

## REVIEW

Pamela Araneda, Juan Fernando  
Oyarzo, Mariella González,  
Camilo Figueroa.

Facultad de Odontología, Universidad  
Andrés Bello, Chile.

Recibido: 11/07/13  
Revisado: 30/07/13  
Aceptado: 09/08/13  
Online: 09/08/13

Contacto: Dra. Pamela Araneda Palma.  
Casilla 3233, Concepción. Fono: 99391642.  
E-mail: pamaraneda@gmail.com.

# Intervención psicológica en trastornos temporomandibulares: Revisión narrativa.

Araneda P, Oyarzo JF, González M & Figueroa C. Intervención psicológica en trastornos temporomandibulares: Revisión narrativa. *J Oral Res* 2013; 2(2): 86-90.

**Resumen:** Los pacientes con trastornos temporomandibulares (TTM) presentan trastornos psicológicos y psiquiátricos frecuentemente. Estos pacientes a menudo muestran somatización, depresión, ansiedad, reacción al estrés y catastrofismo, lo que juega un rol en la predisposición, iniciación y perpetuación de los TTM y en la respuesta al tratamiento. Esta revisión presenta opciones terapéuticas que comprometen al eje psicológico de los pacientes con TTM, las cuales buscan principalmente reducir la ansiedad y la tensión emocional presentes, modificar las distintas percepciones del dolor y cómo afrontarlo. Existen diversas posibilidades, dentro de las cuales se encuentran: educación del paciente, identificación de las situaciones que incrementan esa tensión para evitarlas, enseñanza de técnicas de relajación como biofeedback, hipnosis y yoga. En cuanto al tratamiento psicológico, la que presenta mejor resultado para los TTM, es la terapia cognitiva conductual (TCC). La intervención psicológica adecuada y eficaz puede reducir el dolor de los TTM, disminuyendo la probabilidad de que el cuadro se haga más complejo. Dentro de las alternativas de tratamiento psicológico para los TTM, un tratamiento estándar conservador (educación, instrucción de autocuidado, evitación de movimientos dolorosos, dieta blanda), incluso el más breve, puede ser suficiente a corto plazo para la mayoría de los pacientes que presentan TTM, sobretodo en los casos de cuadros agudos. La adición de una TCC, por parte de un especialista, entrega habilidades de afrontamiento que se sumarán a la eficacia, especialmente en los casos crónicos, obteniendo mejores resultados a largo plazo. Palabras clave: Trastornos temporomandibulares, terapia psicológica, tratamiento, estrés, ansiedad.

## Review: Psychological intervention in temporomandibular disorders.

**Abstract:** Patients with temporomandibular disorders (TMD) frequently present psychological and psychiatric problems. These patients often show increased somatization, depression, anxiety, stress reaction and catastrophism, which plays a role in the predisposition, initiation and perpetuation of TMD and treatment response. This review presents therapeutic options that compromise the psychological axis of patients with TMD, which primarily seek to reduce the anxiety and the emotional stress present, modify different perceptions of pain and coping. There are different possibilities, within which are: patient education, identifying situations that increase the tension to avoid them, teaching relaxation techniques such as biofeedback, hypnosis and yoga. As for psychological treatment, the most common for chronic orofacial pain is cognitive behavioral therapy (CBT). The appropriate and effective psychological intervention can reduce TMD pain, decreasing the probability that the symptoms become more complex. Within psychological treatment options for TMD, conservative standard treatment (education, self-instruction, avoidance of painful movements, soft diet), even the shortest, may be sufficient in the short term for most patients with TMD, especially in cases of acute conditions. The addition of CBT, by a specialist, gives coping skills that will add to the effectiveness, especially in chronic cases, obtaining better results in the long term.

**Keywords:** temporomandibular disorders, psychological therapy, treatment, stress, anxiety.

### Introducción.

Los trastornos temporomandibulares (TTM) son definidos como un grupo de trastornos orofaciales que presentan dolor en el área preauricular, articulación temporomandibular (ATM) o músculos masticatorios, con limitaciones en el rango y/o desviación en los movimientos de apertura mandibular, así como ruidos articulares durante la masticación.<sup>1</sup> En 1992, el criterio de investigación diagnóstica para los TTM (RDC/TMD), estableció un diagnóstico dual que distingue entre las condiciones físicas o somáticas (axis I), incluyendo desordenes musculares, desplazamientos discales y otros tipos de condiciones articulares con

los problemas psicosociales (axis II) que contribuyen al sufrimiento, comportamiento y discapacidad asociada a la experiencia dolorosa del paciente.<sup>2-4</sup>

Los estudios han demostrado que los problemas psicológicos y psiquiátricos son prevalentes en los pacientes con TTM.<sup>5</sup> Los altos niveles de duración e intensidad del dolor pueden contribuir a mayores niveles de depresión y ansiedad observada en pacientes con dolor crónico.<sup>6</sup> Por otra parte, condiciones como la angustia y el enojo son comunes en pacientes con TTM que han sufrido fracasos reiterados en sus tratamientos, lo que contribuye a aumentar el sufrimiento y la preocupación del paciente.<sup>7</sup>

Estos pacientes frecuentemente muestran un aumento de la somatización, depresión,<sup>1, 8, 9</sup> ansiedad, reacción al estrés<sup>1, 8</sup> y catastrofismo, lo que juega un rol en la predisposición, iniciación y perpetuación de los TTM y en la respuesta al tratamiento.<sup>4</sup> Los pacientes con dolor muscular presentan niveles más altos de somatización y depresión, mientras que en pacientes con dolor articular se observan valores más bajos.<sup>8</sup>

Tanto la hiperactividad como el estrés emocional (ansiedad, depresión, enojo), característicos en algunos trastornos de personalidad, pueden aumentar el dolor provocando actividad en el sistema psicofisiológico el cual también está activado por un evento nocivo, provocando una importante actividad autonómica, visceral y esquelética.<sup>5</sup>

El tratamiento de los TTM se basa generalmente en el manejo de los síntomas a través de tratamientos odontológicos convencionales, los cuales permiten los mejores resultados en la mayoría de los pacientes. Sin embargo, algunos pacientes frente a este tipo de tratamientos no mejoran, manteniendo y perpetuando su dolor. Estos corresponden en cierto porcentaje a pacientes que podrían presentar desórdenes psicosociales relacionados al dolor.<sup>3</sup>

El objetivo de esta revisión es conocer los problemas psicológicos y psiquiátricos presentes en los pacientes con TTM. Además conocer y describir las alternativas de tratamiento que comprometen al eje psicológico de estos pacientes.

### Intervenciones psicológicas.

Existen diversas intervenciones psicológicas para el control, prevención y tratamiento de los TTM, dentro de las cuales se encuentra el tratamiento conservador: psicoeducación del paciente, haciéndolo consciente de que existe una relación entre el trastorno doloroso y sus emociones (conocimiento del paciente), identificar las situaciones que incrementan esa tensión para evitarlas (uso restrictivo, evasión voluntaria)<sup>10</sup>, enseñar técnicas de relajación como bioretroalimentación (biofeedback), relajación progresiva, hipnosis y yoga.<sup>11, 12</sup>

Si el paciente no responde a este tratamiento, el clínico deberá trabajar junto a profesionales especializados en la modificación cognitiva conductual y el tratamiento psicológico.<sup>12, 13</sup> La terapia cognitiva conductual (TCC)<sup>1</sup> sola o en combinación con biofeedback mejora a largo plazo la intensidad del dolor y los trastornos emocionales asociados.<sup>5</sup> También se utilizan técnicas para aliviar la ansiedad y el estrés, terapia fisiológica<sup>1</sup> y psicofarmacoterapia.<sup>1, 14</sup>

### I Tratamiento del estrés emocional negativo

a) Información reiterada: (Psicoeducación) Como

técnica psicológica se refiere a una explicación empática del estado de la enfermedad ya sea en forma oral o escrita. Esta debe ser claramente entendida por el paciente. Se ha observado que es útil en casos cuando se usa en conjunto con analgésicos, fisioterapia o terapia ortopédica.<sup>11</sup>

b) Uso restrictivo: (Cambio Conductual) Se refiere a la restricción de movimientos en forma voluntaria, disminuyendo los episodios de dolor. En la mayoría de los casos está contraindicada la inmovilización prolongada de la mandíbula, ya que puede provocar una contractura miostática de los músculos elevadores.<sup>10</sup>

c) Evitación voluntaria: (Cambio Conductual) Se debe explicar al paciente que debe separar los dientes cuando esté en reposo. Esta posición de reposo reduce la actividad muscular y, por consiguiente, el dolor muscular. Otros hábitos orales, como morder objetos o sostener el teléfono entre la mandíbula y el hombro, deben ser identificados para evitarlos. Una vez identificados los factores estresantes, se indica al paciente que cuando sea posible los evite.<sup>10</sup>

d) Tratamiento de relajación: El estrés ha demostrado ser un factor importante en la génesis de los desórdenes músculo esqueléticos. Técnicas como yoga, tensión relajación o técnica de relajación de Jacobson son utilizadas para liberar el estrés y mantener un estado de relajación. La hipnosis, relajación, meditación, y biofeedback son consideradas terapias de mente y cuerpo.<sup>11</sup>

Pueden aplicarse dos tipos de tratamiento de relajación para reducir el estrés emocional: el sustitutivo y el activo.

El tratamiento de relajación sustitutivo puede ser una sustitución de los factores estresantes o una interposición entre ellos en el intento de reducir su impacto en el paciente. Puede ser cualquier actividad, como dedicar más tiempo a los deportes, aficiones o actividades recreativas. El tratamiento de relajación activo reduce directamente la actividad muscular. El dolor se origina en tejidos musculares comprometidos después de un aumento de las demandas de hiperactividad. Al enseñar al paciente a relajar los músculos sintomáticos, puede facilitarse el establecimiento de una función normal.<sup>10</sup>

Aunque la relajación de los músculos puede parecer una técnica sencilla, a menudo no lo es. A veces puede ser útil una retroalimentación inmediata respecto al éxito o fracaso de sus esfuerzos. Un método para obtenerla es la biorretroalimentación (biofeedback). Se realiza mediante un registro, en el caso muscular, electromiográfico del estado de contracción o relajación de los músculos a través de electrodos de superficie colocados sobre los músculos que deben controlarse.<sup>10</sup>

Otra alternativa de tratamiento es la hipnosis, la

cual induce una reducción en la frecuencia, duración e intensidad del dolor en los TTM<sup>11</sup> y ofrece clínicamente un importante alivio en el dolor crónico, particularmente en pacientes altamente susceptibles, que han sido refractarios a tratamientos estándares para el dolor, junto con una reducción en el uso de analgésicos suaves y mejoras en la calidad del sueño. Esto concuerda con los efectos de la hipnosis en pacientes con otras condiciones de dolor crónico, reportados en estudios previos. Sin embargo, los problemas psicológicos no resueltos se aconseja incluirlos en un plan de tratamiento adecuado.<sup>15</sup>

## II Terapia psicológica

Los objetivos del tratamiento psicológico son: identificar respuestas conductuales mal adaptadas de un proceso, proporcionar la formación beneficiosa necesaria para reducir el sufrimiento relacionado con el dolor y minimizar su interferencia en el funcionamiento diario.<sup>16</sup>

El tratamiento psicológico más popular para el manejo dolor crónico es el Tratamiento Cognitivo Conductual (TCC). Otra técnica descrita es el tratamiento psicodinámico, pero con menor evidencia científica.<sup>16</sup>

### Terapia Cognitiva Conductual (TCC).

La terapia cognitiva conductual ha demostrado ser efectiva en un gran número de problemas de dolor crónico. Esta intenta enseñar a los pacientes a disminuir el catastrofismo relacionado a sus problemas de dolor, y enseñar estrategias cognitivas y de comportamiento para manejarlo.<sup>17</sup>

El ser humano no responde directamente a un estímulo, pero sí a una interpretación cognitiva de ese acontecimiento. Nuestras respuestas emocionales y conductuales frente al dolor dependen de cómo se perciban, como una amenaza o como un inconveniente temporal. La percepción de amenaza desencadena una respuesta del sistema nervioso simpático, generando una conducta diferente ante la enfermedad. El significado personal de una lesión y no su gravedad objetiva puede ser el principal responsable de la respuesta emocional que se genera.<sup>16</sup>

El catastrofismo<sup>15</sup>, se refiere a pensar que sentimientos difíciles o desagradables son literalmente insoportables o catastróficos.<sup>16</sup> Es un factor cognitivo que involucra una exageración o magnificación de las sensaciones de dolor por las amenazas percibidas.<sup>18</sup>

La TCC sumada a un tratamiento conservador ha demostrado disminución del dolor post tratamiento, y una disminución del catastrofismo.<sup>17</sup> Esta incluye técnicas de relajación, manejo del estrés y

reestructuración cognitiva, resultando ser mejor que el tratamiento conservador. También tiene resultados positivos en comparación a la no aplicación de ningún tratamiento.<sup>12</sup> Los dentistas pueden ayudar reforzando la aceptación racional del dolor crónico y ofreciendo una evaluación realista de la intensidad del dolor.<sup>16</sup>

La TCC con o sin combinación de biofeedback, demostró mejorías significativas, en la interferencia del dolor en actividades cotidianas, en la percepción del dolor y depresión a largo plazo.<sup>5</sup>

### Discusión.

Los trastornos psicosociales son identificados como un posible factor de riesgo para los TTM y deben ser considerados al momento del diagnóstico del paciente, para así desarrollar un plan de tratamiento adecuado.<sup>6, 11, 19, 20</sup>

Los pacientes que presentan dolor agudo pueden manejarse con tratamientos de manejo de dolor agudo mientras que los TTM que presentan síntomas psicológicos considerables, como depresión, somatización, catastrofismo, tienden a tener mejores resultados con tratamientos multimodales (manejo del dolor junto con técnicas de relajación).<sup>21</sup>

Estudios en relación al bruxismo hacen referencia a los resultados del biofeedback, los cuales indican una reducción significativa en la actividad electromiográfica durante el tratamiento, sin embargo, esta actividad recupera sus niveles iniciales después que este finaliza.<sup>22</sup> El biofeedback produce una disminución de la actividad electromiográfica que no se mantiene en el tiempo, al parecer es efectivo a corto y mediano plazo, especialmente para los TTM que involucran a los músculos masticatorios.<sup>12, 22</sup> Demostró ser mejor que si no se aplica ningún tratamiento, siempre y cuando se combine con terapias cognitivas conductuales o de relajación. Tiene un efecto similar a las técnicas de relajación.<sup>12</sup>

Se han observado beneficios de la hipnosis en tratamientos a corto plazo especialmente en pacientes altamente susceptibles.<sup>15</sup> A pesar que la hipnosis muestra una reducción en la intensidad del dolor, depresión y ansiedad, los resultados son solo significativos para depresión e intensidad del dolor.<sup>5</sup>

Se plantea que en general, con una estrecha vigilancia, el tratamiento conservador puede ser suficiente para ayudar a la mayoría de las personas con TTMs. La adición de la TCC, sin embargo, parece tener algunas ventajas. La tendencia en el tiempo, al menos para la asimilación de dolor, tiende a volver a los niveles de referencia para aquellos tratados con terapia convencional, mientras que los tratados complementados con una TCC tendieron a reportar disminución constante en el dolor durante un año después del tratamiento, es decir, entregaría soluciones

en un largo plazo y no solo frente a la presencia de la intervención odontológica (por ejemplo dispositivo interoclusal). La TCC sería más útil aún para aquellos pacientes con mayor compromiso de salud mental, tales como síntomas depresivos.<sup>23</sup>

Sin embargo, no todos los estudios concluyen que la TCC tiene resultados tan positivos, en el metanálisis de Morley, Eccleston y Williams<sup>24</sup> llegaron a la conclusión que la terapia no siempre produce mejoras en varios ámbitos que suelen evaluarse, como en el estado de ánimo, afrontamiento cognitivo y catastrofismo.<sup>17</sup> Esto posiblemente porque las terapias psicológicas irían tras otros mecanismos etiológicos del dolor en los pacientes.

La preocupación excesiva por los síntomas corporales interfiere con la capacidad del paciente para hacer el trabajo mental (por ejemplo, la reformulación y resolución de problemas) que exige la TCC.<sup>23</sup>

#### Conclusión.

Estudios demuestran una asociación entre el dolor en los TTM y la coexistencia de psicopatología incluyendo depresión, ansiedad y estrés post traumático.<sup>20</sup>

La intervención psicológica adecuada y eficaz puede reducir la sensación y el sufrimiento doloroso de los

TTM, disminuyendo la probabilidad que el cuadro se prolongue por mucho tiempo. A la vez se entrega una herramienta para el autocontrol del mismo con bajo costo económico y biológico.<sup>25</sup>

Un tratamiento conservador (educación, instrucción de autocuidado, evitación de movimientos dolorosos, dieta blanda), puede ser suficiente a corto plazo para la mayoría de los pacientes que presentan TTM relacionados con dolor, sobre todo en los casos de cuadros agudos. La adición de una TCC, entrega habilidades de afrontamiento que se sumarán a la eficacia, especialmente en los casos crónicos, logrando mejores resultados a largo plazo.<sup>21, 23</sup>

La TCC, intervención biopsicosocial y biofeedback son opciones para tratar el dolor en los TTM, en pacientes que presenten trastornos psicológicos.<sup>20</sup> Los protocolos de TCC que incluyen técnicas de hipnosis, también mejoran significativamente los resultados de la terapia conservadora odontológica.<sup>26</sup>

Es importante realizar un correcto diagnóstico del paciente con TTM y mantener un cuidadoso control del paciente durante el tratamiento para lograr los mejores resultados posibles en él.<sup>23</sup>

En investigaciones futuras sería interesante establecer si los pacientes con problemas psicológicos tienden a desarrollar TTM, o si los pacientes con TTM tienden a desarrollar problemas psicológicos.

#### Referencias.

1. Buljan D. Psychological and psychiatric factors of temporomandibular disorders. *Med Sci* 2010;34:119-133
2. Poggio CE, Schmitz JH, Worthington HV, Esposito M. Interventions for myogenous temporomandibular disorder (TMD) patients. *Cochrane Database of systematic Reviews* 2010, Issue 11. Art. No.: CD008828. DOI:10.1002/14651858.CD008828.
3. Manfredini D, Favero L, Del Giudice A, Masiero, Stellini E, Guarda-Nardini. Axis II psychosocial findings predict effectiveness of TMJ hyaluronic acid injections. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2013;42:364-368
4. Giannakopoulos N, Keller L, Rammelsberg P, Kronmüller K, Schmitter M. Anxiety and depression in patients with chronic temporomandibular pain and in controls. *J Dent* 2010;38:369-376
5. Aggarwal VR, Lovell K, Peters S, Javidi H, Joughin A, Goldthorpe J. Psychosocial interventions for the management of chronic orofacial pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 11. Art No : C D 0 0 8 4 5 6 . DOI:10.1002/14651858.CD008456.pub2
6. Vazquez-Delgado E, Schmidt JE, Carlson CR, DeLeeuw R, Okeson JP. Psychological and sleep quality differences between

- chronic daily headache and temporomandibular disorders patients. *Cephalalgia* 2004;24:446-454.
7. Stankovic S, Boskovic M, Gasic J, Mladenovic D, Jevremovic D, Vljakovic S, Ristic I. Psychological and behavioral mechanisms in temporomandibular disorders. *HealthMed* 2012;6(11):3797-3801
8. Park JW, Clark GT, Kim YK, Chung JW. Analysis of thermal pain sensitivity and psychological profiles in different subgroups of TMD patients. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2010;39:968-974
9. Manfredini D, Winocur E, Ahlberg J, Guarda-Nardini L, Lobbezoo F. Psychosocial impairment in temporomandibular disorders patients. RDC/TMD axis II findings from a multicenter study. *J Dent* 2010;38:765-772
10. Okeson J. Tratamiento de Oclusión y afecciones temporomandibulares. 6ª edición. 2008: 333-346.
11. Kafas P, Kalfas S, Leeson R. Chronic temporomandibular Joint dysfunction: A condition for a multidisciplinary approach. *J Med Sci* 2007;7(4):492-502
12. List T, Axelsson S. Management of TMD: evidence from systematic reviews and meta-analyses. *J Oral Rehabil* 2010;37:430-451.
13. Williams ACDC, Eccleston C, Morley S. Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding

- headache) in adults. *Cochrane database of systematic Reviews* 2012, Issue 11. Art. No: CD007407. DOI: 10.1002/14651858.CD007407. Pub3.
14. Martin WJMM, Perez R.S.G.M, Tuinzing D.B., Forouzanfar T. Efficacy of antidepressants on orofacial pain: a systematic review. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2012; 41:1532-1539
15. Abrahamsen R, Baad-Hansen L, Svensson P. Hypnosis in the management of persistent idiopathic orofacial pain – Clinical and psychosocial findings. *Pain* 2008;136:44-52
16. Sharav Y, Benoliel R. Orofacial Pain and headache. 2008:57- 74
17. Litt M, Shafer D, Ibanez C, Kreutzer D, Tawfik-Yonkers Z. Momentary pain and coping in temporomandibular disorder pain: Exploring mechanisms of cognitive behavioral treatment for chronic pain. *Pain* 2009;145:160-168
18. Velly A, Look J, Carlson C, Lenton P, Kang W, Holcroft C, Friction J. The effect of catastrophizing and depression on chronic pain – a prospective cohort study of temporomandibular muscle and joint pain disorders. *Pain* 2011;152:2377-2383
19. Reibmann D, John M, Schierz O, Wassell R. Functional and psychosocial impact related to specific temporomandibular disorder diagnoses. *J Dent* 2007;35:643-650.

20. Kindler S, Samietz S, Houshmand M, Jörgen Grabe H, et al. Depressive and anxiety symptoms as risk factors for temporomandibular joint: a prospective cohort study in the general population. J Pain 2012;13(12):1188-1197
21. Turp J, Jokstad A, Motschall E, Schindler HJ, Windecker-Gétaz I, Ettl DA. Is there a superiority of multimodal as opposed to simple therapy in patients with temporomandibular disorders? A qualitative systematic review of the literature. Clin Oral Impl Res 2007;18:138-150.
22. Ommerborn MA, Schneider C, Giraki M, Schafer R, Handschel J, Franz M, Raab WH-M. Effects on an occlusal splint compared with cognitive-behavioral treatment on sleep bruxism activity. Eur J Oral Sci 2007;115:7-14.
23. Litt M, Shafer D, Kreutzer D. Brief cognitive-behavioral treatment for TMD pain: Long-term outcomes and moderators of treatment. Pain 2010; 151: 110-116.
24. Morley S, Eccleston C, Williams A. Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behaviour therapy and behaviour therapy for chronic pain in adults, excluding headache. Pain 1999;80:1-13
25. Gatchel RJ, Stowell AW, Wildenstein L, Riggs R, Ellis E. Efficacy of an early intervention for patients with acute TMD-related pain: A One-year outcome study. J Am Dent Assoc 2006; 137(3): 339-347.
26. Ferrando M, Galdon MJ, Dura E, Andreau Y, Jimenez Y, Poveda R. Enhancing the efficacy of treatment for temporomandibular patients with muscular diagnosis through cognitive-behavioral intervention, including hipnosis: a randomized study. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol 2012; 113:81-89.