

Reactividad al estrés en disfunción Témporo-Mandibular.

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

Instituto de Psicoterapia e Investigación
Psicosomática.
Madrid (España).

Correspondencia:

Avenida de Filipinas, 52 - 28003 Madrid
(España).

ARTÍCULO ESPECIAL

[\[Resumen\]](#) [\[Abstract\]](#)

- ▶ [Introducción.](#)
- ▶ [Sujetos.](#)
- ▶ [Instrumentos y variables](#)
- ▶ [Resultados](#)
- ▶ [Discusión y conclusiones.](#)

Introducción

La disfunción témporo-mandibular es un trastorno sindrómico de la articulación témporo-mandibular, la musculatura y estructuras asociadas que la rodean, caracterizado por síntomas de dolor muy variados, limitación o desviación en la movilidad articular, ruidos articulares ocasionales y hábitos bruxistas, acompañados frecuentemente de una relevante sintomatología psicopatológica ^{1,2}.

La etiología de este síndrome disfuncional se considera como multifactorial ³, señalándose que, además de causas estructurales congénitas o traumáticas y de procesos fisiopatológicos sistémicos, juegan un papel importante los factores psicosociales. Lupton ⁴, evidenciando la influencia de factores psicológicos, encontró que en el 80% de los pacientes estudiados coexistían alteraciones psicofisiológicas como asma, úlceras, colitis y dermatitis que parecen estar en relación con el manejo del estrés. Asimismo, en una mayoría de pacientes, junto con esta patología de dolor somático, se presentan quejas subjetivas sobre su estado de distrés psicopatológico en un grado mayor que en la población normal, pero menor que en la población psiquiátrica ambulatoria ².

Southwell, Deary y Geissler ⁵ estudiaron la personalidad y la ansiedad rasgo y estado en la DTM, mostrando un perfil de personalidad de mayor introversión y neuroticismo que el grupo control, así como mayores puntuaciones en la ansiedad como rasgo.

Marbach, Lennon y Dohrewend ⁶ mostraron la importancia en los pacientes de DTM, a diferencia de los controles, de los episodios de enfermedad, la pérdida de redes sociales, la desmoralización, la presencia de un menor número de apoyos emocionales, un aumento de los hábitos de apretamiento y en la ingesta de algunos psicofármacos, produciéndose un mayor número de dolores y problemas físicos a lo largo de la vida.

Speculand, Hughes y Goss ⁷ mostraron el efecto de los sucesos vitales estresantes en el desencadenamiento de la disfunción temporomandibular, teniendo un mayor impacto negativo en los grupos de pacientes de mayor edad.

De acuerdo con la importancia de aspectos psicológicos en la génesis o mantenimiento de la DTM tales como rasgos de personalidad, la pérdida de apoyo social o factores de estrés como los acontecimientos vitales, se plantea la influencia en esta patología de la reactividad al estrés del propio individuo.

La reactividad al estrés ha sido descrita por Gonzalez de Rivera dentro del grupo de "Factores internos de estrés" ⁸, o variables propias del individuo que determinan de forma directa la respuesta del organismo ante situaciones de estrés, y definido como "el conjunto de pautas habituales de respuesta vegetativa, emocional, cognitiva y conductual características del individuo ante situaciones percibidas como potencialmente nocivas, peligrosas y/o desagradables. En un intento de objetivar esta variable, este autor ha desarrollado el cuestionario Índice de Reactividad al Estrés ⁹.

Estudios de González de Rivera y cols. ¹⁰, ¹¹, ¹² han puesto de manifiesto el incremento significativo de puntuaciones del índice de reactividad al estrés y sus subescalas en muestras psiquiátricas y médicas. Otros estudios parecen indicar que la alta reactividad al estrés constituya un factor de vulnerabilidad a patologías psiquiátricas, como la depresión ¹³ y somáticas, como el asma ¹⁴.

Así mismo, la reactividad al estrés constituye un factor modulador del efecto de sucesos vitales en la predisposición a la patología médica. Tal como muestran González de Rivera, Morera y Monterrey ¹⁵, la reactividad al estrés y el índice de sucesos vitales conjuntamente es mejor indicativo de predictividad teórica de la susceptibilidad a enfermar que el Índice de Sucesos Vitales o el Índice de Reactividad al Estrés considerados independientemente.

La reactividad al estrés ha sido puesta en relación con variables bioquímicas como los lípidos. Treserra y cols. ¹⁶ hallaron en una muestra de pacientes examinados en un Servicio de Medicina Preventiva y considerados con un probable alto nivel de estrés, que la reactividad al estrés vegetativa constituye el primer predictor del nivel de colesterol plasmático basal, por encima de otras variables como el peso o el consumo de cigarrillos/día.

En el presente estudio, se estudia el perfil de reactividad al estrés de un grupo de pacientes con DTM, en comparación con los de los grupos de población psiquiátrica ambulatoria y controles normales.

MÉTOD.

Sujetos.

El grupo total estudiado está compuesto por 462 sujetos, 270 mujeres y 192 hombres con una media de edad de 39.56 y una desviación típica de 15.67, conformándose tres grupos diferentes.

Un primer grupo de población normal control perteneciente al personal de una empresa editorial con domicilio en Madrid; un segundo grupo, con individuos afectados con disfunción de la articulación temporo-mandibular y que fueron derivados de la Unidad

de Trastornos de la Articulación Témporo-Mandibular a la Unidad de Psicósomática del Servicio de Psiquiatría de la Fundación Jiménez Díaz de Madrid, para evaluación psicológica y posible posterior tratamiento del componente de estrés; y un tercer grupo de pacientes psiquiátricos ambulatorios en el Servicio de Psiquiatría de la Fundación Jiménez Díaz.

El grupo normal control se conformó con 107 hombres y 30 mujeres, dentro de un rango de edad de los 21 a los 62 años con una media igual a 34.74 y una desviación típica de 7.95. El nivel cultural-económico de los individuos de la muestra era predominantemente de tipo medio-alto (véanse tablas 3 y 4).

El grupo de DTM se conformó con 100 sujetos, 96 mujeres y 4 hombres, con un rango de edad de 14 a 74 años con una media igual a 27.44 y una desviación típica de 14.56. El nivel cultural-económico es, predominantemente, de tipo medio (ver tablas 5 y 6).

Finalmente, el grupo psiquiátrico, caracterizado por la predominancia de trastornos de ansiedad, trastornos depresivos y síndromes ansioso-depresivos que representaban cerca del 75% de los pacientes, se conformó con 225 individuos, 144 mujeres y 81 hombres, dentro de un rango de edad de 15 a 97 años con una media igual a 46 años y una desviación típica de 17,10. El nivel cultural predominante es medio.

Tabla 1. Caracterización grupos por tamaño y sexo.			
SEXO	VARÓN	HEMBRA	TOTAL
G1-CONTROL	107	30	137
G2-DTM	4	96	100
G3-PSIQUIÁTRICO	81	144	225°
MUESTRA TOTAL	192	270	462

Tabla 2. Caracterización grupos por nivel cultural de los grupos.			
NIVEL CULTURAL	ALTO	MEDIO	BAJO
G1-CONTROL	75	49	13
G2-DTM	12	39	49
G3-PSIQUIÁTRICO	35	92	98
MUESTRA TOTAL	122	180	160
<p><i>Alto:</i> Nivel EGB o estudios primarios. <i>Medio:</i> Nivel Bachiller o Enseñanza Secundaria y COU. <i>Alto:</i> Estudios Universitarios Medios o Superiores.</p>			

Las muestras clínicas presentan como característica una predominancia de mujeres,

maximizada en la de DTM, cuya prevalencia del trastorno es mucho mayor en mujeres que en hombres. Por el contrario, la muestra no clínica está compuesta por una mayoría de varones, fiel reflejo del mundo laboral en España.

Intrumentos y variables

Para la medición de la reactividad al estrés se utilizó el Cuestionario Índice de Reactividad al Estrés (IRE-32) . [17](#). Este instrumento tiene por objeto evaluar la reactividad al estrés comportamental; es decir, las formas habituales de respuesta cognitiva, vegetativa, emocional y conductual (motora) de las personas ante situaciones generadoras de tensión, que se perciben como peligrosas o nocivas para el bienestar.

El IRE-32 constituye un instrumento de evaluación de factores internos de estrés muy utilizado tanto en la población general como en poblaciones clínicas, con unas buenas características psicométricas de fiabilidad y validez [18](#) [19](#). A partir del IRE-32 se obtienen cinco indicadores:

- IREveg, IREemo, IREcond, IREcog e IREglob: Índices de Reactividad al Estrés Vegetativo, emocional, conductual, cognitivo y global. Conjunto de pautas habituales de respuesta neurovegetativa, emocional, conductual, cognitivo y global del individuo ante situaciones percibidas como potencialmente nocivas, peligrosas y desagradables.

Resultados

Estadísticos descriptivos del IRE en los tres grupos se exponen en la tabla [3](#), [4](#) y [5](#). Se observan los mayores valores medios en el grupo psiquiátrico y los menores en el control normal, estando en un nivel intermedio los del grupo de DTM.

Tabla 3. Estadísticos descriptivos reactividad al estrés. G1 CONTROL (N=137); G2 DTM (N=100); G3 PSIQ. (N=225)						
VAR	MEDIA G1	DT G1	MEDIA G2	DT G2	MEDIA G3	DT G3
IREveg	1.76	1.34	3.03	1.86	4.36	2.00
IREemo	2.03	2.24	3.44	2.38	4.99	2.60
IREcog	1.77	1.61	3.16	2.21	4.29	2.41
IREcond	2.53	1.73	3.22	1.88	4.42	2.16
IREglob	1.97	1.16	3.16	1.58	4.46	1.71

Los resultados a través del análisis de varianza ([tabla 4](#)) muestran que la pertenencia a un diferente grupo muestral es una fuente de diferencias significativas en todas las variables de reactividad al estrés. Así mismo, el sexo es fuente de diferencias significativas con respecto a la reactividad al estrés vegetativa y con respecto a la reactividad al estrés global.

Para constatar la dirección de estas diferencias entre los tres grupos, se realizaron

contrastes de medias a través de la prueba t de Student, que se exponen en las tablas [5](#), [6](#) y [7](#). Las diferencias son significativas en todas las variables entre los tres grupos, y como se observa en el [gráfico 1](#), las puntuaciones de reactividad al estrés en el grupo de Disfunción Témporo-Mandibular tienen un nivel intermedio entre las del grupo psiquiátrico (el de mayores puntuaciones) y el grupo control normal (el de menores puntuaciones).

Tabla 4. Análisis de varianza paramétricos (grupo y sexo; sobre variables reactividad al estrés)

FUENTE DE VARIACIÓN	VD	F	P
GRUPO	IREveg	63.96	0.000
SEXO	IREveg	7.85	0.005
GRUPO x SEXO	IREveg	1.26	0.283
GRUPO	IREemo	46.76	0.000
SEXO	IREemo	1.35	0.246
GRUPO x SEXO	IREemo	0.41	0.665
GRUPO	IREcog	38.24	0.000
SEXO	IREcog	0.06	0.812
GRUPO x SEXO	IREcog	1.71	0.182
GRUPO	IREcond	31.80	0.000
SEXO	IREcond	1.52	0.218
GRUPO x SEXO	IREcond	1.18	0.307
GRUPO	IREglob	80.87	0.000
SEXO	IREglob	4.45	0.035
GRUPO x SEXO	IREglob	0.65	0.523

Tabla 5. Constraste de la reactividad al estrés entre el grupo psiquiátrico y el grupo de DTM

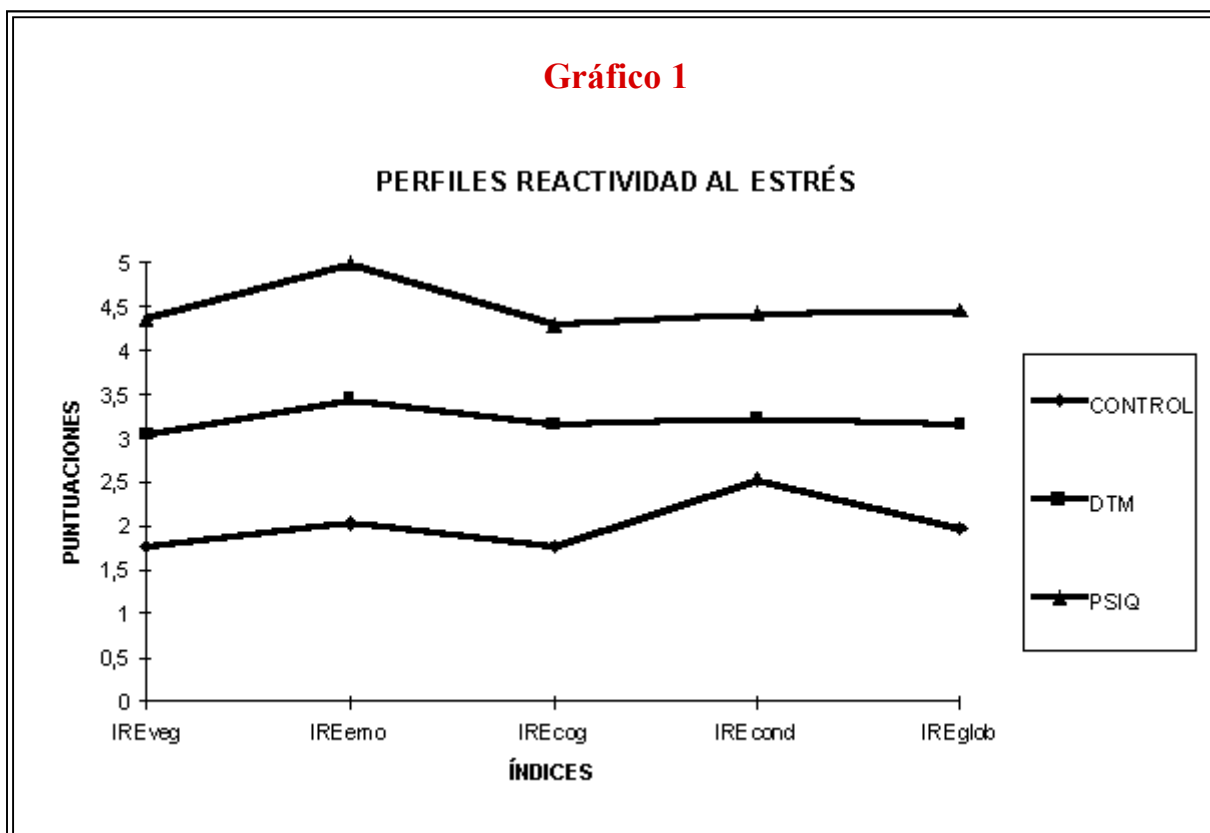
VAR	MEDIA G1	DT G1	MEDIA G2	DT G2	T	P
IREveg	4.36	2.00	3.03	1.86	5.58	0.000
IREemo	4.99	2.60	3.44	2.38	5.01	0.000

IREcog	4.29	2.41	3.15	2.21	3.99	0.000
IREcond	4.42	2.16	3.22	1.88	4.73	0.000
IREglob	4.46	1.71	3.16	1.58	6.42	0.000
<p><i>G1: Grupo de pacientes psiquiátricos.</i> <i>G2: Grupo de pacientes con Difusión Témporo-Mandibular.</i> <i>G3: Grupo control.</i></p>						

<p>Tabla 6. Contraste de la reactividad al estrés entre el grupo psiquiátrico y el grupo control</p>						
VAR	MEDIA G1	DT G1	MEDIA G3	DT G3	T	P
IREveg	4.36	2.00	1.76	1.34	14.80	0.000
IREemo	4.99	2.60	2.03	2.24	11.47	0.000
IREcog	4.29	2.41	1.77	1.61	11.96	0.000
IREcond	4.42	2.16	2.53	1.73	9.13	0.000
IREglob	4.46	1.71	1.97	1.16	16.47	0.000
<p><i>G1: Grupo de pacientes psiquiátricos.</i> <i>G2: Grupo de pacientes con Difusión Témporo-Mandibular.</i> <i>G3: Grupo control.</i></p>						

<p>Tabla 7. Contraste de la reactividad al estrés entre el grupo de DTM y el grupo de control</p>						
VAR	MEDIA G2	DT G2	MEDIA G3	DT G3	T	P
IREveg	3.03	1.86	1.76	1.34	5.78	0.000
IREemo	3.44	2.38	2.03	2.24	4.64	0.000
IREcog	31.15	2.21	1.77	1.61	5.27	0.000
IREcond	3.22	1.88	2.53	1.73	2.90	0.000
IREglob	3.16	1.58	1.97	1.16	6.28	0.000
<p><i>G1: Grupo de pacientes psiquiátricos.</i></p>						

G2: Grupo de pacientes con Difusión Témporo-Mandibular.
G3: Grupo control.



Análisis de covarianza de las puntuaciones en reactividad al estrés en ambos grupos, tomando como covariables el sexo y la edad, confirman los resultados acerca de la significación de las diferencias a partir del diferente grupo muestral. La edad no mostró influencia sobre la reactividad al estrés en este estudio.

Discusión y conclusiones.

Los resultados de este trabajo muestran que la reactividad al estrés de los sujetos con DTM es significativamente mayor que la de los controles no clínicos, aunque menor que la de los psiquiátricos. Así mismo la variabilidad de los perfiles en los tres grupos es semejante. Esta tendencia coincide con la encontrada por los autores ² para con respecto a la sintomatología psicopatológica.

Estas diferencias de nivel pero no de perfil entre los grupos estudiados sugieren que la reactividad al estrés constituya un factor inespecífico de vulnerabilidad a la patología de la DTM. No parece pues que exista un perfil de reactividad al estrés específico propio de la DTM, a diferencia de otros trabajos que sí muestran una especificidad. Henry y cols. ¹³ encontraron en pacientes asmáticos crónicos un perfil en el que sobresalía la reactividad neurovegetativa entre 5 y 6 puntos con respecto al resto de los subíndices; González de Rivera, De las Cuevas y Monterrey ¹² en pacientes esquizofrénicos encontraron un perfil con una alta reactividad cognitiva y baja vegetativa, con una tendencia inversa a la encontrada en pacientes depresivos.

El paralelismo de los perfiles de reactividad al estrés del grupo control y del de DTM, semejante a lo encontrado con los niveles de sufrimiento psíquico ², parece reflejar el carácter generalizado e inespecífico de los correlatos psicológicos de la DTM.

Tal como señalan Southwell, Deary y Geissler ⁵, la DTM es un trastorno que pertenece al grupo de los "síndromes somáticos funcionales", junto con otros tales como el síndrome del colon irritable, la disfonía funcional o el tinnitus, en el que ciertos perfiles de personalidad semejantes pueden predisponer al padecimiento de éstos.

La coexistencia de sintomatología psicofisiológica en la DTM descrita por Lupton ⁴ apoya la tesis de la inespecificidad de los factores psicológicos, de forma análoga a lo que en psicopatología clínica ocurre con lo que Tyrer denomina "síndrome neurótico general" ²⁰.

De cualquier forma, a pesar de esta supuesta inespecificidad, se necesitan realizar estudios acerca de la relación de la reactividad al estrés en la DTM con características de personalidad y síntomas psicopatológicos, que permitan conocer cómo se relacionan entre sí, a diferencia de las poblaciones normales. Pueden no existir diferencias en la varianza de los perfiles entre grupos de DTM y controles, pero sí en la organización factorial de las variables de estrés y psicopatología.

REFERENCIAS

1. Schulte JK, Anderson GC, Hathaway KM, Will TE. Psychometric profiles and related pain characteristics of temporomandibular disorder patients. *J Orofacial Pain* 1993;7:247-53.
2. González de River JL, De la Hoz JL, Rodríguez-Abain MJ, Monterrey AL. Perfil psicopatológico en pacientes con disfunción temporomandibular. *An Psiquiatr* 1999;3:91-5.
3. McNeill C, Mohl N, Rugh JD, Tanaka T. Temporomandibular Disorders: diagnosis, management, education and research. *J Am Dent Assoc* 1990:120-53.
4. Lupton DE. A preliminary investigation of the personality of female temporomandibular joint dysfunction patients. *Psychother Psychosom* 1966;14:199.
5. Southwell J, Deary IJ, Geissler P. Personality and anxiety in temporomandibular joint syndrome patients. *J Oral Rehabil* 1990;17:239-43.
6. Marbach JJ, Lennon MC, Dohrewend BP. Candidate risk factors for temporomandibular pain and joint syndrome: Psychosocial, health behaviour, physical illness and injury. *Pain* 1988;34:189-201.
7. Speculand B, Hughes AO, Goss AN. The role of stressfull life experience in the onset of temporo-mandibular joint dysfunction. *Community Dent Oral Epidemiol* 1984;197-202.
8. González de Rivera JL. Stress reactivity patterns. En: Congreso del International College of Psychosomatic Medicine; 1981, Montreal.
9. González de Rivera JL. Factores de estrés y enfermedad. *Psiquis* 1989;10:11-20.
10. González de Rivera JL, Morera A. Reactividad al estrés en pacientes

ingresados en un hospital general. Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines 1984;12:207-13.

11. Vizán R, Gracia M, Henry M, González de Rivera JL. Reactividad al estrés y tentativas de suicidio. An Psiquiatr 1994;1:17-20.
12. González de Rivera JL, De las Cuevas C, Monterrey AL. Factores intenos de estrés y esquizofrenia: Un estudio con el índice de reactividad al estrés en esquizofrénicos ambulatorios en remisión. Arch Neurobiolog 1994;6:275-81.
13. Henry M, González de Rivera JL, De las Cuevas C, González I, Gracia R, Abreu J, et al. El índice de reactividad al estrés en pacientes asmáticos crónicos. Psiquis 1991;13:249-54.
14. Morera A, Gracia R, González de Rivera JL. Reactividad al estrés. descripción de un factor de vulnerabilidad a la depresión. Rev Psiquiatr Fac Med Barc 1991;5:217-22.
15. González de Rivera JL, Morera A, Monterrey AL. El índice de reactividad al estrés como modulador del efecto sucesos vitales en la predisposición a patología médica. Psiquis 1989;10:20-7.
16. Treserra J, Ubina C, Catalán R, Vallérs V, Galindo F, Marcos E. Papel mediador del estrés y la hostilidad en la relación entre lípidos y psicopatología. Psiquiatr Biolog 1994;2:40-5.
17. González de Rivera JL. El Índice de Reactividad al Estrés. Madrid: Inteva; 1991.
18. González de Rivera JL, Rodríguez-Abuín MJ, Hernández L. Internal consistency and test-retest reliability of the Stress Reactivity Index. En: X World Congress of Psychiatry; 1996, Madrid.
19. Rodríguez-Abuín MJ. Estrés y psicopatología en población normal, trastornos médico-funcionales y en población psiquiátrica [Tesis Doctoral]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 1999.
20. Tyrer P, Seivewright M, Ferguson B, Tyrer J. The general neurotic syndrome: a coaxial diagnosis of anxiety, depression and personality disorder. Acta Psychiatr Scand 1992;85:201-6.

Referencia a este artículo según el estilo Vancouver:

Rodríguez-Abuín MJ, González de Rivera Revuelta JL, Hernández-Herrero L, De la Hoz JL, Monterrey AL. Reactividad al estrés en disfunción Témpero-Mandibular. Psiquiatria.com [revista electrónica] 1999 Septiembre [citado 1 Oct 1999];3(3):[22 pantallas]. Disponible en: URL: http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/vol3num3/art_2.htm

NOTA: la fecha de la cita [citado...] será la del día que se haya visualizado este artículo.



info@psiquiatria.com



[Sumario](#)



[Principio de página](#)



[Página principal](#)