

Calidad de Vida de pacientes con dolor en la Articulación Temporomandibular

Ana Quintero¹ y Mara Malaver²

¹Universidad del Zulia, Maracaibo, Venezuela. Coordinador de Investigación. Línea de Investigación Articulación Temporomandibular. Facultad de Odontología
Correo electrónico: ana.chelag19@gmail.com

²Universidad Rafael Urdaneta, Maracaibo, Venezuela. Docente investigador en la Línea de Investigación Psicología Educacional
Correo electrónico: maramalaver@hotmail.com

Recibido. 12-09-2019

Aceptado. 20-01-2020

Resumen

Objetivo: Describir la calidad de vida de pacientes con dolor en la Articulación Temporomandibular. **Metodología:** El tipo y nivel de investigación fue descriptivo, con diseño no experimental, transversal, utilizándose un muestreo censal. La muestra estuvo conformada por 20 pacientes entre 14 y 53 años de edad, de la consulta del postgrado de ortopedia maxilar de la Facultad de Odontología de la Universidad del Zulia, de los cuales 19 fueron del sexo femenino y 1 masculino, con diagnóstico clínico de dolor en la articulación temporomandibular. **Resultados:** La calidad de vida en general y sus dimensiones bienestar psicológico, bienestar social, bienestar del entorno y sus sentimientos negativos son percibidas por las personas que participaron en este estudio con un nivel de satisfacción bajo, mientras que el bienestar físico posee un nivel moderado de satisfacción. **Conclusiones:** Mientras más baja sea la calidad de vida de los pacientes, mayor será la percepción del dolor.

Palabras Clave: Calidad de vida, dolor, articulación temporomandibular.

Quality of life of patients with temporomandibular joint pain

Abstract

Objective: To describe the quality of life of patients with pain in the Temporomandibular Joint. **Methodology:** The type and level of research was descriptive, with a non-experimental, transversal design, using a census sampling. The sample consisted of 20 patients between 14 and 53 years of age, of the consultation of the postgraduate of maxillary orthopedics of the Faculty of Dentistry of the University of Zulia, of which 19 were female and 1 male, with clinical diagnosis of pain in the temporomandibular joint. **Results:** The quality of life in general and its dimensions psychological well-being, social welfare, environmental well-being and negative feelings are perceived by people who participated in this study with a low level of satisfaction, while physical well-being has a moderate level of satisfaction. **Conclusions:** The lower the quality of life of patients, the greater the perception of pain.

Keywords: Quality of life, pain, temporomandibular joint.

Introducción

El ser humano está conformado como un sistema por cuanto a pesar que posee diferentes sistemas con un conjunto de aparatos, cada uno con sus componentes, estos se interrelacionan y coordinan entre sí, generándose una acción que afecta de manera global a la persona cuando algún órgano funciona de manera

inadecuada, de allí que si siente dolor en alguna parte de su cuerpo, su bienestar no será completo y de allí que se pretenda tener salud.

Para la Organización Mundial de la Salud (1997) la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, definición que no ha sido modificada desde 1948, tomando en cuenta la relación entre las diferentes áreas que conforman al ser humano, para que el hombre propicie dicha armonía y estabilidad, cuestión que podría afectarse cuando se siente algún dolor en cualquier parte del cuerpo.

El Dolor según la Asociación Internacional del Dolor (IASP), citado por Puntillo, White y Bonham (2001), es definido como una experiencia sensorial subjetiva y emocional desagradable asociada con una lesión presente o potencial, es una experiencia subjetiva que varía de una persona a otra y tiene diferentes dimensiones: sensorial, emocional, cognitiva, psicológica y de comportamiento o conductual. Según Isberg (2006), el dolor es el síntoma más común en los desórdenes de la ATM y el más difícil de evaluar debido a las diferentes experiencias individuales con el mismo. Puede mostrar diversidad de cualidades: penetrante, punzante, quemante, picante, pulsátil, apretante, entumecido, o de hormigueo.

Dentro de ese orden de ideas, el sistema masticatorio según Okeson (1995) es la unidad funcional del organismo que fundamentalmente se encarga de la masticación, el habla y la deglución. Sus componentes también desempeñan un importante papel en el sentido del gusto y la respiración. El sistema está formado por huesos, articulaciones, ligamentos, dientes y músculos. Además, existe un intrincado sistema de control neurológico que regula y coordina todos estos componentes estructurales.

Los trastornos de la Articulación Temporomandibular (ATM) afectan directamente la calidad de vida del paciente que la sufre, ya que el dolor puede llegar a ser agudo e impacta en diferentes ámbitos de la persona (al comer, hablar, dormir). Las Alteraciones de la Articulación Temporomandibular según Ángeles y Romero (2006) son cada vez más comunes, por ello, cada día prolifera la preocupación de los clínicos por encontrar respuestas satisfactorias para su diagnóstico y tratamiento.

Las características anteriores pueden englobarse en el concepto de calidad de vida, el cual se define como el grado de cumplimiento, cobertura o satisfacción de las necesidades percibidas por una persona. Por lo tanto, no es el resultado de un solo elemento, sino la síntesis del resultado de las distintas áreas de la vida tal como lo plantean Shalock y Verdugo (2003).

Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1996), propuso una definición de calidad de vida descrita como una percepción personal que tiene un individuo de su situación, en cuanto al contexto cultural, valores que le rodean y que forman parte de su vida. Al igual que incluye la relación con sus objetivos, expectativas, sus normas, sus inquietudes o intereses.

Es por ello, que para Almagro, Castro, Matarán, Quesada, Guisado & Moreno (2011) el síndrome de disfunción temporomandibular se diagnostica con base a una historia de dolor, sensibilidad muscular y limitación del movimiento de la mandíbula (trismo). Este dolor está frecuentemente incrementado durante la masticación. La disfunción temporomandibular (DTM) tiene una etiología multifactorial, pero el estrés psicológico ha sido reconocido como una de sus principales causas.

En tal sentido, Okeson (1995) plantea que la prevalencia de los signos y síntomas asociados con el trastorno temporomandibular (TTM) puede valorarse mejor si se analizan estudios epidemiológicos que describen los trastornos de la ATM como las causas más comunes de dolor facial después del dolor dental y que puede afectar hasta el 15% de la población general. Así mismo, Agerberg y Carlsson (1972) habían expresado que los estudios epidemiológicos y clínicos realizados en Estados Unidos y en los países escandinavos en etapas más recientes, demostraron que más del 50% de la población adulta examinada padecía el mismo signo de disfunción de ATM; a su vez, Almagro et al. (2011) afirmaron que los estudios epidemiológicos sugieren que entre el 50% y el 75% de la población tiene signos de

disfunción temporomandibular (DTM) en algún momento de su vida; y de un 20% a un 25% de estos sujetos desarrollan los síntomas posteriormente, sin requerir tratamiento.

Por su parte, Grau, Fernández, González & Osorio, (2005) expresaron que los trastornos de la ATM afectan con mayor frecuencia al sexo femenino, en una relación de 4:1 y de 2:1. Los estudios epidemiológicos precisan que las mujeres en edades comprendidas entre los 25 y 35 años presentan TTM con más asiduidad.

En Venezuela se han tratado de buscar alternativas de solución, ofreciendo tratamientos basados en algunas experiencias como el bloqueo aleatorio de los nervios de la zona afectada presentada por Domínguez, Gallardo, Franco & Díaz (1996), así mismo, el uso de la Kinesiología aplicada propuesta por Martínez, Alemán, Pérez, González, Delgado, & López (2006), y otras técnicas fisioterapéuticas, pero no se han establecido de manera científica las diferentes alternativas de tratamiento, situación que a nivel regional no difiere del panorama nacional.

Así mismo, se deben analizar todos los componentes que engloban la calidad de vida, los cuales según Gómez et al. (2002), Citado por Miquelena & Narváez (2008), comprenden: la capacidad para el trabajo, el acceso a fuentes laborales, el confort material, la socialización, las relaciones interpersonales de pareja, familiares y amistad, la oportunidad de autoexpresión creativa, la seguridad personal, el aprendizaje y conocimiento de uno mismo, así como actividades recreativas en compañía de aquellos elementos que componen un entorno agradable, tiempo para el descanso y salud en su amplia comprensión.

En ese orden de ideas, se contextualiza este estudio en el postgrado de ortopedia maxilar de la facultad de odontología, donde se está trabajando actualmente con una nueva alternativa de tratamiento la cual aporta soluciones para la afección que padecen estos pacientes. En los seres humano, la vida social refractada por la personalidad, la inteligencia y la propia individualidad psicológica constituye la fuente principal de estímulos generadores de respuesta de inestabilidad psicosocial, la cual repercute en la salud de las personas, ya que no existen indicadores específicos, sino manifestaciones psicológicas producto de una interacción de factores de diferentes niveles de complejidad que influyen en la respuesta dolorosa.

Destaca por esto, la presencia de pacientes que acuden a esta consulta de la facultad, con intensos dolores de la ATM y que por tanto, según ellos lo manifiestan presentan por su dolor, síntomas tales como: apatía para el trabajo y la vida social, ansiedad, estrés, desgano, pocos deseos de arreglarse, falta de productividad y de interés por hacer otras actividades, expresando que su incomodidad física, les impide mantener un ritmo de vida normal, trayendo como consecuencia, una total insatisfacción.

La presente investigación aporta respuestas sobre cómo es la calidad de vida de pacientes con dolor en la Articulación Temporomandibular que a su vez ayude encontrar elementos que permitan aclarar y contribuir al tratamiento de ciertos trastornos sintomáticos de la articulación temporomandibular que permitan el correcto funcionamiento del sistema estomatognático, el cual influye en la calidad de la vida diaria de los individuos, cuestión que se pretende precisar basado en las dolencias que este grupo de pacientes manifiestas.

En la literatura se han encontrado discrepancias en los diferentes estudios sobre los signos y síntomas que refieran trastornos en la articulación temporomandibular relacionado a pacientes con alteraciones de su calidad de vida, al ser ésta una entidad multifactorial donde los factores han sido incluidos en unos estudios y en otros no. De tal manera, resultó interesante aplicar este estudio para conocer la calidad de vida en pacientes con dolor de la ATM que asistieron a la consulta del postgrado de ortopedia maxilar de la facultad de odontología de la Universidad del Zulia, Maracaibo, Estado Zulia (Venezuela), de manera de poder comunicar los resultados y compararlos con estudios realizados en similares condiciones y con metodología parecida.

El estudio se realizó en la Facultad de Odontología de la Universidad del Zulia, ubicada en la ciudad de Maracaibo, estado Zulia. La población de estudio estuvo conformada por 20 pacientes de género masculino y femenino, que acudieron a la consulta del postgrado de ortopedia maxilar de FACO/LUZ, con calidad de vida deficiente y dolor de la

ATM, durante el período 2016. Así mismo, este estudio se fundamentó teóricamente en el autor Group Whoqol (1996) en relación a calidad de vida.

Calidad de vida en pacientes con dolor ATM

Según la OMS (1997), la calidad de vida es: la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Para Montserrat (2015), se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno. Es el bienestar, felicidad, satisfacción de la persona que le permite una capacidad de actuación o de funcionar en un momento dado de la vida. Es un concepto subjetivo, propio de cada individuo, que está muy influido por el entorno en el que vive como la sociedad, la cultura, las escalas de valores.

El concepto de calidad de vida en salud y enfermedad no se separa mucho del anterior, ya que el desarrollo de la cultura moderna presiona cada vez más para que se amplíe el concepto de salud en dirección al bienestar y a la felicidad; por tanto debe tener en cuenta las decisiones y los derechos del hombre y la sociedad a reclamar una vida con libertad, equidad, moral y felicidad. Lo específico para la salud y la enfermedad es crear condiciones para la vida y las acciones médicas que favorezcan la regulación psicobiológica, la protección de la salud y la vivencia de bienestar.

La OMS interesada en lograr una medición objetiva de la calidad de vida, formaron el grupo WHOQOL (1996) que a través de numerosas investigaciones definieron dicho constructo como la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistemas de valores en que viven y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones. Además de esto, el Grupo Whoqol establece que la calidad de vida es un constructo multidimensional caracterizado por la salud física, relaciones sociales, dominio de sí mismo y la relación con el medio ambiente. Esta definición según lo refieren Freire (2007), refleja la opinión de que la calidad de vida se refiere a una evaluación subjetiva, que refleja un contexto cultural, social y ambiental

Es evidente, que existen muchas definiciones que han tratado de explicar y exponer claramente el concepto de calidad de vida, sin embargo, el grupo WHOQOL (1998), señala una serie de puntos importantes que contribuyen a la evaluación de ésta, que engloban un concepto amplio afectado de forma compleja por la salud física de la persona, el estado psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales, creencias personales y su relación con las características principales del ambiente; que servirán de base y serán el fundamento de esta investigación, debido a que estos conceptos están íntimamente relacionados con el instrumento de medición utilizado en el presente estudio.

Para Monserrat (2015), las características de la calidad de vida son: -Concepto subjetivo: Cada ser humano tiene su concepto propio sobre la vida y sobre la calidad de vida, la felicidad; -Concepto universal: Las dimensiones de la calidad de vida son valores comunes en las diversas culturas; -Concepto holístico: La calidad de vida incluye todos los aspectos de la vida, repartidos en las tres dimensiones de la calidad de vida, según explica el modelo biopsicosocial. El ser humano es un todo; -Concepto dinámico: Dentro de cada persona, la calidad de vida cambia en periodos cortos de tiempo: unas veces somos más felices y otras menos; -Interdependencia: Los aspectos o dimensiones de la vida están interrelacionados, de tal manera que cuando una persona se encuentra mal físicamente o está enferma, le repercute en los aspectos afectivos o psicológicos y sociales.

En cuanto a las dimensiones de la calidad de vida el Grupo Whoqol (1998) caracteriza este concepto como un constructo conceptual, que presenta indicadores vinculados de allí que define dentro de él cuatro dominios importantes de ser evaluados en su medición: dominio físico, dominio psicológico, dominio relaciones sociales y dominio medio ambiente, tomándolos en cuenta como bienestar, tomando en cuenta para este estudio la versión española de Lucas R. (2004) la WHOQOL-BREF (26 ítems) produce un perfil de 4 dimensiones: Salud física, Salud psicológica. Relaciones sociales, Ambiente.

Bienestar físico: el bienestar físico se da cuando la persona siente que ninguno de sus órganos o funciones están menoscabados; el cuerpo funciona eficientemente y hay una capacidad física apropiada para responder ante diversos

desafíos de la actividad vital de cada uno. Cuando goza de una salud óptima, está mejor equipado para enfrentar cualquier problema emocional. Un estilo de vida sano puede reducir los riesgos de enfermedades, ponerlo de buen ánimo y darle un sentido de control de su vida. Este bienestar físico es medido en el instrumento Whoqol-Breff según es el dolor o malestar, dependencia de medicación o tratamientos, disfrute de vida, el sentido de vida, pensamiento, aprendizaje, memoria y concentración, la seguridad Física y el entorno físico.

Para Montserrat (2015) la calidad de vida tiene su máxima expresión en la calidad de vida relacionada con la salud. La Dimensión física es la percepción del estado físico o la salud, entendida como ausencia de enfermedad, los síntomas producidos por la enfermedad, y los efectos adversos del tratamiento. No hay duda que estar sano es un elemento esencial para tener una vida con calidad.

Bienestar psicológico: según la Organización Mundial de la Salud, (OMS., 1997), el bienestar psicológico es la percepción que posee el individuo de sus estado cognitivo y afectivo, como el miedo, la ansiedad, la incomunicación, la pérdida de autoestima, la incertidumbre del futuro entre otros. Tiene que ver con la utilización del potencial intelectual, sentimental, motivacional y la autoimagen, todos estos creadores del ser humano.

Para Montserrat (2015) la calidad de vida tiene su máxima expresión en la calidad de vida relacionada con la salud. Define la dimensión psicológica como la percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo como el miedo, la ansiedad, la incomunicación, la pérdida de autoestima, la incertidumbre del futuro. También incluye las creencias personales, espirituales y religiosas como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento.

El instrumento Whoqol Group (1998), citado por Ordoñez (2008), mide este bienestar según la energía o fatiga que siente la persona, la imagen corporal y apariencia, el manejo y seguridad que tiene de los recursos financieros, la oportunidad para adquirir información y aprendizaje, la participación y oportunidad para recrearse y el ocio, la movilidad, y los sentimientos negativos, este último aspectos estudiado por separado.

Bienestar Social: el bienestar social se le llama al conjunto de factores que participan en la calidad de la vida de las personas en una sociedad y que hacen que su existencia posea todos aquellos elementos que dan lugar a la satisfacción humana o social. Para Di Pasquale (2008, p.25) “Queda demostrado entonces que el bienestar social es un concepto multidimensional y no es tarea fácil incluir los diversos aspectos que lo componen en un solo indicador.” Todos los indicadores poseen ventajas y desventajas.

Monserrat (2015) expresa que esta dimensión social es la percepción del individuo de las relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida como la necesidad de apoyo familiar y social, la relación médico-paciente, el desempeño laboral. Por lo tanto, a la hora de definirlo operacionalmente para un caso particular se hace necesario tener en cuenta principalmente un enfoque teórico del bienestar, y luego las recomendaciones teóricas en la construcción de los índices, los estudios previos en la materia, y también un pleno conocimiento del medio social a investigar, de allí que en instrumento Whoqol Group (1998), citado por Ordoñez (2008), se mida con el sueño y descanso, las actividades de la vida diaria, y la capacidad de trabajar.

Bienestar del Entorno: La OMS (2010 p.11) define entorno de trabajo saludable de la siguiente manera: “Un entorno de trabajo saludable es aquel en el que los trabajadores y jefes colaboran en un proceso de mejora continua para promover y proteger la salud, seguridad y bienestar de los trabajadores y la sustentabilidad del ambiente de trabajo”, en base a las siguientes indicadores: -La salud y la seguridad concernientes al ambiente físico de trabajo; -La salud, la seguridad y el bienestar concernientes al medio psicosocial del trabajo incluyendo la organización del mismo y la cultura del espacio de trabajo. -Los recursos de salud personales en el ambiente de trabajo, y las formas en que la comunidad busca mejorar la salud de los trabajadores, sus familias y de otros miembros de la comunidad, tomando en cuenta en el instrumento Whoqol Group (1998), citado por Ordoñez (2008), la autoestima, las condiciones del hogar, el servicio de transporte, las relaciones personales, la actividad sexual y el soporte Social y Relaciones sociales.

Sistema estomatognático

Según Planas (1994), la Rehabilitación Neuro-oclusal (RNO) es la parte de la medicina estomatológica que estudia la etiología y génesis de los trastornos funcionales y morfológicos del sistema estomatognático. Tiene por objeto investigar las causas que los producen, eliminarlos tanto como sea posible y rehabilitar o revertir estas lesiones lo más precozmente posible y si es preciso desde el nacimiento. Las terapéuticas no deberán perjudicar en absoluto los tejidos remanentes del sistema. Se basa en el equilibrio oclusal, razón de ser de la función masticatoria y de la salud del sistema estomatognático.

Simoës (2004, p.35), en su libro expresa que: “la Ortopedia Funcional de los Maxilares (OFM), es la especialidad que diagnostica, previene, controla y trata los problemas de crecimiento y desarrollo que afectan los arcos dentarios y sus bases” agrega además, que, tanto en el período ontogenético como en el post ontogenético, no siempre mediante aparatos, pero cuando éstos se hacen necesarios, requieren para su selección, construcción y manejo clínico: métodos específicos de diagnóstico para las múltiples posibilidades de Cambio de Postura Terapéutica; el uso de sistemas propios de anclaje; la actuación de forma peculiar sobre los dientes, según sus puntos y/o áreas de contacto y sus regiones de alta convexidad; e interfieren en los sobres de la dinámica mandibular de manera impar, así como en los sobres muscular, facial y óseo.

Anatomía de la articulación temporomandibular según Okeson (1995)

La ATM, tiene en el organismo una importancia preponderante, por su ubicación anatómica y por las múltiples funciones en las que se encuentra comprometida. Forma parte del sistema masticatorio, el cual es la unidad funcional del organismo que fundamentalmente se encarga de la masticación, el habla y la deglución; así como también desempeña un papel importante en el sentido del gusto y en la respiración. El sistema está formado por huesos, articulaciones, ligamentos, dientes y músculos.

El área donde se produce la conexión cráneo-mandibular se denomina articulación temporomandibular (ATM), es una de las articulaciones más complejas del organismo. La ATM está formada por el cóndilo mandibular que se ajusta en la fosa mandibular del hueso temporal. Estos dos huesos están separados por un disco articular que evita la articulación directa.

Las articulaciones temporomandibulares (ATM) intervienen en importantes acciones del sistema estomatognático para la nutrición, como son la masticación o la deglución. Si la tolerancia fisiológica de sus componentes es superada, pueden desencadenarse síntomas de disfunción temporomandibular (DTM). El tratamiento de ortopedia funcional de los maxilares basados en la RNO del Planas y Simoës, pueden ser una alternativa terapéutica para el tratamiento del Dolor de la Articulación Temporomandibular, lo cual podría contribuir al alivio del dolor de la ATM y por consiguientes a aumentar la calidad de vida de los pacientes que se estudiaron en esta investigación.

Materiales y Método

El tipo y nivel de investigación de acuerdo al problema planteado en la presente investigación y los objetivos propuestos en la misma, se decidió realizar una investigación de tipo y nivel descriptivo siendo el propósito del investigador describir la calidad de vida de pacientes con dolor en la Articulación Temporomandibular. Asimismo, la investigación se considera de campo, dado que la misma se realizó propiamente en el sitio de estudio, es decir en la consulta del postgrado de ortopedia maxilar de la facultad de odontología de la universidad del Zulia. Se realizó un diseño de investigación no experimental, de igual forma, el mismo se cataloga como transversal. Por lo tanto, los datos de esta investigación se obtuvieron en un momento específico y único, observando la calidad de vida de los pacientes.

La población estuvo conformada por 20 pacientes entre 14 a 53 años de edad, masculinos y femeninos que acudieron a la consulta del postgrado de ortopedia maxilar de la facultad de odontología de la Universidad del Zulia, con calidad de vida deficiente y dolor en la articulación temporomandibular, durante el período 2016. Se seleccionó como

muestra el mismo número que compone la población por ser pequeña y fácil de medir. Por lo cual, se prescinde de la técnica del muestreo y se utiliza un censo poblacional.

En cuanto a la técnica de recolección de datos, la información bibliográfica se realizó a través de la lectura y análisis de medios impresos, entre estos se encuentran revistas científicas, documentos en físico tales como libros de anatomía de la articulación temporomandibular, ortopedia maxilar, disfunción de la articulación temporomandibular. Se utilizaron medios digitales en la web en buscadores de artículos científicos como EBSCO, Scielo, Pubmed, Science Research. Para recoger y almacenar la información se utilizó la encuesta en su modalidad escrita con un formato de cuestionario.

La recolección de la información en esta investigación se realizó con la técnica de la observación de la historia clínica del Postgrado de Ortopedia Maxilar, en la cual se especifica la edad y el género de paciente, antecedentes, examen clínico, diagnóstico. Se utilizó un instrumento aplicando la técnica de la encuesta en su modalidad escrita con un formato de cuestionario de preguntas cerradas para medir la calidad de vida mediante la Escala de Calidad de Vida de WHOQOL-BREF de la OMS.

Escala de Calidad der Vida WHOQOL-BREF: la OMS (1996 desarrollo el WHOQOL-100 herramienta que permite evaluar la calidad de vida, no pretende medir los síntomas, enfermedades o discapacidades sino que evalúa los efectos percibidos de la enfermedad y de las intervenciones del equipo terapéutico sobre la salud repercutiendo en la calidad de vida del sujeto. De esta forma siendo el único instrumento internacional de la OMS de medición de calidad de vida.

La calidad de vida de los entrevistados fue evaluada en el contexto de la cultura y sistemas de valores en los cuales ellos viven y específicamente, en relación a sus objetivos, estándares e intereses. Se han identificado seis extensas áreas que describen aspectos fundamentales de la calidad de vida en todas las culturas, un área física, un área psicológica, el nivel de independencia, las relaciones sociales, el entorno, y las creencias personales espirituales.

En el procedimiento de la investigación se utilizaron para su realización los siguientes pasos: Se seleccionó la población objeto del estudio. Se le notificó a la dirección del postgrado de ortopedia maxilar de la facultad de odontología de la Universidad del Zulia el propósito del estudio y se le solicitó autorización para la utilización dicha población en este estudio. Se procedió a la selección del instrumento que pudiera medir la variable de la presente investigación tomando en consideración un cuestionario que ha sido útil para otro profesional en el área y que ha sido aplicado en diferentes países similares al nuestro.

Resultados y discusión

Una vez obtenidos los resultados se presenta el análisis de los mismos para dar respuesta a los objetivos planteados, los cuales se determinaron a través del programa estadístico SPSS versión 15.0, analizados mediante estadística descriptiva, distribución de frecuencias y porcentajes para la variable, los cuales son interpretados basados en los baremos de calidad de vida utilizados. Se presenta el resultado referido a la percepción global de la calidad de vida de los entrevistados.

Tabla 1.

Estadística Descriptiva de la Percepción Global de la Calidad de Vida.

	Muy mala	Regular	Normal	Bastante Buena	Muy buena	Media	Desv tip.
Calificación de calidad de vida	5%	70%	25%	0,00%	0,00%	2,20	0,523

Se observa en la Tabla 1 que el 50% de los sujetos entrevistados manifestaron que califican la calidad de vida como baja, para el 70% es regular, 25% asume que es normal y el 5% la considera muy mala. De acuerdo, a la media

obtenida de 2,20 con una desviación estándar de 0,523, se supone que definen su calidad de vida de manera baja, por cuanto no presenta aspectos que los satisfacen.

Estos resultados divergen de lo expuesto por la OMS (1997), organización que asume que la calidad de vida es: la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes.

Tabla 2.

Estadística Descriptiva de la Percepción Global de Salud.

	Muy insatisfecho/a	Un poco insatisfecho/a	Lo Normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a	Media	Desv tip.
Satisfacción de salud	0,00 %	95%	5%	0,00%	0,00%	2,05	0,224

Al analizar la Tabla 2, se observa que el 95% de los sujetos entrevistados manifestaron su satisfacción de salud como un poco insatisfactoria, y el 5% asume que es normal. De acuerdo, a la media obtenida de 2,05 con una desviación estándar de 0,224, lo cual indica que definen su satisfacción de salud de manera baja.

Estos resultados que difieren de los postulados de Montserrat (2015) la calidad de vida tienen su máxima expresión en la calidad de vida relacionada con la salud. Estos valores especifican que estas personas involucradas en la investigación consideran necesario tener una percepción general acerca de la salud, donde los dolores afectan su buen desenvolvimiento y por ello su satisfacción es baja. Así mismo, considerando que el instrumento utilizado no acepta una puntuación total de calidad de vida, sino que arroja cuatro perfiles, los resultados obtenidos de cada uno de los perfiles se pueden observar en las siguientes tabla:

Tabla 3.

Estadísticos descriptivos de las Dimensiones de la Calidad de Vida.

	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Bienestar Físico	9	23	17,4	4,33
Bienestar Psicológico	6	15	11,35	3,048
Bienestar Social	3	10	4,9	1,801
Bienestar Ambiental	7	15	10,75	3,407
Total	25	63	44,4	12,586

En la Tabla 3 se analizan los resultados de las dimensiones bienestar físico la satisfacción se concentró en el nivel moderado, a diferencia de la evaluación realizada a los pacientes con respecto a la dimensión bienestar psicológico, bienestar social y bienestar ambiental, que se puede considerar como un nivel bajo, indicando que estos se sienten mayormente insatisfechos con su potencial intelectual, sentimental, motivacional y de su entorno. De acuerdo a la media, el valor obtenido es de 17,4 que según el baremo para esta dimensión Bienestar físico, indica que es moderada, con mayor valor en dolor y malestar, es decir, que estos sujetos necesitan aliviar el dolor para sentirse bien, a pesar que otros indicadores fueron favorables.

Para la dimensión Bienestar psicológico, la media obtenida es de 11,35 que según el baremo para esta, indica que es bajo, con mayor valor en apariencia física, es decir que estos sujetos saben lo que quieren para sentirse bien, aunque en general el dolor afecta su bienestar psicológico, ya que las actividades de ocio y energía para la vida diaria fueron medianamente favorables se ven limitadas por el dolor.

La Dimensión Bienestar social, según la media, de 4,9, indica que es baja, con mayor valor en capacidad para las actividades de la vida diaria, es decir que estos sujetos tienen seguridad en sus necesidades para sentirse bien, a pesar que la satisfacción para su sueño y descanso es considerablemente desfavorable ya que el dolor influye en ellos.

Con respecto al Bienestar del entorno, el valor obtenido de la media es de 10,75 que según el baremo para esta dimensión, indica que es bajo, con mayor valor en autoestima, es decir que estos sujetos saben lo que necesitan para sentirse bien, a pesar de que los servicios de transporte limitan su realización personal en general.

Después de analizar los resultados, los cuales reflejan, que los sujetos con dolor en la articulación temporomandibular estudiados presentan calidad de vida y satisfacción de su salud baja. Debido a estos hechos varios estudios se han realizado para discutir esta condición tales como Almagro et al. (2011), el cual sugiere que los síntomas más comunes son la fatiga muscular, los ruidos y el dolor en la ATM, en el grupo con sintomatología de DTM el más frecuentes son las desviaciones y algias de la articulación temporomandibular, y se presentaron valores inferiores de autopercepción de salud oral y general. Para Torre et al. (2008), existe una asociación negativa entre el estado de salud con la sintomatología de ansiedad, depresión y la intensidad del dolor.

Dib-Kanán (2010), refiere que los pacientes con TTM miogénico reportan puntuaciones de depresión y somatización que califican de moderados a severos, lo cual es reforzado por las teorías que reportan que los factores emocionales asocian con los TTM y que a mayor grado de tensión psicológica, estrés psicológico, ansiedad, depresión y hábitos bucales se producirá mayor dolor crónico que se encuentra en pacientes con TTM y a su vez son los más frecuentes de los TTM, relacionados con la edad y género.

Para ellos las características psicosociales de los pacientes con TTM miogénicos presentan puntuaciones elevadas que deben ser consideradas al momento del diagnóstico, pronóstico y tratamiento de estos pacientes. Molina, Figueroa & Uribe (2013), para quienes el dolor produce un empeoramiento en cada una de las áreas de la calidad de vida, así como en la ansiedad y depresión, conforme la intensidad del dolor aumenta, haciéndole imposible a la persona encontrar tranquilidad y sosiego.

Baladé, Moreno & Sánchez. (2011), Refieren que las alteraciones de la calidad de vida de pacientes con dolor de la articulación temporomandibular pueden ser determinantes en su salud integral, ya que puede crear condiciones incapacitantes con alto impacto en la vida diaria, social y laboral de los pacientes que padecen esta patología, y revelan una clara interrelación entre los factores psicosociales y los trastornos temporomandibulares.

Así mismo, los resultados de esta investigación coinciden de manera moderada con lo expuesto por Montserrat (2015) para quien la dimensión física es la percepción del estado físico o la salud, entendida como ausencia de enfermedad, los síntomas producidos por la enfermedad, y los efectos adversos del tratamiento. No hay duda que estar sano es un elemento esencial para tener una vida con calidad, mas sin embargo, se presentan valores en este estudio que indican que existe dolor y malestar físico y el paciente busca tener tratamiento farmacológico para disipar su dolor.

De igual manera concuerdan los resultados en algunos aspectos con lo expuesto por Montserrat (2015) para quien la dimensión psicológica es la percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo como el miedo, la ansiedad, la incomunicación, la pérdida de autoestima, la incertidumbre del futuro. También incluye las creencias personales, espirituales y religiosas como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento. No hay duda que estar sano psicológicamente es un elemento esencial para tener una vida con calidad, más sin embargo, se presentan valores en este estudio que indican que existen pocos recursos económicos, así como movilidad para desplazarse y energía para la vida que hace que el paciente busque alternativas de tratamiento para mejorar su bajo bienestar psicológico.

Los resultados obtenidos también muestran algunas coincidencias con el postulado de Montserrat (2015) para quien la dimensión social es la percepción del individuo de las relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida como la necesidad de apoyo familiar y social, la relación médico-paciente, el desempeño laboral. No hay duda que estar sano es un elemento esencial para tener una vida con calidad, más sin embargo, se presentan valores en este estudio como la insatisfacción en el sueño y descanso que indican que existe bajo bienestar social.

Por ello, la OMS (2010, p.11) la cual define la dimensión del entorno de la siguiente manera: “Un entorno de trabajo saludable es aquel en el que los trabajadores y jefes colaboran en un proceso de mejora continua para promover y proteger la salud, seguridad y bienestar de los trabajadores y la sustentabilidad del ambiente de trabajo”, en base a una serie de indicadores. Cabe destacar que lo expresado por los autores anteriores es coincidente con los resultados obtenidos en la presente investigación en cuanto a los aspectos y dimensiones que engloban la calidad de vida de los sujetos estudiados.

Tabla 4.*Sentimientos negativos.*

	Nunca	Raramente	Moderadamente	Frecuentemente	Siempre	Media	Desv. Tip.
Sentimientos Negativos	0,00 %	0,00%	0,00%	80%	20%	4,20	0,410

Se observa en la Tabla 4 que el 80% de los sujetos entrevistados manifestaron sus sentimientos negativos frecuentemente, y para el 20% es siempre. De acuerdo, a la media obtenida de 4,20 con una desviación estándar de 0,410, se supone que definen sus sentimientos negativos de manera baja, por cuanto presenta aspectos que no los satisfacen.

Estos resultados coinciden con lo expuesto por Matamala (2003), organización que asume los sentimientos negativos involucra los sentimientos tales como desesperanza, culpa, tristeza, llanto, nerviosismo, ansiedad y falta de placer en la vida y la consideración de la manera en que cualquier sentimiento negativo produce alteración, y su impacto en el funcionamiento cotidiano de la persona.

En la presente investigación se determinó que mientras más baja sea la calidad de vida de los pacientes con dolor en la Articulación Temporomandibular, mayor será la percepción del dolor ya que tomando en consideración los cuatro perfiles que definen la calidad de vida en general, los sujetos estudiados perciben su Bienestar Físico como moderadamente satisfactorios, el Bienestar Psicológico, el Bienestar Social y Bienestar del Entorno los ubican en un nivel de satisfacción bajo, así mismo, sus sentimientos negativos, lo que indica que hay muchos aspectos que influyen en la calidad de vida de estos sujetos, ya que actualmente la situación económica y política del país donde habitan no es favorable ya que influye en los aspectos determinantes que más afectan el bienestar general de los sujetos, siendo muy notorio el hecho de que no podrán tener oportunidad de recibir un tratamiento adecuado. En este sentido, los hallazgos de este estudio dan respuesta a la pregunta de investigación planteada.

Conclusiones

La calidad de vida de los pacientes con dolor en la Articulación Temporomandibular, tomando en consideración los cuatro perfiles que definen la calidad de vida en general, se encontró que los sujetos perciben su Bienestar Físico como moderadamente satisfactorios, el Bienestar Psicológico, el Bienestar Social y Bienestar del Entorno los ubican en un nivel de satisfacción bajo, así mismo, sus sentimientos negativos.

Se determinó que mientras más baja sea la calidad de vida de los pacientes, mayor será la percepción del dolor ya que no podrán tener oportunidad de recibir un tratamiento adecuado. En este sentido, los hallazgos de este estudio dan respuesta a la pregunta de investigación planteada.

Referencias

- Agerberg, G. y Carlsson, G. (1972). Functional disorders of the masticatory system: I distribution of symptoms by questionnaire. *Act Odont Scand.* 30 (6), 597-613. Recuperado de: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/00016357209019791>

- Almagro, I., Castro, A., Matarán, G., Quesada, J., Guisado, R. & Moreno, C. (2011). Disfunción temporomandibular, discapacidad y salud oral en una población geriátrica semi-institucionalizada. *Nutrición Hospitalaria*. 26 (5), 1045-1051. DOI: 10.3305/nh2011.26.5.4932. Granada. España.
- Ángeles, F. y Romero, M. (2006). Dolor Orofacial y Desórdenes de la Articulación Temporomandibular. México. Trillas.
- Baladé, D., Moreno, I. & Sánchez, T. (2011) Implicación de los factores psicosociales en los trastornos temporomandibulares. Consideraciones actuales. *Revista Gaceta Dental*. 15 sep. 2011. Madrid. Recuperado de: <https://www.gacetadental.com/2011/09/implicacin-de-los-factores-psicosociales-en-los-trastornos-temporomandibulares-consideraciones-actuales-25696/>
- Dib-Kanán, A. (2010). Características psicosociales de los pacientes con trastornos temporomandibulares miogénicos. *Revista Oral*. Vol. 11 p29-31.
- Di Pasquale, E. (2008) Bienestar Social: Un análisis teórico y metodológico como base para la medición de la dinámica histórica en la Argentina. Trabajo presentado en XXI Jornadas de Historia Económica del 23–26 de septiembre de 2008. Caseros, Argentina.
- Domínguez, L., Gallardo, L., Franco & Díaz. (1966). Bloqueo del nervio aurículo temporal como auxiliar de diagnóstico en el síndrome miofacial doloroso disfuncional de cabeza y cuello con origen en la ATM. *América Latina*.
- Freire, M. (2007). Calidad de vida de mayores y sus aspectos bio-psico-sociales. Estudio comparativo de los instrumentos WHOQOL-BREF y SF-36 para medir calidad de vida en mayores. (Tesis Doctoral). España. Universidad de Granada.
- Grau, I., Fernández, K., González, G. & Osorio M. (2005). Algunas consideraciones sobre los trastornos temporomandibulares. *Revista Cubana Estomatol*. V. 42 (3). La Habana, Cuba.
- Isberg, A. (2006). Disfunción de la articulación temporomandibular. (2ª Ed). Sao Paulo: Artes Médicas.
- Lucas R, Iaidlaw, K. & Power, MJ. (2004). Suitability of the whoqol-brefand whoqol-oldfor Spanish older adults. *Ageing and mental health*.
- Martínez, I., Alemán, E., Pérez, L., González, N., Delgado, R. & López, I. (2006) Signos y síntomas de la disfunción temporomandibular en población de 7-25 y más años de edad, Municipio Matanzas. *Revista Médica Electrónica*. 28, (6), 507-515.
- Matamala, V. (2003). Estudio comparativo: perfil de percepción de calidad de vida de Enfermeras que trabajan en el sistema público de salud. (Tesis de Grado). Chile. Universidad Austral de Chile.
- Miquelena, Z. & Narváez, D. (2008). Calidad de Vida y concepto de muerte en pacientes con insuficiencia renal crónica. (Tesis de Grado). Maracaibo. Venezuela. Universidad Rafael Urdaneta.
- Molina, J., Figueroa, J. y Uribe, A. (2013). El dolor y su impacto en la calidad de vida y estado anímico de pacientes hospitalizados. *Universitas Psychologica*, 12(1), 55-62.
- Montserrat G. y Platas (2015). Calidad de vida. Hospital Universitario de Canarias. Tenerife. Módulo 4. Recuperado de: <http://www.neurodidacta.es/es/comunidades tematicas/esclerosis/esclerosis-multiple/calidad-vida-esclerosis-multiple/definician> Fecha de consulta: 17 Nov 2015.
- Okeson, P. (1995). Oclusión y Afecciones temporomandibulares. (3º Ed). Barcelona. Morby.

- Ordoñez (2008). Percepción de calidad de vida y promoción de la salud en adultos mayores pertenecientes a centros de atención primaria de Valdivia durante el año 2008. (Trabajo de Grado). Chile. Universidad Austral de Chile.
- Organización Mundial de la Salud OMS. (1996) ¿Por qué Calidad de Vida? Grupo WHOQOL. Ginebra. Suiza. Foro Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud OMS. (1997). Programa de salud mental. WHOQOL. Medición de calidad de vida. Instrumentos de calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud. Whoqol-100 y Whoqol-bref.
- Organización Mundial de la Salud OMS. (2010). Entornos Laborales Saludables: Fundamentos y Modelos de la OMS. Contextualización, Prácticas y Literatura de Apoyo. Recuperado de: http://www.who.int/occupational_health/healthy_workplaces/en/index.html.
- Planas, P. (1994). Rehabilitación Neuro Oclusal (RNO). (2ª Ed). Barcelona. Ediciones Científicas y Técnicas S.A.
- Puntillo, KA. White, C. & Bonham, A. (2001). Patients' perceptions and responses to procedural pain: results from Thunder Project II. American Journal of Critical Care, 10, 238–251.
- Shalock y Verdugo (2003). Calidad de Vida. Manual para profesionales de educación, salud y servicios sociales. Madrid, España. Alianza Editorial.
- Simoës, W. (2004) Ortopedia Funcional de los maxilares. A través de la Rehabilitación Neuro-oclusal. (3ª Ed). Vol. 1 - 2.
- Torre, F., Martín-Corral, J., Callejo, A., **Gómez-Vega**, C., La Torre, S., Esteban, I., Vallejo, M^a. & Arizaga A. (2008) Calidad de vida relacionada con la salud y estrategias de afrontamiento ante el dolor en pacientes atendidos por una unidad de tratamiento del dolor. Revista de la sociedad española del dolor. 15(2), 83-93
- WHOQOL-BREF (1996). Introduction, administration, scoring and generic versión of the assessment. Geneva. World Health Organization,