓRICO-PRÁCTICO DE REHABILITACIÓN NEURO-OCCLUSAL Y LA ORTOPEDIA FUNCIONAL DE LOS MAXILARES VISTA A TRAVÉS DE LA REHABILITACIÓN NEURO-OCCLUSAL**
- DIPLOMADO DE ORTOPEDIA DENTOFACIAL Y ORTODONCIA**
- DIPLOMADO TEÓRICO-PRÁCTICO EN ORTODONCIA PARA EL ODONTÓLOGO EN GENERAL**
- DIPLOMADO DE ORTODONCIA INTERACTIVA CON UN ENFOQUE BIOPSICOSOCIAL**
- DIPLOMADO DE INTERACTIVO EN ORTODONCIA PREVENTIVA E INTERCEPTIVA**

### **Información:**

**Facultad de Odontología-Universidad de Carabobo. Antiguo Psiquiátrico de Bárbula  
Pabellón 11. Naguanagua-Edo. Carabobo.**

**Telf. 0241-5114116/8674103/8674590/8687123**