

**DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA  
DOCTORADO PATOLOGÍA EXISTENCIAL  
E INTERVENCIÓN EN CRISIS  
TESIS DOCTORAL.**

**ACONTECIMIENTOS VITALES, ÍNDICE DE REACTIVIDAD AL  
ESTRÉS, PSICOPATOLOGÍAS Y RASGOS DE LA  
PERSONALIDAD, EN PACIENTES CON DISFUNCIÓN  
DOLOROSA DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR**

**AUTOR:**

**Oscar. Augusto. Mora. Rincones.**

**CI: 4872106**

**N° de Pasaporte 000793876**

**Valencia- Venezuela**

**Junio 2010**



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID  
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA  
DOCTORADO EN PATOLOGÍA EXISTENCIAL  
E INTERVENCIÓN EN CRISIS  
TESIS DOCTORAL**

**ACONTECIMIENTOS VITALES, ÍNDICE DE REACTIVIDAD AL  
ESTRÉS, PSICOPATOLOGÍAS Y RASGOS DE LA  
PERSONALIDAD, EN PACIENTES CON DISFUNCIÓN  
DOLOROSA DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR**

**AUTOR:**

**Oscar Augusto. Mora Rincones.**

**C.I: 4.872.106**

**Nº de Pasaporte 000793876**

**DIRECTORES DE TESIS**

**José Luis. González de Rivera**

**José María Poveda de Agustín**

**Valencia - Venezuela**

**Junio 2010**



**Facultad de Medicina  
Departamento de Psiquiatría  
UAM**

**JOSÉ LUIS GONZÁLEZ DE RIVERA**, Profesor del departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Madrid.

CERTIFICO

Que Don. **OSCAR AUGUSTO MORA RINCONES**, ha realizado bajo mi dirección, el trabajo **“ACONTECIMIENTOS VITALES, ÍNDICE DE REACTIVIDAD AL ESTRÉS, PSICOPATOLOGÍAS Y RASGOS DE LA PERSONALIDAD, EN PACIENTES CON DISFUNCIÓN DOLOROSA DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR”**

Dicho trabajo reúne a mi juicio las condiciones de originalidad y rigor necesario. Por eso avalo su presentación para ser juzgada.

---

Madrid, Julio de 2010



**Facultad de Medicina  
Departamento de Psiquiatría  
UAM**

**JOSÉ MARIA POVEDA**, Profesor del departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Madrid.

**CERTIFICO**

Que Don. **OSCAR AUGUSTO MORA RINCONES**, ha realizado bajo mi dirección, el trabajo **•ACONTECIMIENTOS VITALES, ÍNDICE DE REACTIVIDAD AL ESTRÉS, PSICOPATOLOGÍAS Y RASGOS DE LA PERSONALIDAD, EN PACIENTES CON DISFUNCIÓN DOLOROSA DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR•**

Dicho trabajo reúne a mi juicio las condiciones de originalidad y rigor necesario. Por eso avalo su presentación para ser juzgada.

---

Madrid, Julio de 2010



**PDF**  
Complete

*Your complimentary  
use period has ended.  
Thank you for using  
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

## **DEDICATORIA**

A mis familiares y amigos, por todo el apoyo incondicional, colaboración y palabras de aliento, para lograr alcanzar una meta más en mi vida.

A mi hijo, que siempre ha estado presente en todo cuanto realizo y ha sido esa fuerza espiritual en todas las metas alcanzadas.

## AGRADECIMIENTO

A Dios por haberme permitido estar vivo y gozar de salud para continuar dando lo mejor de mí a mis estudiantes.

A la Universidad Autónoma de Madrid en especial a todo los que laboran el Departamento de Psiquiatría de esa ilustre casa de Estudios por todo el esfuerzo y gran trabajo realizado; sin el granito de arena que cada quien coloca en cada uno de los esfuerzos realizados por nosotros nada de esto fuese posible mil gracias a todos.

A mis directores de tesis, maestros y amigos quienes muy amablemente abrieron las puertas de sus corazones y sus mentes con tanta pasión y sabiduría para lograr este producto científico.

A la Universidad de Carabobo por permitir este tipo de convenios lo cual hace posible la preparación académica de sus profesores.

A todos los pacientes quienes muy amablemente se prestaron a fin de llenar todos los cuestionarios haciendo posible la investigación a todos ellos mis respeto y agradecimiento.

A todos mis hijos, ellos saben quienes son a los cuales les debo tanto y en parte este éxito también es de ellos a Uds. Mis hijos Dios les Bendiga siempre; se les quiere bastante.

## ÍNDICE

Carta de Aprobación	III
Dedicatoria	V
Agradecimiento	VI
Índice General	VII
Índice de Cuadros y Gráficos	IX
Resumen	XVI
Abstract	XVII
Introducción	1
<b>CAPITULO I</b>	8
<b>EL PROBLEMA</b>	8
Planteamiento del problema	8
Objetivo General	9
Objetivos Específicos	9
Justificación	10
<b>CAPITULO II</b>	12
<b>MARCO TEORICO</b>	12
Bases Teóricas	12
Hipótesis General	17
Hipótesis Especifica	17
Sistema de Variables	18
Operacionalización de Variables	19
<b>CAPITULO III</b>	20
<b>MARCO METODOLOGICO</b>	20
Tipo de Investigación	20
Diseño de la Investigación	21



	21
	21
Método de Selección de la Muestra	22
Criterios de Inclusión	23
Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos	24
Validez y confiabilidad	56
Técnica de procesamiento y análisis de los datos	57
<b>CAPITULO IV</b>	58
<b>PRESENTACION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS</b>	58
Análisis descriptivo	70
Análisis estadístico inferencial	112
Discusión	138
Conclusiones	147
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	151
<b>ANEXOS</b>	159



**INDICE DE CUADROS Y GRÁFICOS**

<b>CUADRO N°- 1</b>	58
Matriz general correspondiente al sexo, edad y unidades de acontecimiento vital presentada por los pacientes del grupo control.	
<b>CUADRO N°- 2</b>	59
Matriz general correspondiente al sexo, edad y unidades de acontecimiento vital presentada por los pacientes con Disfunción Dolorosa de la ATM.	
<b>CUADRO N°- 3</b>	60
Matriz general correspondiente a los índices de reactividad al estrés en sus diferentes dimensiones presentada por los pacientes del grupo control.	
<b>CUADRO N°- 4</b>	61
Matriz general correspondiente a los índices de reactividad al estrés en sus diferentes dimensiones presentada por los pacientes con Disfunción Dolorosa de la ATM.	
<b>CUADRO N°- 5</b>	62
Matriz general correspondiente al sexo, grupo normativo y síntomas de psicopatología presentada por los pacientes del grupo control.	
<b>CONTINUACION CUADRO N°- 5</b>	63
Matriz general correspondiente al sexo, grupo normativo y síntomas de psicopatología presentada por los pacientes del grupo control.	
<b>CUADRO N°- 6</b>	64
Matriz general correspondiente al sexo, grupo normativo y síntomas de psicopatología presentada por los pacientes del grupo con Disfunción Dolorosa de la ATM.	
<b>CONTINUACION CUADRO N°- 6</b>	65
Matriz general correspondiente al sexo, grupo normativo y síntomas de psicopatología presentada por los pacientes del grupo con Disfunción Dolorosa de la ATM.	
<b>CUADRO N°- 7</b>	66
Matriz general correspondiente a los rasgos de la personalidad en las dimensiones del temperamento presentada por los pacientes del grupo control.	
<b>CUADRO N°- 8</b>	67
Matriz general correspondiente a los rasgos de la personalidad en las dimensiones del temperamento presentada por los pacientes con Disfunción Dolorosa de la ATM.	

Matriz general correspondiente a los rasgos de la personalidad en las dimensiones del carácter presentada por los pacientes del grupo control.

68

**CUADRO N°- 10**

69

Matriz general correspondiente a los rasgos de la personalidad en las dimensiones del carácter presentada por los pacientes con Disfunción Dolorosa de la ATM.

**CUADRO N°- 11.**

70

Distribución por edad, sexo y grupos de estudio de los pacientes que conformaron la muestra.

**Grafico N°- 1.**

70

Diagrama de líneas correspondiente a la distribución por edad, sexo y grupos de estudio de los pacientes que conformaron la muestra. Fuente: Cuadro N°- 11.

**CUADRO N°- 12**

72

Estadísticos descriptivos de las unidades de acontecimiento vital según sexo y grupo de estudio de los pacientes objeto de investigación.

**CUADRO N°- 13**

73

Estadísticos de posición no central de las unidades de acontecimiento vital sexo de los pacientes objeto de investigación

**Grafico N°-2.**

73

Diagrama de caja correspondiente a los estadísticos descriptivos de las unidades de acontecimiento vital según sexo y grupo de estudio de los pacientes objeto de investigación. Fuente: Cuadros N°- 12 y 13.

**CUADRO N°- 14**

75

Estadísticos descriptivos de las unidades de acontecimiento vital según edad y grupo de estudio de los pacientes objeto de investigación.

**CUADRO N°- 15**

75

Estadísticos de posición no central de las unidades de acontecimiento vital según edad de los pacientes objeto de investigación.

**Grafico N°-3.**

76

Diagrama de caja correspondiente a los estadísticos descriptivos de las unidades de acontecimiento vital según edad y grupo de estudio de los pacientes objeto de investigación. Fuente: Cuadros N°-14 y 15.

**CUADRO N°- 16**

78

Estadísticos descriptivos de las unidades de acontecimiento vital presentado por los pacientes del grupo control y de los pacientes con Disfunción Dolorosa de la ATM.

de las unidades de acontecimiento vital presentada por los pacientes del grupo control y los pacientes con Disfunción Dolorosa de la ATM.

78

**Grafico N°-4.**

79

Diagrama de caja correspondiente a los estadísticos descriptivos de las unidades de acontecimiento vital presentada por los pacientes del grupo control y los pacientes con Disfunción Dolorosa de la ATM.

Fuente: Cuadros N°-16 y 17.

**CUADRO N°-18**

82

Estadísticos descriptivos del índice de reactividad al estrés en sus diferentes dimensiones según sexo y grupo de estudio de los pacientes objeto de investigación.

**Grafico N°-5.**

83

Diagrama de líneas correspondiente a los estadísticos descriptivos de los índices de reactividad al estrés en sus diferentes dimensiones según sexo y grupo de estudio de los pacientes objeto de investigación.

Fuente: Cuadro N°-18.

**CUADRO N°- 19**

85

Estadísticos descriptivos del índice de reactividad al estrés en sus diferentes dimensiones según edad y grupo de estudio de los pacientes objeto de investigación.

**Grafico N°-6.**

86

Diagrama de líneas correspondiente a los estadísticos descriptivos de los índices de reactividad al estrés en sus diferentes dimensiones según edad y grupo de estudio de los pacientes objeto de investigación.

Fuente: Cuadro N°-19.

**CUADRO N°- 20**

87

Estadísticos descriptivos del índice de reactividad al estrés en sus diferentes dimensiones presentada por los pacientes objeto de investigación según grupo de estudio.

**Grafico N°-7.**

88

Diagrama de líneas correspondiente a los estadísticos descriptivos de los índices de reactividad al estrés en sus diferentes dimensiones de los pacientes objeto de investigación según grupo de estudio. Fuente: Cuadro N°-20.

**CUADRO N°-21**

89

Estadísticos descriptivos de los puntajes directos en los síntomas de psicopatología según sexo y grupo de estudio de los pacientes objeto de investigación.

	90
a los estadísticos descriptivos de los puntajes directos en los síntomas de psicopatología según sexo y grupo de estudio de los pacientes objeto de investigación. Fuente: Cuadro N°-21	
<b>CUADRO N°-22</b>	91
Estadísticos descriptivos de los puntajes directos en los síntomas de psicopatología según edad y grupo de estudio de los pacientes objeto de investigación.	
<b>Grafico N°-9.</b>	92
Diagrama de líneas correspondiente a los estadísticos descriptivos de los puntajes directos en los síntomas de psicopatología según edad y grupo de estudio de los pacientes objeto de investigación. Fuente: Cuadro N°-22	
<b>CUADRO N°-23</b>	93
Estadísticos descriptivos de los puntajes directos en los síntomas de psicopatología según el grupo de estudio de los pacientes objeto de investigación.	
<b>Grafico N°-10.</b>	94
Diagrama de líneas correspondiente a los estadísticos descriptivos de los puntajes directos en los síntomas de psicopatología según edad y grupo de estudio de los pacientes objeto de investigación. Fuente: Cuadro N°-23	
<b>CUADRO N°- 24</b>	96
Estadísticos descriptivos de las escalas de temperamento de los rasgos de la personalidad según sexo y grupo de estudio de los pacientes objeto de investigación.	
<b>Grafico N°-11.</b>	97
Diagrama de líneas correspondiente a los estadísticos descriptivos de las escalas de temperamento de los rasgos de la personalidad según sexo y grupo de estudio de los pacientes objeto de investigación. Fuente: Cuadro N°- 24	
<b>CUADRO N°-25</b>	98
Estadísticos descriptivos de las escalas de temperamento de los rasgos de la personalidad según edad y grupo de estudio de los pacientes objeto de investigación.	
<b>Grafico N°- 12.</b>	99
Diagrama de líneas correspondiente a los estadísticos descriptivos de las escalas de temperamento de los rasgos de la personalidad según edad y grupo de estudio de los pacientes objeto de investigación. Fuente: Cuadro N°-25	
<b>CUADRO N°-26</b>	100
Estadísticos descriptivos de las escalas de temperamento de los rasgos de la personalidad según el grupo de estudio de los pacientes objeto de investigación.	

a los estadísticos descriptivos de las escalas de temperamento de los rasgos de la personalidad según el grupo de estudio de los pacientes objeto de investigación. Fuente: Cuadro N°-26.

101

**CUADRO N°- 27**

103

Estadísticos descriptivos de las escalas de carácter de los rasgos de la personalidad según sexo y grupo de estudio de los pacientes objeto de investigación.

**Grafico N°-14.**

104

Diagrama de líneas correspondiente a los estadísticos descriptivos de las escalas de carácter de los rasgos de la personalidad según sexo y grupo de estudio de los pacientes objeto de investigación. Fuente: Cuadro N°-27

**CUADRO N°-28**

105

Estadísticos descriptivos de las escalas de carácter de los rasgos de la personalidad según edad y grupo de estudio de los pacientes objeto de investigación.

**Grafico N°-15.**

106

Diagrama de líneas correspondiente a los estadísticos descriptivos de las escalas de carácter de los rasgos de la personalidad según edad y grupo de estudio de los pacientes objeto de investigación. Fuente: Cuadro N°-28

**CUADRO N°-29**

107

Estadísticos descriptivos de las escalas de carácter de los rasgos de la personalidad según el grupo de estudio de los pacientes objeto de investigación.

**Grafico N°-16.**

108

Diagrama de líneas correspondiente a los estadísticos descriptivos de las escalas de carácter de los rasgos de la personalidad según el grupo de estudio de los pacientes objeto de investigación. Fuente: Cuadro N°-29

**CUADRO N°-30**

110

Distribución de frecuencias por grupo de estudio y grupo normativo para los niveles generales de los síntomas de psicopatología de los pacientes objeto de investigación.

**Grafico N°-17.**

111

Diagrama de barras múltiples correspondiente a las frecuencias por grupo de estudio y grupo normativo para los niveles generales de los síntomas de psicopatología de los pacientes objeto de investigación.  
 Fuente: Cuadro N°-30

Resumen del procedimiento Prueba t-Student para las unidades de cambio vital de los grupos control y DDATM.

114

**CUADRO N°- 32.**

Resumen del procedimiento Prueba t-Student para muestras independientes en las unidades de cambio vital de los grupos control y DDATM.

114

**CUADRO N°- 33.**

Estadísticos descriptivos del procedimiento Prueba t-Student para los índices de reactividad al estrés de los grupos control y DDATM.

116

**CUADRO N°- 34.**

Resumen del procedimiento Prueba t-Student para muestras independientes en los índices de reactividad al estrés.

117

**CUADRO N°- 35.**

Estadísticos descriptivos del procedimiento Prueba t-Student para los puntajes directos en los síntomas de psicopatología de los grupos control y DDATM.

120

**CUADRO N°-36.**

Resumen del procedimiento Prueba t-Student para muestras independientes para los puntajes directos en los síntomas de psicopatología.

121

**CUADRO N°- 37.**

Estadísticos descriptivos del procedimiento Prueba t- Student para las puntuaciones de los rasgos de personalidad en su dimensión temperamento de los grupos control y DDATM.

124

**CUADRO N°- 38.**

Resumen del procedimiento Prueba t-Student para muestras independientes en los rasgos de personalidad en su dimensión temperamento.

125

**CUADRO N°- 39.**

Estadísticos descriptivos del procedimiento Prueba t-Student para las puntuaciones de los rasgos de personalidad en su dimensión carácter de los grupos control y DDATM.

128

**CUADRO N°- 40.**

Resumen del procedimiento Prueba t-Student para muestras independientes en los rasgos de personalidad en su dimensión carácter.

129

**CUADRO N°- 41.**

Factores inter-sujetos e intra-sujetos involucrados en el análisis de varianza modelo lineal general de mediciones repetidas.

132

**CUADRO N°- 42.**

Prueba de contrastes multivariado del efecto de los aspectos psicológicos y del efecto de la interacción aspectos psicológicos por grupos de estudio.

133



**PDF Complete**

*Your complimentary use period has ended.  
Thank you for using PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Prueba de Especificidad de Mauchly de las estimaciones de la variable psicológicos.

133

**CUADRO N°- 44.**

Prueba de los efectos dentro de las estimaciones de los procesos de aspectos psicológicos

134

**CUADRO N° 45**

Análisis de varianza de mediciones repetidas prueba del efecto de los grupos en las diferencias de las estimaciones.

135

**Autor: Oscar Augusto Mora Rincones.**  
**Directores de Tesis: Dr. José Luis González de Rivera**  
**Dr. José María Poveda**

**¿ACONTECIMIENTOS VITALES, ÍNDICE DE REACTIVIDAD AL ESTRÉS,  
PSICOPATOLOGÍAS Y RASGOS DE LA PERSONALIDAD, EN PACIENTES  
CON DISFUNCIÓN DOLOROSA DE LA ARTICULACIÓN  
TEMPOROMANDIBULARö**

**RESUMEN**

La presente investigación pretendió estudiar de que manera el impacto de los diferentes acontecimiento vitales (ejemplo: divorcio, separación, duelo, etc.), en conjunto con los rasgos de la personalidad del individuo, el índice de reactividad al estrés y niveles generales de síntomas psiquiátricos, influyen sobre la aparición de la disfunción dolorosa de la articulación temporomandibular (DDATM). Se tomó una muestra de cien (100) pacientes de forma no probabilística dividiéndose en dos grupos; el primero consistió en el grupo A de cincuenta (50) pacientes los cuales no presentaban DDATM pero si presentaban distintas patologías de la Articulación Temporomandibular (ATM), y el segundo grupo, B, los cuales presentaban varias patologías como en el grupo A, sin embargo exhibían dolor en la ATM, conformado por cincuenta (50) pacientes de igual manera. Se aplicaron cuestionarios autoadministrados como el cuestionario de acontecimientos vitales (adaptación española de escala de Holmes y Rahe), índice de reactividad al estrés (IRE 32), SCL-90-R para los síntomas psicopatológicos y el cuestionario de TCI-R de personalidad. Se concluye que el impacto de los aspectos psicológicos influye en el desarrollo de la DDATM. Finalmente se puede considerar a la DDATM como una Enfermedad Psicósomática donde, por simple definición, es la enfermedad que se provoca o se agrava por factores psicológicos como se demuestra en todos los resultados obtenidos en este trabajo.

**Palabras claves:** Disfunción Dolorosa de la Articulación Temporomandibular, Acontecimientos Vitales, Índice de Reactividad al Estrés, Síntomas Psicopatológicos, Personalidad, Aspectos Psicológicos.



UNIVERSIDAD DE MADRID UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD. ESCUELA DE MEDICINA  
POST GRADO: PATOLOGÍA EXISTENCIAL: INTERVENCIÓN EN CRISIS

**Autor: Oscar Augusto Mora Rincones.**  
**Directores de Tesis: Dr. José Luis González de Rivera**  
**Dr. José María Poveda**

**¿ACONTECIMIENTOS VITALES, ÍNDICE DE REACTIVIDAD AL ESTRÉS,  
PSICOPATOLOGÍAS Y RASGOS DE LA PERSONALIDAD, EN PACIENTES  
CON DISFUNCIÓN DOLOROSA DE LA ARTICULACIÓN  
TEMPOROMANDIBULAR?**

**ABSTRACT**

The present investigation pretended to study the way in which different vital events (example: divorce, separation, duel, etc.), combined with the individual personality features, stress reactivity index and general levels of psychiatric symptoms, influences on the Temporomandibular Joint Painful Dysfunction (TMJPD). A sample of one hundred patients was taken in a non probabilistic way dividing itself in two groups; the first one consisted of group A made of fifty patients that did not present TMJPD but exhibited different Temporomandibular Joint (TMJ) pathologies, and in the second group, B, which presented joint pathologies such as group A, however showed TMJ pain, composed of fifty patients equally. Autoadministrated questionnaires were applied such as the vital event's questionnaire (Spanish adaptation of Holmes and Rahe scale), stress reactivity index (IRE 32), SCL-90-R for psychopathologic symptoms and the TCI-R questionnaire of personality. In conclusion, the impact of the psychological aspects influences on the TMJPD development. Finally, TMJPD can be considered as a Psychosomatic Illness where, by simple definition, is the one that can be triggered or aggravated by psychological factors as showed on the results obtained in this labor.

**Keys words:** Temporomandibular Joint Painful Dysfunction, Vital Events, Stress Reactivity Index, Psychopathologic Symptom, Personality, Psychological Aspects,

## INTRODUCCIÓN

La presente investigación pretendió estudiar de qué manera el impacto de los diferentes acontecimientos vitales (ejemplo: divorcio, separación, duelo, etc.), en conjunto con los rasgos de la personalidad de un individuo, el índice de reactividad al estrés y niveles generales de síntomas psiquiátricos, influyen sobre la aparición de la disfunción dolorosa de la articulación temporomandibular (ATM).

La repercusión, que para un individuo pueda tener, cualquier evento o suceso vital en el desarrollo de la disfunción dolorosa de la (ATM), puede ser de diferentes magnitudes: desde muy severa, hasta leve, pudiendo afectar su trabajo, su integración social, la convivencia familiar, los recursos económicos, etc. (1). Un ejemplo de lo antes citado son los trabajos acerca de diversas patologías como el síndrome de boca urente, donde se dice existe una relación positiva entre alteraciones psicológicas y este síndrome de boca urente asociándose a altos niveles de ansiedad y depresión, concluyendo, que en el mantenimiento del estado de salud de los tejidos bucales, los factores psicológicos desempeñan un importante papel (2). Otro estudio que soporta lo anteriormente citado es el realizado por José Luis González de Rivera en el año 1999, donde administrando la versión española del cuestionario de los 90 síntomas (SCL90R) a 105 pacientes con disfunción témporo mandibular, demostró que los pacientes con disfunción témporo mandibular presentan niveles generales de sicopatología significativamente más elevados que los sujetos normales.(3)

En los últimos veinte años quizás menos, se han producido infinidad de hallazgos que han generado nuevos campos de la investigación, un ejemplo de ello es la psiconeuroendocrinología y la psicoimmunología, las cuales tratan de explicar cuales son las relaciones que existen entre la mente y el cuerpo de un modo interdisciplinario; con esa doctrina se puede empezar a comprender los mecanismos por los cuales la mente es capaz de producir cambios patológicos que aumentan la susceptibilidad a las enfermedades.

El ser humano es una integridad psicosomática indisoluble que se constituye entre tres realidades: existencial, psicosocial y física. Gracias a nuestra realidad interna psicobiológica somos sujetos capaces de emocionarnos, de pensar, de sentir y en consecuencia de actuar (4).

Pero la vida no es nada fácil, existe una serie de acontecimientos vitales que marcan profundamente la biografía de cualquier individuo, siendo capaz de desorganizar esa integridad psicosomática.

Ya Holmes y Rahe, elaboraron una escala que vio luz en 1967, en ella se enumeran una serie de acontecimientos vitales jerarquizados y con puntuación según su importancia, que en España el profesor González de la Rivera ha adaptado a las condiciones socioculturales de ese país (5).

Por otra parte la personalidad, entendida como un conjunto de peculiaridades estables en la cognición, la emoción y la conducta ejercen una poderosa influencia sobre muchos aspectos importantes de la vida como la capacidad para relacionarse y trabajar, la elección de metas importantes y la posibilidad de alcanzarlas. Las definiciones de personalidad han sido muy numerosas y los teóricos han entendido de distintas formas este concepto, elaborando teorías que defienden puntos de vistas distintos pero complementarios. Como decía Burnham, "Todo el mundo sabe lo que es la personalidad pero nadie puede decirlo" (6). Además, las principales teorías de la personalidad han tendido a centrarse excesivamente en un determinado aspecto a costa de olvidarse de otros y en el momento actual no existe una teoría que integre sin contradicciones lo que se conoce sobre lo cognitivo, la emoción y los sistemas neuroadaptativos relacionados (conducta). Paralelamente al desarrollo de las teorías de la personalidad, se produce un avance extraordinario en el diseño de instrumentos estructurados de la evaluación de la personalidad y en el estudio de la personalidad a través de las técnicas de análisis factorial (7).

"Cada ser humano es dueño de una personalidad propia y por ello somos únicos. Nuestra personalidad es la que marca la persona y su adaptación a las diferentes circunstancias de la vida, será la que marque a menudo la diferencia entre trastornos o una vida tranquila" Gloria Marsellaci Umbert. Otto Kernberg

(8), famoso psiquiatra nacido en Austria y formado como médico, psiquiatra y psicoanalista en Chile dice:

*Temperamento:* Disposición innata a reaccionar de forma particular a los estímulos ambientales, determinada genéticamente. Específica a la intensidad, ritmo y umbral de las respuestas emocionales. El aspecto temperamental más importante para la clasificación de los trastornos de Kernberg es la Introversión /Extroversión.

*Carácter:* Organización dinámica de los patrones conductuales del individuo; manifestación conductual de la identidad del yo, determinada por el concepto de sí mismo y de los otros significativos.

*Personalidad:* Integración dinámica de los patrones conductuales derivados del temperamento, carácter y los sistemas de valores internalizados (súper yo) (8).

Dentro de los modelos generales y dimensionales de la personalidad, el modelo psicobiológico de personalidad de Cloninger aporta un marco de integración y síntesis de las distintas aproximaciones a la personalidad. Además es un modelo que distingue los conceptos de temperamento y carácter.

Desde que el hombre apareció sobre la tierra ha tenido que soportar todo tipo de dolor, y a través del tiempo lo ha enfrentado de acuerdo a las creencias y pautas culturales, siempre acompañando a los conocimientos científicos de la época (9).

Finalmente La Articulación Temporomandibular (ATM) es una articulación doble formada por la parte superior de la mandíbula (los llamados cóndilos mandibulares) y el hueso temporal del cráneo. Es ésta una estructura anatómica que, pese a su pequeño tamaño, presenta gran complejidad, tanto por la cantidad de movimientos que puede realizar (traslación, rotación.) como por la enorme actividad funcional que presenta desde el nacimiento, así como por su sofisticada estructura anatómica (con un menisco interarticular, un sistema de ligamentos y musculatura propia, la presencia de dientes en ambas arcadas maxilar y mandíbula con lo que se contribuye al mantenimiento del espacio interarticular etc.)(10).

El dolor masticatorio es frecuente, y se entiende como el dolor orofacial que se origina o se recibe en las estructuras musculoesqueléticas masticatorias, producto de alteraciones de la (ATM), o de la musculatura masticatoria (10-12).

Los trastornos de la ATM adquirieron importancia a principios de 1930, cuando Good Friend publica su trabajo original en 1933 (13), seguido poco después por el trabajo ampliamente difundido de Costen en 1934, quien nota que las quejas de sus pacientes no se limitaban a los síntomas tipo artritis (13,14).

Este tema es y ha sido a través del tiempo muy controvertido, pues existe gran diversidad de criterios en relación con su denominación y etiología, así como con su diagnóstico y tratamiento (15).

En 1955 Schwartz utiliza el término de Síndrome Dolor Disfunción de la ATM (14), otros prefieren el término de Síndrome Dolor Disfunción del Aparato Temporomandibular (15-17) en lugar de plantear de la articulación propiamente dicha, pues estructuras vecinas a ellas (músculos, sistema dentario) hacen más amplio dicho término. Se utiliza igualmente el término de Síndrome Dolor Disfunción Miofacial (14,16).

Se plantea que las disfunciones de la ATM son las causas más comunes de dolor facial después del dolor dental (18) y que puede afectar hasta un 15% de la población general (10).

La etiología de estas disfunciones es multifactorial y difícil de establecer (11, 17,19-21) y entre las posibles causas se mencionan: desarmonías oclusales, desplazamiento posterosuperior de la cabeza del cóndilo como resultado de una disminución de la relajación máxilomandibular, macro y microtraumatismos, disfunciones y espasmos musculares, bruxismo, enfermedades artríticas, sinovitis aguda como resultado de fiebre reumatoide aguda, terceros molares inferiores no erupcionados, entre otros.

Los síntomas son variados y pueden estar interrelacionados. Algunos considerados clásicos como el dolor, que se manifiesta generalmente por delante del oído, unilateral, y que puede extenderse a un área distinta a la que le dieron origen. Se presenta de forma subaguda - crónica y de frecuencia continua, y puede intensificarse durante el habla o la masticación. Los pacientes refieren

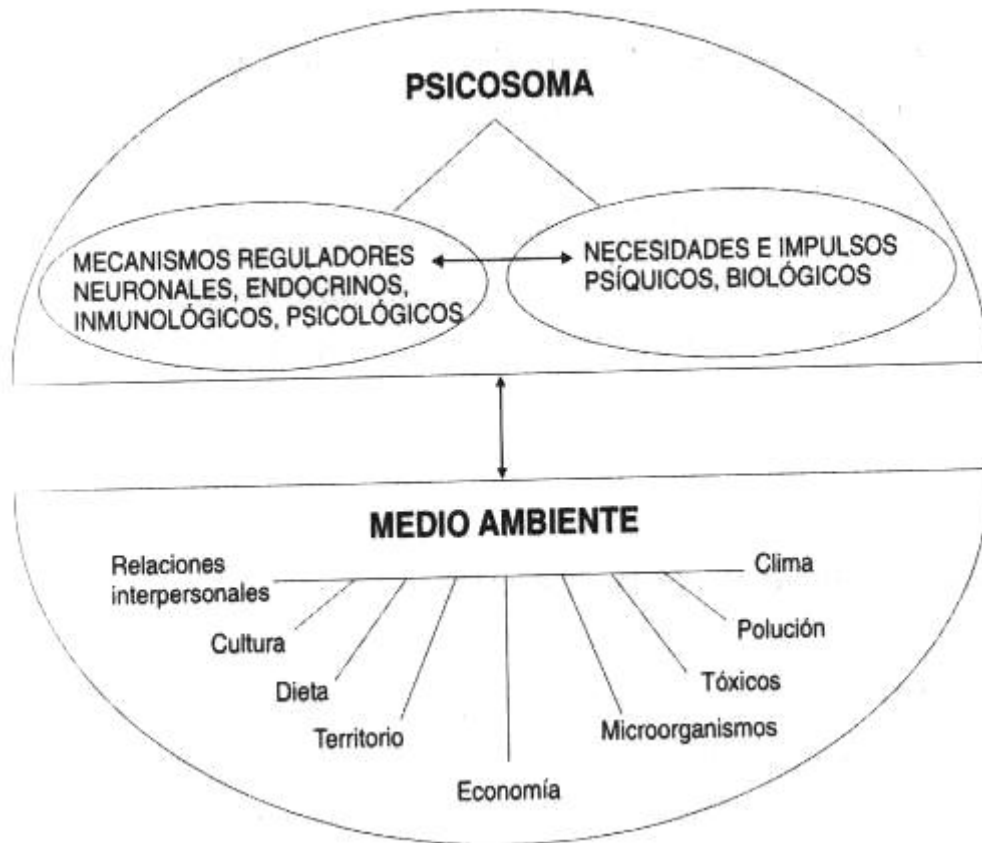
saltos, crujidos o sensación de frotamiento de la ATM durante la masticación, e incapacidad de abrir la boca normalmente sin dolor (10, 11, 13-15, 17, 22).

Diversos autores hacen alusión a una gran variedad de signos clínicos. Por orden de frecuencia se citan los siguientes: molestias en la ATM durante los movimientos de apertura y cierre normales provocado más al colocar los dedos ejerciendo presión sobre los cóndilos con la boca abierta, desviación de la mandíbula al lado afectado, crepitación y discrepancia en oclusión(11,13,15,17).

Es frecuente que a los pacientes que sufren dolor orofacial reciban tratamientos inespecíficos y múltiples consultas a diversos especialistas sin un diagnóstico definido. En algunos casos el fracaso en el control del dolor, el agotamiento de recursos económicos y la desesperación del enfermo conducen a la automedicación y a tratamientos empíricos que pueden llevar a mayores complicaciones. La depresión y la angustia en los enfermos pueden dificultar el rescate de la credibilidad (20).

Es nuestro deber diagnosticar y solucionar estos problemas, evitando el error de tratar todas las entidades clínicas con la misma terapia (11,12). Tomando esto como premisa, y teniendo en cuenta que en la literatura aparece la tensión nerviosa, estrés o factor psicológico, de manera constante y reiterada en relación con las disfunciones temporomandibulares, como es el caso de trabajos como reactividad al estrés en disfunción temporomandibular (3) y lo propuesto por José Luís González de Rivera y Revuelta en su libro medicina psicosomática (23) donde se menciona la ley general del estrés que dice "Cuando la influencia del ambiente supera o no alcanza las cotas en las que el organismo responde con máxima eficacia, éste percibe la situación como peligrosa o desagradable, desencadenándose una reacción de lucha-huida y/o una reacción de estrés, con hipersecreción de catecolaminas y cortisolö (23) Fig. 1.

**Fig. 1 Relación de unidad psicosomática humana con su medio ambiente**



González de Rivera 1980

La concepción básica de la Psicología actual requiere considerar la estructura total del individuo como una unidad, o psicósoma, en el que los procesos psicológicos y fisiológicos están indisolublemente unidos. Importante reconocer que ambos procesos son diferentes así como diferentes son los métodos empleados para observarlos (23). Una forma de manifestar lo anteriormente expresado son los trastornos del sistema músculo-esquelético relacionado con factores mentales desarrollados por González de Rivera y Revuelta en su libro medicina psicosomática donde menciona que la expresión facial, la gesticulación, la postura, la marcha, etc., reflejan características básicas de la personalidad. Cada

persona tiene su propio estilo de expresión motora, identificable por todos aquellos que lo conocen. Un factor importante en la motricidad en general, y en la expresión motora de los estados afectivos, en concreto, es la tensión muscular, o grado de contracción de los músculos esqueléticos, no siempre un aumento de la tensión muscular se acompaña de movimiento, siendo frecuente que en ciertos estados afectivos se produzcan contracciones persistentes de músculos agonistas y antagonistas (23).

Las alteraciones psicofisiológicas de la tensión muscular proporcionan la base común sobre la que se desarrollan cuadros clínicos específicos, habitualmente descrito como alteraciones del sistema músculo esquelético relacionado con factores mentales (23).

Por todo lo anterior se decide realizar el siguiente trabajo con el propósito de mostrar de que manera el impacto de los acontecimientos vitales, el índice de reactividad al estrés, los niveles generales de psicopatología y los rasgos de la personalidad significativamente más elevados; influyen en el desarrollo de la Disfunción Dolorosa de la ATM.



## CAPITULO I

### EL PROBLEMA

#### Planteamiento del Problema

Una de las consultas más frecuentes realizadas por los cirujanos Buco Maxilo óFaciales y por los Ortodoncistas es la disfunción dolorosa de la ATM generalmente referida por las diferentes consultas médicas por el dolor que siempre está presente; donde la cefalea de fuerte intensidad y de un solo lado del cráneo es una de los motivos de consulta, que en algunas circunstancias se acompaña de otalgia otras tantas de ruidos articulares a la apertura o al cierre que a la exploración clínica refleja fuertes mialgias de todos los grupos musculares de la masticación del mismo lado del dolor de cabeza otras tantas con limitación funcional a la apertura y al cierre y que ha recorrido un sin número de especialista de la medicina sin obtener un diagnóstico y con una serie de estudios complementarios (TC de cráneo, RM de cráneo) lo que hace más difícil la credibilidad de todo lo que está sucediendo con el paciente. Sumado a lo anterior al interrogarlos sobre su vida su entorno, los diferentes acontecimientos o sucesos vitales se aprecia de que manera ellos han sido impactados por los mismos a demás son pacientes poco expresivos ensimismados que la gran mayoría necesitan un interlocutor y que al afrontar con los diferentes sucesos se callan, evaden y hasta lloran para drenar la carga estresante a la que están sometidos.

Todo lo anterior hace cuesta arriba lo que se va emprender como plan de tratamiento, por otra parte se observa que la gran mayoría de los pacientes de una u otra forma presentan uno o varios de los factores etiológicos de las disfunciones dolorosas de la ATM como por ejemplo: las múltiples ausencias dentales, el apiñamiento dental, la falta absoluta de prótesis dentales, presencia de hábitos, evidencia de facetas de desgaste en los dientes por el fuerte bruxismo presente y no manifiestan ninguna sintomatología de la antes descrita.

Por ello se realizó o se formuló, la siguiente pregunta ¿Son el impacto de los acontecimientos vitales, los rasgos de la personalidad, el índice de reactividad al estrés y los niveles generales de síntomas psiquiátricos significativamente más elevados, lo que hace que se desarrolle la disfunción dolorosa de la articulación temporo mandibular (ATM)?

### **Objetivo General**

- Contrastar si el impacto de los acontecimientos vitales, la reactividad al estrés, los síntomas de psicopatología y los rasgos de la personalidad tienen influencia en el desarrollo de la disfunción dolorosa de la ATM en los pacientes que acudieron al área de cirugía bucal y maxilofacial de pregrado y postgrado de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo y a la consulta privada del Centro Médico Dr. Rafael Guerra Méndez entre los años 2007 y 2009.

### **Objetivos Específicos**

- Determinar la frecuencia en cuanto a sexo y edad de los pacientes que conforman la población objeto de estudio.
- Determinar el impacto que ejercen los acontecimientos vitales en los pacientes objeto de estudio según sexo y edad.
- Explorar el índice de reactividad al estrés en los diferentes grupos de estudio de acuerdo al sexo y la edad.
- Indagar los diferentes síntomas de psicopatología en los diferentes grupos de estudio por edad y sexo.
- Mostrar los rasgos de la personalidad en cuanto al temperamento, de acuerdo al sexo y edad en los diferentes grupos de estudio.
- Mostrar los rasgos de la personalidad en cuanto al carácter, de acuerdo al sexo y edad en los diferentes grupos de estudio.

- Comparar el impacto de los aspectos psicológicos: acontecimientos vitales, el índice de reactividad al estrés, los diferentes niveles generales de síntomas de psicopatologías y los rasgos de la personalidad entre los diferentes grupos de estudio.

### **Justificación**

Los factores psicológicos de la disfunción de la ATM se comenzaron a estudiar a finales de 1950 (19), y entre 1960 ó 1980 se hace popular la teoría psicofisiológica, que propugnaba que los trastornos temporomandibulares tenían un factor psicológico como etiología primaria (14). Esta relación entre estrés y el Síndrome doloroso de disfunción de la ATM no supone que los pacientes padezcan ningún trastorno psicopatológico, y de hecho los sujetos que presentan este síndrome no se diferencian de otros sujetos en cuanto a su salud psicológica (24).

En general los factores psicológicos influyen, directa o indirectamente, en la etiología, perpetuación y tratamiento de prácticamente la totalidad de los casos de disfunción de la ATM (11-16, 19621, 24633). Su reconocimiento temprano evita fracasos en la terapéutica médica (11-13).

Lo más importante en estos casos es escuchar al paciente y saber canalizar su problema, con el fin de eliminar un dolor que se ha prolongado por mucho tiempo (12). Es frecuente apreciar que, aunque grandes cantidades de pacientes tiene desarmonías oclusales con interferencias cuspidas, o aún pérdida de la dimensión vertical, solo algunos desarrollan realmente síntomas articulares. A la inversa, aquellos que sufren de dolor articular generalmente tienen desarmonías oclusales que no son mayores que las de la población general, que no tiene problemas en la ATM de ningún tipo (13).



**PDF**  
Complete

*Your complimentary  
use period has ended.  
Thank you for using  
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Se plantea que las disfunciones de la ATM son las causas más comunes de dolor facial después del dolor dental (18) y que puede afectar hasta un 15% de la población general (10).

Todo lo anterior justificó la presente investigación a fin de concretar la causa principal para el desarrollo de la disfunción dolorosa de la ATM.

## Capítulo II

### Marco Teórico

#### Bases Teóricas

En la medida en que se considera al estrés, o directamente al bruxismo, como causas del Síndrome dolor disfunción de la ATM, las hipótesis explicativas que se han formulado sobre la etiología de este síndrome son las mismas desarrolladas en relación con aquél. En estas hipótesis conductuales el factor más importante que determina la aparición de este síndrome es la tensión excesiva de los músculos masticatorios en general y de los maseteros en particular. En un primer momento la tensión muscular excesiva puede producirse como una respuesta desadaptativa ante situaciones de estrés psicológico. Esa respuesta puede producirse ante situaciones variadas relacionadas con el estrés y no solamente ante la situación que originalmente la provocó, convirtiéndose en una respuesta habitual ante situaciones que provocan ansiedad. Se considera así que la tensión muscular es una respuesta aprendida ante situaciones de estrés o ansiedad, que pueden conllevar al bruxismo y posteriormente al Síndrome dolor disfunción de la ATM. Puede ser que el bruxismo no intermedie y aparezca directamente el síndrome (24).

El músculo masetero, uno de los primeros músculos esqueléticos que puede quedar en contracción sostenida como resultado de situaciones de estrés de la vida cotidiana, aumentando su tono muscular. Consecuentemente aumenta la presión pasiva intra ó articular, y como resultado se incrementa la acción del complejo menisco ó cóndilo para mantener un contacto continuo y preciso de las superficies durante todos los movimientos mandibulares, tanto en la masticación como durante la fonación (25). El apretamiento y el frotamiento de los dientes son el resultado directo de la tensión, y producen un estado de fatiga muscular que en sí puede producir dolor aunque la ATM no se vea comprometida (13).

Existen condiciones de estrés asociados que provocan el síndrome de la fatiga crónica. Entre estas condiciones se encuentran el síndrome de irritabilidad, síndrome pre ómenstrual, la cistitis intersticial, entre otras (34).

Se reconoce unánimemente que el estrés emocional es un factor activador esencial de los trastornos temporomandibulares silentes o asintomáticos (23). No quiere esto decir que viendo esta perspectiva psicológica se nieguen otros factores funcionales y estructurales en su etiología (24).

La mayoría de los estudios se enfocan a la descripción de los rasgos de la personalidad, pues en muchos pacientes se encontró la susceptibilidad a presentar problemas emocionales y dificultades para tratar los problemas de la vida, poseen más tensión muscular, son más ansiosos y están más deprimidos que la población general (14,19).

En 1950, Moulten y asociados fueron fuertes propulsores de la idea de que los rasgos de la personalidad y otros factores psicológicos contribuían a la génesis de la disfunción de la ATM. Usando algo de sus trabajos psicoanalíticos, describió cuatro aspectos distintos de factores psicológicos asociados con la disfunción de la ATM (19):

- ✓ Un juego de personalidad común a pacientes con disfunción de la ATM.
- ✓ Una interacción de procesos físicos y psicológicos en la etiología y perpetuación de la disfunción de la ATM.
- ✓ Unión entre el estado psicológico (ansiedad) y la percepción del síntoma doloroso de la enfermedad.
- ✓ Un razonamiento común para la reacción de los pacientes a los síntomas.

Los pacientes con dolor de la ATM suelen caracterizarse como individuos dependientes que han sufrido la pérdida de soporte individual, individuos obsesivos, perfeccionistas, que tiene trabajo de mucha presión (19).

En la evaluación de factores psicológicos y de comportamiento en pacientes con desórdenes temporomandibulares, se deben tratar condiciones psicológicas si frecuentan síntomas como (12):

- 1) Reportajes vagos e inconscientes de dolor.
- 2) Síntomas relacionados con cambios severos en la vida del paciente.
- 3) Fracasos repetidos de diversas terapias para aliviar el dolor.
- 4) Respuesta inconsciente a medicación prescrita.
- 5) Historia de enfermedad relacionada con el estrés nervioso.
- 6) Evidencia clínica de ansiedad o depresión.

También existen cuatro tipos de interacciones entre los procesos emocionales y físicos. Estos se traducen en:

- ✓ Problemas de conducta con respecto al cuidado dental, a la dieta y salud personal.
- ✓ Reacciones histéricas de conversión, involucrando un síntoma subjetivo sin ningún daño físico.
- ✓ Ansiedad que lleva a una disfunción del Sistema Nervioso Autónomo que eventualmente causa daño estructural o dolor persistente.
- ✓ Hábitos orales que modifican o dañan la estructura oral o causan dolor.

Esta última es altamente correlacionada con la disfunción de la ATM (19). Las disfunciones y el dolor del aparato temporomandibular pueden estar influenciados a la par por razones culturales y sociales (11, 31, 35), familiares, económicas, raciales, condiciones genéticas (11).

Psicoanalistas plantean que los pacientes que presentan estas disfunciones son inusualmente ansiosos y expresan fácilmente su ansiedad en síntomas físicos,

donde casi la mitad de los pacientes estudiados eran bruxomanos. Suele existir en ellos grandes signos de depresión (9, 11, 30).

En la asistencia médica de los pacientes que acuden a consulta por manifestar afecciones temporomandibulares, suele necesitarse un equipo multidisciplinario (psicólogos, especialistas en terapia física, ortodoncistas, protesistas, maxilofaciales, etc.) (11,12).

La terapéutica es conservadora (9,16). En la mayoría de los casos los primeros esfuerzos están encaminados al alivio del dolor y el restablecimiento de la afección (36). Se trabaja sobre la base de la rehabilitación, es decir, restaurar la función normal de los músculos masticatorios y de la ATM, y lograr una correcta relación en la oclusión y articulación, además del control de hábitos perniciosos (37).

Algunas partes del programa del tratamiento deberán continuarse indefinidamente, otras interrumpirse cuando el paciente se va sintiendo más cómodo (13). Suelen indicarse analgésicos narcóticos antiinflamatorio no esteroide contra el dolor; calor húmedo sobre el área del dolor como auxiliar en la relajación muscular; removilización de músculos, ligamentos y articulaciones tensas; dieta blanda; relajantes musculares ansiolíticos en dosis bajas por un período limitado; evitar fuerzas estresantes desde el punto de vista biomecánico (9). Hay dudas acerca de si están garantizadas la cirugía de la ATM y la inyección ó intrarticular (ATM) de fármacos, este último contraindicado en la fase aguda (16).

Sin embargo, todos deben comprender que la ATM puede volver a doler si se somete a tensión mandibular (13).

Cuando muchos de los desórdenes que influyen en la etiología de este síndrome adquieren naturaleza crónica, los factores psicológicos afectan la evolución de la enfermedad, pues forman una parte integral del ciclo



psicosomático en el cual el paciente retroalimenta su problema con sentimientos de depresión y frustración por la no resolución del mismo (12).

Dado que el comportamiento de las personas pueden afectar la salud bucal como importante factor de riesgo, a la vez que pueden servir para prevenir la aparición de determinados trastornos dentales y temporomandibulares, los conocimientos de la psicología como ciencia de la conducta son de gran importancia para los estomatólogos a la hora de abordar la prevención o tratamiento de esas enfermedades.

La Odontología Conductual puede ser definida como el campo que surge de la aplicación de los conceptos, métodos y técnicas conductuales a aquellos problemas de salud dental, o de otra índole, relacionados de algún modo con el comportamiento de las personas que los padecen (24).

Al comprobar poca mejoría en la fisioterapia y terapéutica con aparatos, se hace necesario consultar a terapeutas, psicólogos clínicos y/o remisión al psiquiatra si los problemas del paciente son más complicados (9,12). Por ello, desde el punto de vista terapéutico, es obligatorio identificar y evaluar adecuadamente el grado de estrés (25).

Algunos autores le dan valores a escala a los síntomas con la finalidad de obtener el éxito en el tratamiento, pues en ocasiones el dolor pre ó tratamiento puede encontrarse por debajo en comparación con la disfunción psicológica y el estrés (38).

En estudio realizado en 1998 se demostró que la edad no jugaba un papel importante en relación con el tratamiento, no siendo así el estrés (39). Otro artículo publicado en la J Amer Dent Assoc hace énfasis en el sexo del individuo como factor etiológico de estas patologías, al demostrar que las mujeres desarrollaban con más frecuencia disfunciones temporomandibulares crónicas al mostrar mayor estrés psicológico, destacando la posibilidad de intervenir en el tratamiento las diferencias biopsicosociales (40).

Algunos investigadores utilizan ejercicios activos y pasivos de inhibición o relajación refleja. Ha sido empleada igualmente con éxito la terapia de relajación por el mecanismo de retroalimentación en pacientes con trastornos de la ATM (41,42).

### **Hipótesis General**

El impacto de los aspectos psicológicos: acontecimientos vitales, el índice de reactividad al estrés, los síntomas de psicopatología y los rasgos de la personalidad elevados; hacen que se desarrolle la disfunción dolorosa de la articulación temporomandibular.

### **Hipótesis Específicas**

1. El impacto de los acontecimientos vitales que presenten los pacientes objeto de estudio influye en el desarrollo de la disfunción dolorosa de la articulación temporomandibular.
2. La reactividad al estrés que presenten los pacientes objeto de estudio influyen en el desarrollo de la disfunción dolorosa de la articulación temporomandibular.
3. Los síntomas de psicopatologías que presenten los pacientes objeto de estudio influyen en el desarrollo de la disfunción dolorosa de la articulación temporomandibular.
4. Los rasgos de personalidad en cuanto al temperamento que presenten los pacientes objeto de estudio influyen en el desarrollo de la disfunción dolorosa de la articulación temporomandibular.

5. Los rasgos de personalidad en cuanto al carácter que presenten los pacientes objeto de estudio influyen en el desarrollo de la disfunción dolorosa de la articulación temporomandibular
  
6. El impacto de los aspectos psicológicos que presenten los pacientes objeto de estudio influye en el desarrollo de la disfunción dolorosa de la articulación temporomandibular

### **Sistema de Variables**

#### **Variable A.**

El impacto de los aspectos psicológicos definidos como acontecimientos vitales, reactividad al estrés, síntomas psicopatológicos y los rasgos de la personalidad.

#### **Variable B.**

Disfunción dolorosa de la articulación temporo-mandibular.

### Operacionalización de Variables

Objetivo de la investigación	Variables	Dimensión	Subdimensión	Indicadores
<p>Contrastar si el impacto de los acontecimientos vitales, la reactividad al estrés, los síntomas de psicopatología y los rasgos de la personalidad tienen influencia en el desarrollo de la disfunción dolorosa de la ATM en los pacientes objeto de estudio.</p>	<p>Variable Impacto de los aspectos psicológicos</p>	Acontecimientos vitales		Unidades de cambio vital
		Reactividad al estrés	Vegetativo Emocional Cognitivo Conductual Total	Índice de reactividad al estrés
		Síntomas de Psicopatologías	Somatización Obsesión Sensibilidad Depresión Ansiedad Hostilidad Ansiedad fóbica Ideación paranoide Psicoticismo Severidad global	Puntajes directos de las psicopatologías
		Rasgos de personalidad	Temperamento  Carácter	Puntajes de rasgos de personalidad
	<p>Variable Disfunción dolorosa de la ATM</p>			Presencia
				Ausencia

## CAPITULO III

### MARCO METODOLOGICO

#### **Tipo de Investigación**

De acuerdo a su utilidad, se trato de una investigación básica pura, ya que se propuso la producción de conocimientos nuevos para corregir la ciencia, confirmar alguna teoría o dar respuesta a una incógnita, sin llegar a la aplicación de los conocimientos para la solución inmediata de una necesidad específica. (43)

De acuerdo al propósito la presente investigación fue de tipo explicativo, ya que los estudios explicativos van más allá de la descripción de conceptos, fenómenos o del establecimiento de relación entre conceptos; están dirigidos a responder a las causas de los eventos, sucesos y fenómenos físicos o social hecho que está bien claro en el propósito general de la investigación òContrastar si el impacto de los acontecimientos vitales, índice de reactividad al estrés, las diferentes psicopatologías y los rasgos de la personalidad; influyen directamente en el desarrollo de la disfunción dolorosa de la ATMö (44).

De acuerdo a su enfoque fue de tipo cuantitativo ya que se apoya en la corriente positivista, busca la objetividad del conocimiento. El ser objetivo es copiar bien la realidad del estudio sin deformarla, considerar que el mundo material puede ser descrito objetivamente, sin referencia alguna al sujeto investigado, sus expresiones son cuantitativas y están orientados a la producción de conocimiento a través de la simplificación del objeto en variable. En este enfoque se utilizaron instrumentos validados y confiables considerados como la vía idónea para producir conocimiento objetivo sobre lo investigado. La obsesión por la objetividad se manifiesta con la presentación de los resultados en forma estadística (45).

De acuerdo al método fue no experimental ya que no se manipulan variables, es difícil de replicar, existe la posibilidad de generalizar los resultados a otros individuos y situaciones cotidianas (44).

### **Diseño de la Investigación**

Fue transeccional correlacional ó casual ya que se describen relaciones entre dos o más categorías, conceptos en un momento determinado. Se trata también de descripciones pero no de categorías, conceptos, objetos ni variables individuales, si no de sus relaciones, sean estas puramente correlacionales o relaciones casuales (44, 46).

### **Población**

Estuvo constituida por los pacientes que acudieron al área de cirugía bucal y maxilofacial de pregrado y postgrado de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo y a la consulta privada del Centro Médico Dr. Rafael Guerra Méndez entre los años 2007 y 2009, que tenían algún factor etiológico para el desarrollo de la disfunción de la ATM con o sin sintomatología dolorosa.

### **Muestra**

Estuvo constituida por una muestra no probabilística ya que no sigue el proceso aleatorio, el investigador procedió a seleccionar la muestra en forma convencional, sin considerar el error muestral; fue de tipo intencional ya que el investigador decidió, según sus objetivos, los elementos que integraron la muestra, considerando aquellas unidades supuestamente típicas de la población que desea conocer.(46)

La misma consistió en 100 pacientes, la mitad perteneció al grupo ðAö los cuales no presentaron disfunción dolorosa de la ATM pero presentaban, maloclusión apiñamiento dental, ausencias dentarias, facetas de desgastes, deformidades musculoesqueletales entre otras, y la otra mitad al grupo ðBö los cuales presentaban maloclusión apiñamiento dental, ausencias dentarias, facetas de desgastes deformidades musculoesqueletales entre otras, y además presentaban dolor en la ATM; constituyéndose ambos grupos por mujeres y hombres en edades comprendidas entre 18 y 60años.

### **Método de Selección de la Muestra**

El estudio se ha realizado conformándose dos grupos. Un primer grupo de la población que acude a las diferentes consultas área de cirugía bucal y maxilofacial de pregrado y postgrado de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo y a la consulta privada del Centro Médico Dr. Rafael Guerra Méndez entre los años 2007 y 2009 los cuales presenta disfunción de la ATM bien por que presentaban, maloclusión, apiñamiento dental, ausencias dentarias, facetas de desgastes, deformidades musculoesqueletales, desviaciones de la mandíbula al abrir y cerrar la boca, ruido articular entre otras Pero sin dolor. Denominado grupo A o control; y un segundo grupo que presentaban maloclusión, apiñamiento dental, ausencias dentarias, facetas de desgastes deformidades musculoesqueletales desviaciones de la mandíbula al abrir y cerrar la boca, ruido articular entre otras, y además presentaban dolor en la ATM; Denominado grupo B para lo anterior se realizó el cuestionario básico para el diagnosticar una disfunción Temporomandibular (según la American Association of Orofacial Pain).

- 1.- ¿Tiene dolor, dificultad o ambos al abrir la boca, por ejemplo al bostezar?
- 2.- ¿Se bloquea o se disloca su mandíbula en ocasiones?
- 3.- ¿Siente ruidos en su articulación al abrir y cerrar la boca?
- 4.- ¿Tiene dolor, dificultad o ambos al masticar, hablar o utilizar su mandíbula?
- 5.- ¿Nota rigidez o cansancio en su mandíbula?
- 6.- ¿Tiene dolor en /ó alrededor de los oídos, sienes o mejillas?
- 7.- ¿Tienes dolores de cabeza o de cuello frecuentes?
- 8.- ¿Ha sufrido algún traumatismo reciente en la cabeza cuello o mandíbula?
- 9.- ¿Ha notado recientemente cambio en su forma habitual de morder?
- 10.- ¿Ha sido tratado con anterioridad por problemas en la articulación temporomandibular o por dolor cervicofacial?

Igualmente se realizó la exploración básica para el diagnostico de la disfunción temporomandibular (según la American Association of Orofacial Pain).

- 1.-Medir el rango de movilidad de la mandíbula en apertura y desplazándola hacia los lados. Lo normal es que la boca no abra menos de 40 a 45mm. y que la mandíbula se desplace hacia los lados unos 8 mm. partiendo de la línea media.
- 2.- Palpación preauricular e intraauricular de la ATM que deberá ser indolora.
- 3.- Auscultación y/o palpación de ruidos articulares que no se debe escuchar nada en condiciones normales.
- 4.-Palpación de masetero, temporal, pterigoideo lateral y medial además del esternocleidomastoideo, que debería ser indolora.
- 5.-Evaluación de signos de desgastes oclusales excesivos, movilidad dentaria, ausencias dentarias múltiples, signos de apiñamiento, etc.
- 6.-Evaluación de la simetría y alineamiento de la cara, maxilar, mandíbula y arcadas dentarias.

### **Criterios de Inclusión**

- Sujetos de ambos géneros con edades comprendidas entre 18 y 60 años, los cuales deberán firmar el consentimiento informado. Ver Anexo.
- Presentar dos o más respuestas positivas al cuestionario básico para diagnosticar una disfunción temporomandibular. Según la A.A.O.P
- Presentar dos o más signos y síntomas a la exploración básica para el diagnóstico de la disfunción temporomandibular. Según la A.A.O.P
- Cooperar en el estudio propuesto
- No haber padecido trauma en la ATM ni enfermedades sistémicas como artritis, fibromialgias.



## **Técnica e Instrumentos de Recolección de Datos**

La técnica para la recolección de todos los datos del paciente fue a través de la historia clínica, Rx panorámica donde se observó si presentaban alteraciones de la oclusión, el examen clínico, una entrevista al momento de la consulta, con todos estos métodos se llega al diagnóstico definitivo y procedió a dividirlos en el grupo A (control) y el Grupo B (con disfunción dolorosa temporomandibular, DDTM) se les aplicaron los siguientes instrumentos:

### **1. Cuestionario de acontecimientos vitales**

Este cuestionario es autoadministrado y se trata de que el encuestado rellene con un círculo el número o números que corresponde/en al/los acontecimiento/os que haya padecido en los últimos 6 meses. La puntuación del test se realiza sumando la puntuación que corresponde a cada suceso según la siguiente tabla:

Fuente: José Luis González de Rivera y A. L. Morera, La valoración de sucesos vitales. Adaptación Española de la Escala de Holmes y Rahe, *Psiquis*, 1983,4, Pag. 7-11 (5). Ver anexo 1.

### **2. Índice de reactividad al estrés propuesto por González de rivera en 1990**

Como calcular el Índice de Reactividad al Estrés:

- *Vegetativo*: sumar la puntuación de los ítems 2, 4, 5, 7, 10, 12, 13, 14, 17, 19, 21, 22, 25, 28 y 31. Dividir el resultado entre 15.
- *Emocional*: sumar la puntuación de los ítems 6, 15, 20, 24 y 29. Dividir el resultado entre 5.
- *Cognitivo*: sumar la puntuación de los ítems 3, 11, 18, 27 y 32. Dividir el resultado entre 5.
- *Conductual*: sumar la puntuación de los ítems 1, 8, 9, 16, 23, 26 y 30. Dividir el resultado entre 7.
- *IRE total*: suma de todos los subíndices divididos entre 4 (o suma total de todos los puntos obtenidos en el test dividido entre 32).

Las puntuaciones menores de 0,6 se consideran bajas. Entre 0,6 y 1, algo altas, pero no preocupantes. Puede ser conveniente aprender nuestro método de concentración para reducir la reactividad al estrés. Puntuaciones mayores de 1 son definitivamente demasiado altas: tenga cuidado con las situaciones estresantes y dedique un tiempo cada día para desarrollar su capacidad de mantener la calma. (5)

### 3. SCL-90-R

También se incluyó en el presente trabajo como se menciona antes la versión española del cuestionario de los 90 síntomas (SCL-90-R), el cual es un cuestionario autoadministrado, desarrollado por Leonard Derogatis a partir de instrumentos anteriores como el Hopkins Symptom Scale y el Cornell Medical Index. La versión castellana del instrumento ha sido desarrollada por González de Rivera, De las Cuevas y Cols., en colaboración directa con el autor original (3). Este inventario ha sido desarrollado para evaluar patrones de síntomas presentes en individuos y puede ser utilizado tanto en tareas comunitarias como de diagnóstico clínico.

Cada uno de los 90 ítems que lo integran se responde sobre la base de una escala de cinco puntos (0-4). Se lo evalúa e interpreta en función de nueve dimensiones primarias y tres índices globales de malestar psicológico:

- 1) Somatizaciones (SOM)
  - 2) Obsesiones y compulsiones (OBS)
  - 3) Sensitividad interpersonal (SI)
  - 4) Depresión (DEP)
  - 5) Ansiedad (ANS)
  - 6) Hostilidad (HOS)
  - 7) Ansiedad fóbica (FOB)
  - 8) Ideación paranoide (PAR)
  - 9) Psicoticismo (PSIC).
- 1) Índice global de severidad (IGS)
  - 2) Índice positivo de Malestar (PSDI)
  - 3) Total de síntomas positivos (TP)

Estos tres indicadores reflejan aspectos diferenciales de los trastornos a ser evaluados.

En términos generales una persona que ha completado su escolaridad primaria lo puede responder sin mayores dificultades. En caso de que el sujeto evidencie dificultades lectoras es aconsejable que el examinador le lea cada uno de los ítems en voz alta.

En circunstancias normales su administración no requiere más de quince minutos. Se le pide a la persona que está siendo evaluada que responda en función de cómo se ha sentido durante los últimos siete días, incluyendo el día de hoy (el de la administración del inventario). Los pacientes con retraso mental, ideas delirantes o trastorno psicótico son malos candidatos para responder el SCL-90. Es aplicable a personas entre 13 y 65 años de edad.

### **LAS NUEVE DIMENSIONES DE SÍNTOMAS.**

Estas dimensiones se definieron sobre la base de criterios clínicos, racionales y empíricos.

#### **SOMATIZACIONES**

Evalúa la presencia de malestares que la persona percibe relacionados con diferentes disfunciones corporales (cardiovasculares, gastrointestinales, respiratorias).

#### **OBSESIONES Y COMPULSIONES**

Incluye síntomas que se identifican con el síndrome clínico del mismo nombre:

Pensamientos, acciones e impulsos que son vivenciados como imposibles de evitar o no deseados.

#### **SENSITIVIDAD INTERPERSONAL**

Se focaliza en detectar la presencia de sentimientos de inferioridad e inadecuación, en especial cuando la persona se compara con sus semejantes

#### **DEPRESIÓN**

Los ítems que integran esta subescala representan una muestra representativa de las principales manifestaciones clínicas de un trastorno de tipo

depresivo: estado de ánimo disfórico, falta de motivación, poca energía vital, sentimientos de desesperanza, ideaciones suicidas.

### **ANSIEDAD**

Evalúa la presencia de signos generales de ansiedad tales como nerviosismo, tensión, ataques de pánico, miedos.

### **HOSTILIDAD**

Esta dimensión hace referencia a pensamientos, sentimientos y acciones característicos de la presencia de afectos negativos de enojo.

### **ANSIEDAD FÓBICA**

Este malestar alude a una respuesta persistente de miedo (a personas específicas, lugares, objetos, situaciones) que es en sí misma irracional y desproporcionada en relación con el estímulo que la provoca.

### **IDEACIÓN PARANOIDE**

Evalúa comportamientos paranoides fundamentalmente en tanto desórdenes del pensamiento: pensamiento proyectivo, suspicacia, temor a la pérdida de autonomía.

### **PSICOTICISMO**

Esta dimensión se ha construido con la intención que represente el constructo en tanto dimensión continua de la experiencia humana. Incluye síntomas referidos a estados de soledad, estilo de vida esquizoide, alucinaciones y control del pensamiento.

### **ITEMES ADICIONALES.**

El SCL-90-R incluye siete ítems que no se incorporan a las nueve dimensiones ya mencionadas pero que tienen relevancia clínica:

19: Poco apetito

44: Problemas para dormir

59: Pensamientos acerca de la muerte o el morirse

60: Comer en exceso

64: Despertarse muy temprano.

66: Sueño intranquilo.

89: Sentimientos de culpa.

## INDICES GLOBALES.

**1) Índice de Severidad Global:** es un muy buen indicador del nivel actual de la severidad del malestar. Combina el número de síntomas reconocidos como presentes con la intensidad del malestar percibido. Se calcula sumando las puntuaciones obtenidas en las nueve dimensiones de síntomas y en los ítems adicionales, y dividiendo ese número por el total de respuestas dadas (90 si contestó a todas)

**2) Total de síntomas positivos (STP):** se estima contando el total de ítems que tienen una respuesta positiva (mayor que cero). En sujetos de población general, puntuaciones brutas iguales o inferiores a 3 en varones e iguales o inferiores a 4 en mujeres son consideradas como indicadoras de un intento consciente de mostrarse mejores de lo que realmente están. (Imagen positiva).

Puntuaciones brutas superiores a 50 en varones y a 60 en mujeres indican lo contrario: tendencia a exagerar sus patologías.

**3) Índice de Malestar Positivo (PSDI):** pretende evaluar el estilo de respuesta indicando si la persona tiende a exagerar o a minimizar los malestares que lo aquejan.

Se calcula dividiendo la suma total de las respuestas dadas a los ítems por el valor obtenido en Síntomas Totales Positivos. (STP) Puntuaciones extremas en este índice también sugieren patrones de respuestas que deben analizarse en términos de actitudes de fingimiento.

En el Manual en el original inglés de la prueba se consignan estudios sobre su Validez Estructural y Convergente así como acerca de su consistencia interna y fiabilidad test-retest. (Derogatis, 1994. Minnesota. National Computer System).

### **Evaluación e interpretación del inventario.**

1) Se calculan las puntuaciones directas o brutas para cada una de las nueve dimensiones y los tres índices.

2) Sumar los valores asignados a cada ítem y dividir ese total por el número de ítems respondidos.

3) Se convierten esas puntuaciones directas en puntuaciones T (Media = 50 y D.T. = 10).



Ver anexo 3.

#### 4. Cuestionario de TCI-R

Cloninger utiliza la definición de personalidad de Allport (1937) para establecer las bases de su modelo (7).

La Teoría de Allport presenta la personalidad como un segmento dinámico del individuo que interactúa entre sí para motivar la acción o algún pensamiento específico dando así directriz a nuestras vidas y la define:

*Personalidad:* Organización dinámica, dentro del individuo, de aquellos sistemas psicobiológicos que modulan la adaptación a los cambios en el ambiente (47).

Siguiendo la teoría de Allport los rasgos o dimensiones se definen como: *“Estructuras neuropsíquicas con capacidad para equiparar funcionalmente distintos estímulos, de iniciar y conducir formas equivalentes y consistentes de conducta expresiva y adaptativa”* Las dimensiones o rasgos se desarrollan probablemente a través de la interacción entre las emociones básicas y el aprendizaje; ambos motivan y dirigen la conducta. (47)

Para Cloninger la personalidad es un complejo sistema jerárquico que puede ser naturalmente descompuesto en distintas dimensiones psicobiológicas del temperamento y el carácter. Está definida por las diferencias individuales en los sistemas de adaptación implicados en la recepción, procesamiento y almacenaje de la información sobre el entorno. Por considerarse más completa por muchos autores, en el presente trabajo se asumirá como el modelo para analizar la personalidad.

Especifica sistemas psicofísicos implicados en el aprendizaje, sea en términos implicados en el desarrollo y cambio de la personalidad los sistemas neurales subyacentes o de los estímulos sociales y ambientales

La trama temperamental integra el papel de ciertas aminas cerebrales (serotonina, dopamina, noradrenalina) en la regulación de la conducta. En esta trama es considerado fuertemente el patrón de rasgos heredados.

Las escalas de temperamento miden las variaciones individuales en cuatro mecanismos psicobiológicos de adaptación al entorno, mientras que las de carácter reflejan características aprendidas que tienen que ver con el autoconcepto *Temperamento*.

El Temperamento está compuesto por 4 dimensiones o rasgos. Esta estructura y su estabilidad se han replicado en varias culturas diferentes (Brandslrom, Schette, Przybeck, Lundberg, Forsgren, Sigvardsson, Nylander, Nilsson, Cloninger y Adolfsson, 1998; Kijima, Tanaka, Suzuki, Higuchi y Kitamura, 2000).

Estas 4 Dimensiones son:

- Búsqueda de Novedad (BN).
- Evitación del Daño (ED).
- Dependencia de la Recompensa (DR).
- Persistencia (P).

A continuación se definirán e introducirán los mecanismos implicados en cada una de ellas.

#### *Búsqueda de Novedad (BN)*

Se trata de una inclinación heredable hacia una intensa excitación como respuesta a estímulos que indican potenciales recompensas o alivio del dolor. Como consecuencia aparecen conductas exploratorias cuya finalidad es alcanzar posibles premios, y evitar la monotonía o los posibles castigos. Los dos polos de esta dimensión se expresarían de la siguiente forma.

Puntuaciones bajas indicarían:

- Escasa actividad exploratoria en respuesta a la novedad.
- Tendencia al orden y a la prudencia.
- Actitud reflexiva ante la toma de decisiones.
- Capacidad de diferir la obtención del premio.
- Duración de los sentimientos de enfado.
- Tolerancia a la frustración.

Puntuaciones altas indicarían:



- Actividad exploratoria en respuesta a la novedad, curiosidad.
- Se aburren fácilmente.
- Toma impulsiva de decisiones.
- Acercamiento rápido a las señales de premio.
- Desaparición rápida de la cólera.
- Evitación activa de la frustración.

Esta dimensión esta en estrecha relación con los sistemas de activación. Se trata de una actividad dopaminérgica y mesolímbica.

En esta dimensión de Búsqueda de Novedad podemos encontrar 4 facetas:

BN1: Rigidez Estoica vs Excitabilidad exploratoria.

BN2: Reflexión vs Impulsividad.

BN3: Reserva vs Extravagancia.

BN4: Reglamentación estricta vs Desorden.

A continuación se profundizará un poco más en cada una de ellas.

**BN1**

**Rigidez Estoica:**

Afronta las situaciones vitales desde posturas conservadoras, desde razonamientos conocidos y prácticos. Es receloso y precavido en principio ante cualquier cambio o en situaciones nuevas. En las relaciones interpersonales elige escuchar antes que hablar.

**Excitabilidad exploratoria:**

Le gusta explorar situaciones y lugares poco familiares, se describe como buscador de sensaciones. Se aburre con facilidad y tiende a evitar la monotonía. Intolerante a la rutina, intenta introducir cambios innovadores o poco convencionales. En las relaciones interpersonales tiene una actitud activa, prefiere iniciar las conversaciones mostrándose más hablador que predisuesto a escuchar.

**BN2**

**Reflexión:**

Precavido en la toma de decisiones, valora los pros y los contras, desconfiando de las primeras impresiones, razona sin intuiciones ni corazonadas.

Se toma su tiempo a pesar de las prisas y, cuando afirma algo, lo tiene estudiado y sopesado. Tiene tendencia a mantener los mismos intereses a lo largo del tiempo.

Impulsividad:

Intuitivo en la toma de decisiones, se guía por las emociones o los estados de ánimo del momento. Está más inclinado a hacer lo que hay que hacer que a valorar y sopesar las cosas. Excitable, dramático, impresionable y temperamental. Tiene dificultades para mantener los mismos intereses durante mucho tiempo.

BN3

Reserva:

Reservado y controlado. Disfruta más ahorrando que gastando aunque sean cosas para sí mismo. Es tacaño y meticuloso en cuestiones de dinero.

Extravagancia:

Poco precavido y previsor. Disfruta más gastando que ahorrando para sí mismo. Extravagante con el dinero, energía y sentimientos, le gusta vivir al límite de sus recursos y capacidades.

BN4

Reglamentación estricta:

Organizado, prefiere establecer reglas para hacer las cosas de forma ordenada y meticulosa. Ejerce un control de sí mismo y tiene dificultades para mentir o salir airoso cuando le sorprenden haciendo algo equivocado.

Desorden:

Desordenado, prefiere la ausencia de reglas y es capaz de saltarse las normas si piensa que no le van a pillar. Se maneja bien en la ambigüedad, sabe mentir y que le crean. Tiene una gran capacidad de improvisación.

Suele perder el control y expresa la ira hacia fuera cuando no obtiene lo que desea.

#### *Evitación del Daño. ED*

Implica una inclinación heredable a responder intensamente a las señales de estímulos aversivos, aprendiendo así a inhibir la respuesta con la finalidad de evitar el castigo, la novedad o la frustración por falta de recompensa.

Puntuaciones bajas indicarían:

- Comportamiento desinhibido.
- Comportamiento descuidado.
- Actitud optimista ante el futuro.
- Acercamiento confiado.
- Falta de necesidad de seguridad, infravaloración del peligro.
- Actitud abierta y extrovertida.
- Mantenimiento de las conductas.

Puntuaciones altas indicarían:

- La inhibición o supresión de conductas.
- Cuidado pesimista, cautela.
- Anticipación de problemas futuros.
- Conductas de evitación pasiva.
- Miedo a la incertidumbre.
- Timidez ante los extraños.
- Fatigabilidad rápida.

Esta dimensión, al igual que encontramos en la dimensión de Neuroticismo de Eysenck, está en relación con los sistemas de inhibición cuyas bases serían el sistema septohipocámpico y las proyecciones serotoninérgicas de los núcleos de Rafe. Está regulada por la serotonina.

Una demostración de esta afirmación la encontramos en que las benzodiazepinas pueden reducir las conductas evitativas mediante la inhibición, a través del GABA, de las proyecciones serotoninérgicas de los núcleos de Rafe (48).

En esta dimensión de Evitación del Daño también se encuentran 4 facetas:

ED1: Optimismo vs Preocupación

ED2: Confianza vs Miedo a la incertidumbre.

ED3: Gregarismo vs Timidez.

ED4: Vigor vs Fatigabilidad.

Veamos que implica cada una de ellas:

ED1

**Optimismo:**

Confiado ante el futuro y con buena suerte, es capaz de mantenerse relajado y despreocupado ante situaciones de temor porque ótodo irá bienö

**Preocupación:**

Preocupado, pesimista, tiende a anticipar el daño y el fracaso. Esta tendencia es más pronunciada en situaciones peligrosas o poco familiares, pero también puede darse en situaciones menos peligrosas e incluso cuando existen circunstancias de apoyo. Además tienen dificultades para sobreponerse a experiencias de humillación o vergüenza, con tendencia a rumiar sobre lo ocurrido.

**ED2****Confianza:**

Prefiere el riesgo a la inactividad y seguridad. El peligro no le intranquiliza o le crea sensación de inseguridad, lo considera como algo atractivo.

**Miedo a la incertidumbre:**

Evita los riesgos. Tenso y preocupado ante situaciones poco familiares o nuevas. Las situaciones arriesgadas o de peligro no le atraen nada, y tiene dificultades para adaptarse a cambios en la rutina. Prefiere estar inactivo y tranquilo.

**ED3****Gregarismo:**

No se considera tímido ante los extraños, aunque estos sean hostiles y poco amistosos, sino que se muestra confiado y relajado en la mayoría de las situaciones sociales.

**Timidez:**

Se considera tímido y con falta de seguridad en las situaciones sociales, por lo que tiende a evitarlas. Poco asertivos.

**ED4****Vigor:**

Se siente con más energía y confianza que la mayoría de la gente. Se fatiga menos y se recupera antes que la mayoría. No se cansa en exceso.

Fatigabilidad:

Se siente con menos energía y confianza que la mayoría de la gente. Se cansa y se recupera más despacio de las tensiones. Lo nuevo le cansa antes que al resto de la gente.

*Dependencia de la Recompensa. (DR)*

Es una inclinación heredable a responder intensamente a los signos de recompensa y a mantener o resistir la extinción de la conducta que ha sido previamente asociada con premios o con la evitación de castigos, se manifiesta.

En las puntuaciones bajas por:

- Poca influencia de la presión social.
- Independencia.
- Actitud practica ante la vida.
- Disfrute de la soledad.

En las puntuaciones altas por:

- Sentimentalismo.
- Dependencia social.
- Dependencia de los otros.
- Sensibilidad.
- Calidez.

Esta en relación con los sistemas de mantenimiento de la conducta.

Esta es la dimensión en que los fundamentos biológicos son menos claros, aunque los datos apuntan a que estaría regulada por la noradrenalina.

Aunque la dimensión de Dependencia de la Recompensa también incluye 4 facetas, DR es la dimensión que más cambios ha experimentado en los últimos años.

Actualmente todos los datos corroboran una mejora en la validez de la estructura con la siguiente configuración de 4 subescalas:

DR1: Insensibilidad vs Sentimentalismo.

DR2: Reservado vs Apertura a la comunicación.

DR3: Frialdad vs Calidez (Apego)

DR4: Independencia vs conformidad.

Se ampliará un poco cada una de ellas.

DR1.

Insensibilidad:

Considera más importante ser práctico e inflexible con la gente y se conmueve raramente. No es sensible a los sentimientos de los demás, por lo que es difícil establecer rapport social.

Sentimentalidad:

Individuo sentimental, comprensivo y cálido que se conmueve intensamente. Muestra con facilidad sus sentimientos. Es capaz de experimentar los sentimientos de los demás.

DR2.

Reservado:

Tiende a estar solo y aislado de la gente, a guardarse sus problemas y no abrirse mucho ni siquiera con sus amigos. Desinterés por las relaciones sociales. Indiferente al rechazo.

Apertura a la comunicación:

Tiende a rodearse de amigos íntimos y afectuosos, y a contar sus problemas y preocupaciones. Establece vínculos duraderos

DR3 (Apego)

Frialdad:

Muestra indiferencia por las otras personas, no toma ningún tipo de interés por ellas. No habla de sus sentimientos con nadie, prefiere estar solo que padecer los problemas de los otros.

Calidez:

Sociable. Sabe y le gusta comunicar sus sentimientos a los demás. Enseguida entabla relación e íntima con cualquier persona. Necesita tener gente alrededor en la que confiar.

DR4

Independencia:

Suele hacer las cosas a su manera, sin preocuparse mucho de si le aprueban su forma de ser o si complace o no a otros. Cree que ayudar a gente débil no es un acto inteligente y que los derechos individuales son más importantes que las necesidades del grupo. Impresiona como independiente, autosuficiente y con poca respuesta a la presión social.

**Dependencia/Conformidad:**

Suele hacer las cosas contando con los otros, cuidando de que le aprueben su forma de ser y preocupándose de si sus decisiones complacen o no a los otros. Piensa que ayudar a la gente débil es un acto inteligente.

Considera que las necesidades del grupo son más importantes que los derechos individuales. Se siente fácilmente herido por las críticas y la desaprobación. Es muy sensible a las señales sociales.

*Persistencia. (P)*

Se considera como una dimensión de Temperamento independiente, que mide la perseverancia en la conducta a pesar de la frustración y fatiga.

Puntuaciones altas indicarían:

- Falta de perseverancia en la conducta como respuesta a la frustración y fatiga.
- Inestabilidad.
- Indolencia.

Puntuaciones bajas indicarían:

- Perseverancia en la conducta a pesar de la frustración y fatiga.
- Impaciencia.
- Ambición.
- Perfeccionismo.
- Son trabajadores.

Esta en relación con los sistemas de mantenimiento de la conducta y, al igual que la Dependencia de la Recompensa, podría estar regulada por la noradrenalina.

Respecto a las facetas, en el TCI-R encontramos los mayores cambios, ya que no solo es considerada una dimensión de Temperamento independiente, si no que se han desarrollado 4 facetas.

P1 Resistencia al esfuerzo vs Holgazán.

P2 Trabajo.

P3 Ambición.

P4 Perfeccionista.

Lo que implica cada una de ellas:

P1 Esforzado/Resistencia al esfuerzo.

Inerte:

Desidioso, ocioso, descuidado en el trabajo. Inactivo.

Con tendencia a trabajar lo mínimo necesario, incluso menos. Le cuesta empezar los trabajos que le encomiendan y los hace todos a un ritmo muy lento.

Trabajador:

Le gusta ocuparse en cualquier tarea con eficacia, actividad y cuidado, cambiando de tarea en cuanto termina la que está haciendo.

P2 Trabajo

Irresoluto:

Carece de resolución. No toma una determinación fija y decisiva.

Cuando se desata una dificultad le cuesta dar resolución a las dudas. Se da por vencido en seguida delante de la mínima dificultad.

Resuelto:

Resuelto a hacer algo y a llevarlo hasta el final. Convencido de ser capaz de hacer cualquier cosa, le gustan los retos y disfruta con ellos.

P3 Ambición

Indiferente:

Sin objetivos claros. Sin determinaciones claras. Tener éxito en la vida le importa poco. Sin motivación para superarse, no quiere mejorar los logros obtenidos.

Entusiasta:



Personas con ambición. Quieren tener éxito en sus trabajos y buscan constantemente mejorarlos. Son personas con un gran deseo de conseguir poder, riqueza y fama.

P4 Perfeccionismo

Imperfecto/Pragmático:

No ven la necesidad de esforzarse más de lo estrictamente necesario.

Si no salen las cosas enseguida abandonan sin esforzarse.

Perfeccionista:

Se esfuerzan en sus trabajos más de lo que lo haría el resto de la gente. Intentan hacer lo mejor que sus capacidades les permiten o, incluso, intentan un poco más de lo que en principio se podría pensar.

Todas estas dimensiones del Temperamento están reguladas por un conjunto de redes neuroquímicas específicas que modulan la activación, el mantenimiento y la inhibición de las respuestas ante la experiencia. Cada uno de estos complejos sistemas abarca numerosas áreas cerebrales y substratos químicos, aunque algunos neurotransmisores parecen desempeñar un papel específico en cada uno de los sistemas. Así las diferencias individuales en dichos sistemas y sus diferentes conexiones funcionales constituyen la base de las diferencias en las respuestas y disposiciones conductuales entre unos individuos y otros.

*Carácter y sus dimensiones.*

Inicialmente, tal y como hemos visto, el modelo de Cloninger no incluía dimensiones de Carácter, pero las comparaciones con otros modelos de personalidad demostraban que con las dimensiones de Temperamento algunos aspectos de la personalidad no quedaban suficientemente explicados. Por tanto, en una evolución lógica a estos datos, incluyo tres dimensiones de Carácter a su modelo. Dimensiones que se conservan actualmente en el TCI-R.

El Carácter proporciona una descripción del psiquismo del sujeto como una estructura de auto conceptos y relaciones objetables que están modulados por el conocimiento de uno mismo y por el simbolismo (6). El Carácter hace referencia a los auto-conceptos que influyen en nuestras intenciones y actitudes, es lo que

hacemos con nosotros mismos de manera intencional y básicamente se produce por la socialización. Se desarrolla por medio del aprendizaje introspectivo o por la reorganización de los auto-conceptos. La introspección es la aprehensión de relaciones, e incluye la organización conceptual de la percepción. En consecuencia, el aprendizaje introspectivo supone el desarrollo de una nueva respuesta adaptativa como resultado de una reorganización conceptual súbita de la experiencia.

En los seres humanos el aprendizaje introspectivo incluye:

- El aprendizaje verbal.
- La adquisición de repertorios de aprendizaje o de como aprender.
- La conceptualización abstracta que influye en las metas, en las conductas y en las esperanzas.

De manera que algunas percepciones se transforman en símbolos abstractos (conceptos) y, por consiguiente, las características de la relación estímulo-respuesta depende de la importancia conceptual dada a los estímulos percibidos. El Carácter entonces puede describirse como la inclinación a responder a estímulos en función de los diferentes conceptos que los sujetos tienen sobre *¿quién soy yo?*, sobre *¿quién somos nosotros?* y sobre *¿por qué estamos aquí?*

La capacidad para iniciar, mantener o detener las conductas como respuestas automáticas inconscientes esta inicialmente determinada por los factores de Temperamento, pero esos pueden modificarse y condicionarse como resultado de los cambios en la valoración que hacemos de los estímulos. Esta valoración está determinada por el concepto que tenemos de nuestra identidad.

Desde esta perspectiva, el desarrollo de la personalidad es un proceso epigenético reiterativo en el que los factores heredables del Temperamento motivan aprendizajes introspectivos de auto-conceptos que a su vez modifican la valoración que hacemos de los estímulos percibidos a los que respondemos inicialmente. De esta manera, se influyen el Temperamento y el Carácter en su desarrollo y ambos motivan la conducta final.

Las dimensiones del Carácter se heredan en una medida muy escasa (6), están moderadamente influenciadas por el ambiente sociocultural y, en particular,

por el ambiente familiar, y se afianzan con el desarrollo y la relación con el entorno.

Las dimensiones de Carácter describen el grado en que una persona se percibe a sí misma como:

- Un individuo independiente, es decir, seguro de sí mismo (Autodirigido)
- Como parte integral de la sociedad (Cooperativo).
- Como parte integrante del universo entendido como un todo interdependiente (Autotranscendente).

Por tanto las tres dimensiones de Carácter son:

- 1- Autodirección
- 2- Cooperación
- 3- Autotranscendencia

#### *Autodirección (AD)*

Mide la habilidad de un individuo para controlar, regular y adaptar su conducta, ajustándose a una situación de acuerdo con unas metas y valores escogidos individualmente. Esta dimensión abarca muchos aspectos tomados de la psicología humanista como:

- Hasta que punto una persona identifica su imagen del Self de una forma integrada, como un individuo completo con una finalidad, en lugar de verse un conjunto desorganizado de reacciones impulsivas.
- La fuerza intencional de los individuos para afirmarse o comprometerse con unas determinadas metas particulares o propósitos.
- La habilidad para elegir entre opciones alternativas.
- La capacidad para cambiar en función de la experiencia y de acuerdo con la propia historia.
- La responsabilidad individual ante lo que uno hace.

Los dos polos de Autodirección se definirán como:

En las puntuaciones bajas se describen individuos con:

- Sentimientos de inferioridad.
- Baja autoestima.

- Culpan a los otros de sus problemas.
- Dudas sobre su identidad o propósitos. Son a menudo reactivos y con pocos recursos.
- Son inmaduros o con características infantiles.

En las puntuaciones altas se describen individuos que son:

- Líderes maduros, eficaces y bien organizados.
- Con autoestima.
- Capaces de admitir faltas y aceptar lo que son.
- Sienten que su vida tiene un significado y un propósito.
- Son capaces de demorar su satisfacción para lograr sus metas.
- Muestran iniciativa superando los desafíos.

La Autodirección está relacionada con una autoestima positiva en edades tempranas y esta, a su vez, con la presencia de unos padres capaces de mostrar un afecto consistente y de animar al niño a adquirir autonomía (48). Los individuos con pobre ajuste y baja autoestima a menudo son reactivos y niegan e ignoran sus faltas, deseando ser siempre mejores que los demás. Al contrario que las personas con buen ajuste, pueden reconocer y admitir verdades poco halagüeñas sobre sí mismos. Una puntuación baja en esta dimensión de Autodirección es la característica común de los trastornos de personalidad.

La Autodirección puede describirse como un proceso de desarrollo compuesto por varias fases que quedan reflejadas en las siguientes 5 facetas:

AD1: Proyección de la culpa/determinismo proyectivo vs Responsabilidad.

AD2: Ausencia de metas vs Orientación.

AD3: Inercia vs Recursos.

AD4: Competición vs Autoaceptación.

AD5: Malos hábitos vs Congruencia.

Se analizarán cada una de ellas.

AD1 Proyección de la culpa/determinismo proyectivo vs Responsabilidad.

Esta subescala hace referencia a la aceptación de la responsabilidad sobre las propias elecciones y sus actos, en lugar de culpar a las otras personas y/o a las circunstancias.

Proyección de la culpa/determinismo proyectivo:

Su conducta está influenciada por la suerte o por las circunstancias, ante las que cree no poder hacer nada. Considera que esta muy influenciado por los demás y nunca se siente libre para elegir.

Responsabilidad

Piensa que su conducta depende fundamentalmente de sí mismo, de su propio esfuerzo, de sus objetivos y su actitud y habilidad para manejar las cosas. Se considera libre para elegir lo que va hacer.

AD2 Determinación

Mide la identificación por parte del sujeto con unas metas valoradas individualmente, frente a una ausencia de dirección en cuanto a sus propósitos.

Ausencia de metas.

Su conducta no se guía por unos fines determinados y piensa que su vida tiene poco sentido. Tiende a reaccionar de forma inmediata ante las circunstancias y las necesidades.

Determinación:

Sabe lo que quiere hacer en su vida y la orienta en función de las metas que trata de alcanzar.

AD3 Recursos

Hace referencia al desarrollo de habilidades y a la confianza en la resolución de problemas. Según el mismo Cloninger (6), este rasgo está basado en las observaciones de que las personas con éxito tienen iniciativas y resuelven problemas.

Inercia:

Tiende a esperar que le solucionen sus problemas porque se siente menos eficiente que la mayoría de la gente. Ante situaciones difíciles espera la presencia de un líder.

Recursos:

Suele considerar las situaciones difíciles como desafíos u oportunidades para demostrar su valía.

#### AD4 Autoaceptación

La autoestima y la capacidad para aceptar las propias limitaciones sin fantasías de habilidad ilimitada y de juventud sin límite son los aspectos cruciales que sirven de guía para la conducta en el desarrollo del Yo maduro.

##### Competición:

Tiende a ser omnipotente y necesita ser admirado por sus capacidades, recursos económicos, belleza, inteligencia, etcétera. Están en lucha permanente con los demás para ser mejores.

##### Autoaceptación:

Acepta lo que es y no desea ser más que el resto de la gente. Su conducta no se guía por la necesidad de ser más admirado que los demás.

#### AD5 Hábitos congruentes

Incorpora la idea de que, tras cultivar activamente determinadas metas y valores durante mucho tiempo, lo que inicialmente suponía un esfuerzo se incorpora, automatizándose en nosotros como si fuera una segunda naturaleza. Los individuos integrados esperan que sus respuestas automáticas sean congruentes con sus metas y valores, y confían en ellos mismos para actuar espontáneamente sin ningún sentimiento de conflicto reprimido.

##### Malos hábitos:

No se gusta mucho por sus imperfecciones y su escasa fuerza de voluntad. Considera que sus hábitos son más un obstáculo para lograr sus metas que una ventaja.

##### Congruencia:

Esta conforme consigo mismo y cree en sus capacidades aprendidas y en sus posibilidades de responder espontáneamente. Confía en sus buenos hábitos que le permiten alcanzar sus objetivos.

#### *Cooperación. (C)*

Mide las diferencias individuales en la capacidad de aceptar e identificarse con otras personas. Este factor se diseñó para medir los aspectos del Carácter relacionados con la amabilidad versus el egoísmo agresivo y la hostilidad.

Los individuos no cooperativos se describen como:

- Socialmente intolerantes.
- Desinteresados por las otras personas.
- No tienden a ayudar.
- Vengativos.

Los individuos cooperativos se describen como:

- Socialmente tolerantes.
- Empáticos.
- Útiles.
- Compasivos.

Esta dimensión se basa en los trabajos de Rogers (49), que describe a las personas cooperativas como aquellas que muestran:

- Aceptación incondicional al otro.
- Empatía con los sentimientos de otros.
- Buena disposición para ayudar a otros a lograr sus metas sin una dominación egoísta.

La Cooperación está compuesta de varios aspectos. Estos aspectos quedan fielmente reflejados en la siguientes subescalas:

C1: Intolerancia Social Vs Aceptación Social.

C2: Insensibilidad vs Empatía.

C3: Egoísmo vs Tendencia a ayudar.

C4: Venganza vs Compasión.

C5: Oportunismo vs Con principios.

C1 Aceptación Social.

La aceptación social, utilidad y preocupación por los derechos de otros correlaciona a menudo con la autoestima positiva.

Intolerancia Social:

Le falta paciencia cuando alguien expresa un punto de vista diferente al suyo y se muestra intolerante con lo que es diferente a sí mismo, a sus gustos y a sus opiniones, presionando para que a los otros hagan las cosas a su manera.

### Aceptación Social:

Es respetuoso y tolerante con las opiniones y los gustos diferentes a los suyos. Tiene facilidad para aceptar a los otros tal y como son, y trata de aprender de ellos.

### C2 Empatía.

Se define empatía como un sentimiento de unidad o identificación con otras personas, que permite el desarrollo de la comunicación y la compasión por los otros.

### Insensibilidad.

Tiene dificultades para ponerse en el lugar de los demás y está convencido de que solo se pueden compartir los sentimientos con personas que hayan pasado por sus mismas experiencias. Piensa que la gente habla demasiado y es consciente de que no comprende muy bien a la mayoría de la gente.

### Empatía.

Tiene capacidad para ponerse en el lugar de los demás y para entenderles, puede estar por encima de los prejuicios y considerar sus sentimientos. La gente le confía sus sentimientos con frecuencia.

### C3 Tendencia a ayudar

La tendencia a ayudar y a la compasión son conocidas como signos de madurez y desarrollo psicológico. Los líderes eficaces suelen ser útiles a los demás y tienen habilidad para buscar la mutua satisfacción y solucionar problemas, en lugar de dirigirse solo a obtener una ganancia personal.

### Egoísmo.

Se encuentra más centrado en sus propios intereses, porque cree que así actúa la mayoría de la gente, y está convencido de la imposibilidad de satisfacer a todos. Cree que es poco inteligente promover el éxito de los demás.

### Tendencia a ayudar.

Le gusta ayudar y cooperar con otras personas, es servicial y tiende a compartir.

### C4 Compasión.



La compasión se define como una buena disposición a perdonar y ser amable con los otros, sin tener en cuenta su conducta, en lugar de buscar venganza o disfrutar de su sufrimiento. Incluye también sentimientos de amor fraternal y ausencia de hostilidad.

Venganza.

Suele intentar vengarse cuando le hacen daño, disfruta siendo mezquino con los que lo han sido con él, y siente placer cuando ve o se imagina a sus enemigos sufriendo.

Compasión.

Tiende a perdonar rápidamente y acepta a la gente incluso cuando le han hecho daño, considera sus sentimientos y prefiere ser amable con ellos antes que vengarse. Odia ver a la gente sufrir y le gusta ayudar a los demás incluso aunque le hayan maltratado.

C5 Con principios.

Las tradiciones budista y Judeo-cristiana creen en la necesidad de aceptar los principios y las leyes naturales, las cuales no pueden romperse sin que aparezcan inevitables malas consecuencias para el individuo, la sociedad y la naturaleza. La creencia en tales principios naturales, opuesta a obtener un beneficio inmediato o atender a las convenciones sociales representa, según Cloninger, un nivel avanzado de moral o de desarrollo del Carácter, tal y como fue descrito por Kohlberg y Baruk (50)

Oportunismo

Busca ser rico y famoso dentro de su legalidad, pero no tiene muchos escrúpulos para conseguirlo. La honestidad y la justicia no son valores muy importantes en su forma de actuar. Su criterio es que los límites son cuestión de opiniones y solo importa que te pillen o no.

Con principios

Considera que la honestidad no está reñida con el éxito en los negocios y que el fin no justifica los medios. Piensa que la dignidad y el respeto son derechos de todos y que si se salta sus propios principios, tarde o temprano, sufrirá sus consecuencias.

En resumen, los individuos no cooperativos tienden a ver el mundo y a los otros como ajenos y hostiles. En contraste, los individuos cooperativos se sienten componentes de una comunidad favorable y útil, que se organiza sobre los principios de la compasión y el respeto recíproco.

En general todas las categorías de los trastornos de la personalidad se correlacionan con una baja cooperación, relación que es más consistente cuando los individuos tienen puntuaciones bajas en Autodirección (50)

#### *Autotrascendencia. (AT)*

Se entiende por Autotrascendencia la identificación del individuo con un todo, del cual procede y del que es una parte esencial. Esto incluye un estado de conciencia de unidad en el que no existe ningún yo individual, porque no hay distinción significativa entre el yo y el otro. Esta perspectiva unitaria puede describirse como una aceptación, identificación o unión experimental con la naturaleza y su origen.

Estos rasgos de Carácter, asociado a la espiritualidad o a la trascendencia, no han sido hasta ahora objeto de investigación sistemática.

Para describir esta dimensión, Cloninger se apoya tanto en la descripción de las vidas de los místicos como en las descripciones de la Psicología Transpersonal.

La Autotrascendencia sería un proceso de desarrollo con múltiples aspectos, que pueden simplificarse en unas pocas fases sobre la base de experiencias básicas y conductas descritas en un amplio espectro de personas y culturas.

AT1: Cohibición vs Abstracción.

AT2: Autodiferenciación vs Identificación transpersonal.

AT3: Materialismo racional vs Espiritualidad.

#### AT1 Abstracción.

La abstracción estable de personas auto-trascentes se ha descrito igual que la experimentada temporalmente por las personas que están totalmente absortas, concentradas intensamente y fascinadas por algo.

Estas personas con concentración unidireccional pueden olvidarse de donde están y pierden todo sentido del paso del tiempo.

Cohibición.

Se mueven sobre todo por las experiencias vitales y adquiridas, por los razonamientos lógicos, fiándose poco de sus sentimientos. Convencional y poco imaginativo.

Autoabandono.

A menudo pierde la noción del tiempo cuando está concentrado y fascinado con algo. Tiene fama de distraído y ha aprendido a confiar más en sus sentimientos que en sus razonamientos lógicos y en su experiencia. A menudo se plantea cual es su papel en la vida y, a veces, lo ve claro y se emociona.

AT2 Identificación transpersonal.

La Autotrascendencia lleva a menudo a la identificación transpersonal con cosas que están fuera del yo individual. Puede experimentar el sentimiento de que es parte o es guiado por una inteligencia maravillosa que posiblemente es la fuente divina de todos los fenómenos. Finalmente, puede tener la pérdida de todas las distinciones entre el Yo y el otro identificado con el concepto de un Dios inmanente que es uno-en-todos.

Autodiferenciación.

Siente su individualidad como algo que le diferencia de los demás.

Controlador.

Identificación transpersonal.

Se siente conectado espiritualmente y emocionalmente a los otros y a la naturaleza, y está dispuesta al sacrificio por mantenerse en esa unidad conexión.

Es probable que sea ecologista o trabaje como voluntario en una ONG con interés y ahínco.

AT3 Espiritualidad.

La espiritualidad se ha definido como nuestro deseo interno de ser inmortales, que nos lleva a identificarnos con el conjunto de la naturaleza o con su origen.

Materialismo racional.

Es de la opinión que existe la casualidad pero no los milagros, y solo cree en aquello que puede ser explicado científicamente. Piensa que las experiencias místicas son deseos que probablemente no ocurrirán. Se aferra a sus cinco sentidos.

Espiritualidad.

Cree en los milagros, en la percepción extrasensorial, en las corazonadas y en la intuición y en que, felizmente, no todo puede explicarse de forma completa. Tiene un sexto sentido que considera de los más importantes, y ha tenido experiencias religiosas que le han ayudado a comprender el sentido real de su vida.

Cloninger destacó que, a diferencia de las otras dos escalas de Autotrascendencia, esta no era capaz de diferenciar a los pacientes con trastorno de la personalidad de la población general. Por otro lado, los pacientes psiquiátricos ingresados puntuaban más bajo en Autotrascendencia que un grupo de adultos de la población general (50). Solo se encontró una correlación significativa con el trastorno esquizoide.

Las dimensiones del temperamento, basadas en predisposiciones emocionales estables a lo largo del desarrollo, y se miden en cuatro escalas.

Las cuatro dimensiones del temperamento; Cloninger (1994) (51):

1- Búsqueda de Novedad (BN) (35 ítems)

BN1: Rigidez Estoica vs Excitabilidad exploratoria (10 ítems)

BN2: Reflexión vs Impulsividad (9 ítems)

BN3: Reserva vs Extravagancia (9 ítems)

BN4: Reglamentación estricta vs Desorden (7 ítems)

2- Evitación del Daño (ED) (33 ítems)

ED1: Optimismo vs Preocupación (11 ítems)

ED2: Confianza vs Miedo a la incertidumbre (7 ítems)

ED3: Gregarismo vs Timidez (7 ítems)

ED4: Vigor vs Fatigabilidad (8 ítems)

3- Dependencia de la Recompensa (DR) (30 ítems)

DR1: Insensibilidad vs Sentimentalismo (8 ítems)

DR2: Reservado vs Apertura a la comunicación (10 ítems)

DR3: Frialdad vs Calidez/Apego (6 ítems)

DR4: Independencia vs Conformidad (6 ítems)

#### 4- Persistencia (P)

P1 Resistencia al esfuerzo vs Holgazán (9 ítems)

P2 Trabajo (8 ítems)

P3 Ambición (10 ítems)

P4 Perfeccionista (8 ítems)

Cada una de las cuatro dimensiones agrupa un conjunto de características conductuales, emocionales y cognitivas que la definen, y están asociados a determinados sistemas cerebrales que modulan la activación, el mantenimiento y la inhibición de la conducta en respuesta a tipos específicos de estímulos.

#### *Carácter.*

Con respecto al Carácter, Cloninger destaca que los humanos son conscientes de sí mismos, y de metas y valores escogidos individualmente. El carácter es lo que hacemos con nosotros mismos intencionadamente, a partir del aprendizaje en el medio sociocultural, y se compone de valores, metas, estrategias de afrontamiento y creencias sobre uno mismo y el entorno.

Las tres dimensiones del carácter; Cloninger (1994):

#### 1- Autodirección (AD) (40 ítems)

AD1: Proyección de la culpa/Determinismo proyectivo vs Responsabilidad (8 ítems)

AD2: Ausencia de metas vs Orientación (6 ítems)

AD3: Inercia vs Recursos (5 ítems)

AD4: Competición vs Autoaceptación (10 ítems)

AD5: Malos hábitos vs Congruencia (11 ítems)

#### 2- Cooperación (C) (36 ítems)

C1: Intolerancia Social vs Aceptación Social (8 ítems)

C2: Insensibilidad vs Empatía (5 ítems)

C3: Egoísmo vs Tendencia a ayudar/Altruismo (8 ítems)

C4: Venganza vs Compasión (7 ítems)

C5: Oportunismo vs Con principios (8 ítems)

### 3- Autotrascendencia (AT)

AT1: Cohibición vs Abstracción/Ensimismamiento (10 ítems)

AT2: Autodiferenciación vs Identificación Transpersonal (8 ítems)

AT3: Materialismo Racional vs Espiritualidad (8 ítems).

Las dimensiones del carácter, de baja heredabilidad, se modifican a lo largo de la vida y maduran en la edad adulta. Influyen en las intenciones y actitudes voluntarias y en la efectividad personal y social.

Desde el momento que se produce aprendizaje los mecanismos neurobiológicos heredados ya no influyen en la conducta de manera inmediata (no mediada) sino que actúan amalgamados con nuevas tendencias conductuales originadas en otras estructuras cerebrales, y que disfrazarán su expresión. (7)

Como corregir el TCI-R. (51)

Cambiar las puntuaciones de los siguientes ítems:

53, 63, 145, 156, 165, 176, 205, 47, 123, 179, 193, 210, 239, 14, 105, 139, 155, 172, 77, 159, 170, 2, 61, 64, 161, 171, 217, 230, 38, 103, 154, 214, 78, 86, 131, 180, 81, 98, 121, 237, 65, 92, 127, 194, 79, 96, 110, 174, 11, 26, 39, 85, 138, 233, 134, 189, 140, 153, 129, 146, 3, 17, 34, 49, 66, 167, 236, 6, 69, 87, 23, 58, 108, 221, 21, 83, 168, 178, 182, 192, 227, 231, 48, 90, 100, 107, 115, 196, 28, 124, 133, 198, 18, 27, 84, 185, 226, 33, 67, 93, 128, 208, 13, 75, 88, 141, 234, 32, 206, 232.

De la siguiente forma: (5=1) (4=2) (2=4) (1=5).

Para obtener las puntuaciones para cada faceta sumar de la siguiente Forma:

$$BN1 = 1 + 53 + 63 + 104 + 122 + 145 + 156 + 165 + 176 + 205. (10 \text{ ítems})$$

$$BN2 = 10 + 47 + 71 + 102 + 123 + 179 + 193 + 210 + 239. (9 \text{ ítems})$$

$$BN3 = 14 + 24 + 59 + 105 + 139 + 155 + 172 + 215 + 222. (9 \text{ ítems})$$

$$BN4 = 44 + 51 + 77 + 109 + 135 + 159 + 170. (7 \text{ ítems})$$

$$BN = BN1 + BN2 + BN3 + BN4. (35 \text{ ítems})$$

$$ED1 = 2 + 46 + 61 + 64 + 82 + 144 + 150 + 161 + 171 + 217 + 230. (11 \text{ ítems})$$

$$ED2 = 9 + 38 + 70 + 103 + 113 + 154 + 214. (7 \text{ ítems})$$

$$ED3 = 19 + 30 + 78 + 86 + 131 + 147 + 180. (7 \text{ ítems})$$

$$ED4 = 16 + 81 + 98 + 121 + 136 + 169 + 186 + 237. (8 \text{ ítems})$$

$$ED = ED1 + ED2 + ED3 + ED4. (33 \text{ ítems})$$

$$DR1 = 20 + 31 + 54 + 65 + 97 + 181 + 216 + 218. (8 \text{ ítems})$$

$$DR2 = 80 + 92 + 125 + 127 + 130 + 162 + 166 + 177 + 194 + 213. (10 \text{ ítems})$$

$$DR3 = 15 + 79 + 96 + 110 + 116 + 174. (6 \text{ ítems})$$

$$DR4 = 11 + 26 + 39 + 85 + 138 + 233. (6 \text{ ítems})$$

$$DR = DR1 + DR2 + DR3 + DR4. (30 \text{ ítems})$$

$$P1 = 8 + 60 + 94 + 114 + 134 + 189 + 197 + 200 + 240. (9 \text{ ítems})$$

$$P2 = 5 + 22 + 45 + 111 + 140 + 163 + 173 + 228. (8 \text{ ítems})$$

$$P3 = 37 + 62 + 72 + 117 + 126 + 153 + 191 + 202 + 207 + 238. (10 \text{ ítems})$$

$$P4 = 55 + 76 + 119 + 129 + 137 + 146 + 158 + 229. (8 \text{ ítems})$$

$$P = P1 + P2 + P3 + P4. (35 \text{ ítems})$$

$$AD1= 3+ 17+ 34+ 49+ 66+ 167+ 211+ 236. (8 \text{ ítems})$$

$$AD2= 6+ 35+ 57+ 69+ 87+ 225. (6 \text{ ítems})$$

$$AD3= 23+ 58+ 108+ 184+ 221. (5 \text{ ítems})$$

$$AD4= 21+ 83+ 168+ 78+ 182+ 188+ 192+ 195+ 227+ 231. (10 \text{ ítems})$$

$$AD5= 48+ 90+ 100+ 107+ 115+ 149+ 160+ 196+ 204+ 220+ 235. (11 \text{ ítems})$$

$$AD =AD1+AD2+AD3+AD4+AD5. (40 \text{ ítems})$$

$$C1= 4+ 28+ 124+ 133+ 142+ 198+ 203+ 224. (8 \text{ ítems})$$

$$C2= 18+ 41+ 74+ 89+ 152. (5 \text{ ítems})$$

$$C3= 7+ 27+ 50+ 84+ 183+ 185+ 201+ 226. (8 \text{ ítems})$$

$$C4= 33+ 67+ 93+ 128+ 199+ 208+ 219. (7 \text{ ítems})$$

$$C5= 13+ 40+ 75+ 88+ 141+ 164+ 187+ 234. (8 \text{ ítems})$$

$$C =C1+C2+C3+C4+C5. (36 \text{ ítems})$$

$$AT1= 25+ 42+ 56+ 68+ 95+ 112+ 151+ 175+ 212+ 223. (10 \text{ ítems})$$

$$AT2= 12+ 29+ 73+ 91+ 99+ 148+ 157+ 190. (8 \text{ ítems})$$

$$At3= 32+ 43+ 52+ 106+ 118+ 143+ 206+ 232. (8 \text{ ítems})$$

$$AT=AT1+AT2+AT3. (26 \text{ ítems})$$

#### Ítems de Validación

$$36=4, 101=1, 120=5, 132=2, 209=3. (5 \text{ ítems})$$





**PDF**  
Complete

*Your complimentary  
use period has ended.  
Thank you for using  
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Ver anexo 4.

### **Validez y confiabilidad de los instrumentos**

Todos los instrumentos utilizados en esta investigación, ya fueron validados anteriormente por otros investigadores, por lo que no fue necesario validar ninguno de estos, y se ha demostrado su confiabilidad.

## **Técnicas de Procesamiento y Análisis de los datos**

Una vez recopilados, codificados y organizados los datos, éstos fueron procesados utilizando técnicas estadísticas descriptivas tales como la media aritmética como medida de tendencia central, además del primer, segundo y tercer cuartil entre los cuantiles; el rango intercuartil, amplitud total, y la desviación típica como medidas de dispersión; cuadros, así como gráficos de líneas, de barras múltiples y de caja, para mostrar las tendencias con respecto a cada variable presentada por los grupos con disfunción dolorosa temporomandibular y sin disfunción dolorosa temporomandibular (control) .

Posteriormente se hizo un análisis inferencial de acuerdo al tipo de investigación mediante técnicas estadísticas apropiadas para el propósito y naturaleza de los datos. Así por cada hipótesis específica se realizó el respectivo contraste de hipótesis, en la que se persigue describir la condición en la cual se presenta el problema investigado y la posible relación entre las variables consideradas en el estudio, la técnica de análisis estuvo fundamentada en criterios referidos a estimación de la varianza y prueba de diferencia de medias mediante la distribución t de student como prueba estadística paramétrica así como la prueba de Levene para igualdad de varianzas. Todos los análisis estadísticos empleados se realizaron con la utilización del paquete de aplicación estadística para computadoras SPSS versión 16.

Finalmente se realizó un análisis multivariado de los aspectos psicológicos desglosado en diversas dimensiones a saber: Acontecimientos vitales, Reactividad al estrés, Síntomas psicopatológicos y Rasgos de personalidad como Temperamento y Carácter, para ello se aplicó un análisis de varianza con medidas repetidas, procedimiento Modelo Lineal General.

## CAPITULO IV

### PRESENTACION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS

#### Presentación de los resultados.

#### CUADRO N°- 1

Matriz general correspondiente al sexo, edad y unidades de acontecimiento vital presentada por los pacientes del grupo control.

Paciente	Sexo	Edad	UCV	Paciente	Sexo	Edad	UCV
A1	Femenino	56	491	A26	Masculino	40	373
A2	Femenino	49	704	A27	Masculino	45	445
A3	Femenino	44	368	A28	Femenino	36	417
A4	Femenino	45	61	A29	Femenino	39	401
A5	Masculino	33	727	A30	Femenino	55	349
A6	Masculino	25	335	A31	Femenino	25	333
A7	Masculino	19	415	A32	Masculino	54	451
A8	Masculino	25	471	A33	Masculino	51	366
A9	Masculino	50	535	A34	Masculino	47	809
A10	Femenino	20	705	A35	Femenino	57	706
A11	Femenino	18	509	A36	Masculino	47	165
A12	Masculino	48	685	A37	Masculino	45	306
A13	Femenino	23	489	A38	Femenino	23	156
A14	Femenino	48	534	A39	Masculino	40	483
A15	Masculino	23	736	A40	Femenino	33	385
A16	Masculino	25	462	A41	Femenino	38	356
A17	Femenino	33	566	A42	Masculino	50	307
A18	Femenino	42	367	A43	Femenino	37	738
A19	Femenino	25	545	A44	Masculino	54	378
A20	Masculino	35	559	A45	Masculino	33	727
A21	Femenino	23	760	A46	Femenino	56	491
A22	Femenino	35	475	A47	Masculino	48	685
A23	Femenino	40	314	A48	Masculino	50	535
A24	Femenino	37	404	A49	Femenino	44	368
A25	Femenino	29	264	A50	Femenino	20	705

Fuente: Datos recopilados por el autor mediante la aplicación del test de Holmes.  
UCV = Unidades de cambio vital.

**CUADRO N°- 2**

Matriz general correspondiente al sexo, edad y unidades de acontecimiento vital presentada por los pacientes con disfunción dolorosa de la ATM.

Paciente	Sexo	Edad	UCV	Paciente	Sexo	Edad	UCV
B1	Femenino	47	596	B26	Masculino	41	367
B2	Femenino	38	1608	B27	Femenino	57	795
B3	Masculino	39	972	B28	Femenino	35	1078
B4	Femenino	46	415	B29	Masculino	37	755
B5	Femenino	34	1080	B30	Masculino	39	735
B6	Femenino	49	1007	B31	Femenino	20	540
B7	Masculino	47	378	B32	Femenino	25	495
B8	Femenino	36	322	B33	Femenino	51	760
B9	Femenino	46	234	B34	Femenino	37	322
B10	Femenino	26	367	B35	Masculino	32	999
B11	Femenino	27	1011	B36	Femenino	40	805
B12	Femenino	40	498	B37	Femenino	44	552
B13	Masculino	26	738	B38	Femenino	23	392
B14	Femenino	38	493	B39	Femenino	35	832
B15	Masculino	35	928	B40	Femenino	38	738
B16	Femenino	34	1102	B41	Femenino	39	434
B17	Femenino	37	559	B42	Femenino	25	598
B18	Femenino	45	627	B43	Masculino	36	1130
B19	Femenino	26	720	B44	Femenino	30	836
B20	Femenino	23	605	B45	Femenino	28	589
B21	Femenino	33	655	B46	Masculino	31	915
B22	Femenino	45	597	B47	Masculino	38	535
B23	Femenino	44	554	B48	Femenino	42	394
B24	Masculino	39	835	B49	Femenino	36	659
B25	Masculino	40	579	B50	Femenino	37	1001

Fuente: Datos recopilados por el autor mediante la aplicación del test de Holmes.

UCV = Unidades de cambio vital.

### CUADRO N°- 3

Matriz general correspondiente a los índices de reactividad al estrés en sus diferentes dimensiones presentada por los pacientes del grupo control.

Paciente	Vegetativo	Emocional	Cognitivo	Conductual	IRE Total	Paciente	Vegetativo	Emocional	Cognitivo	Conductual	IRE Total
A1	0.66	0.4	1.4	1.28	0.94	A26	0.86	0	1.2	0.42	0.62
A2	2.33	2.8	0.4	2.14	1.92	A27	0.53	0.2	0.4	0.42	0.39
A3	0.73	0.6	0.8	0.57	0.68	A28	0.6	0.4	1	1.14	0.79
A4	0.2	0.2	0.6	0	0.25	A29	0.66	0.4	2.2	1	1.07
A5	0.4	1	1	0.85	0.81	A30	0.73	0.2	1.2	1.42	0.89
A6	0	0.6	0.4	0.42	0.36	A31	0.6	0.8	0.8	1.57	0.94
A7	0.53	0.4	0.6	1	0.63	A32	0.46	0.66	2	1	1.03
A8	0.26	0	1	1	0.57	A33	0.53	0.4	2.6	0.57	1.03
A9	0.66	0.2	1	0.71	0.64	A34	0.26	0.4	1	1	0.67
A10	0.66	1	1	1.28	0.99	A35	1	1.2	1.2	1.42	1.21
A11	0.6	0.4	0.8	0.28	0.52	A36	0.53	0.4	0.4	0.42	0.44
A12	0.4	0.8	0.8	1.14	0.79	A37	0.46	0.2	0.8	0.57	0.51
A13	1	0.8	2.6	1.14	1.39	A38	0.66	0.6	0.8	1	0.77
A14	0.6	0.6	0.8	0.28	0.57	A39	0.6	0.6	1	0.42	0.66
A15	0.46	1	1	1.14	0.9	A40	0.73	0.4	0.4	1.42	0.74
A16	0.6	0.6	1.2	1.71	1.03	A41	0.86	0.2	1	1.71	0.94
A17	0.66	0.8	1	0.71	0.79	A42	0.53	0.8	2.6	1	1.23
A18	0.53	0.6	1	1	0.78	A43	0.6	0.8	1	1.14	0.89
A19	0.46	0.8	2	1	1.07	A44	0	0.2	1.2	0.57	0.49
A20	0.6	0.8	0.8	1.14	0.84	A45	0.13	0.4	0.8	0.71	0.51
A21	0.66	1	0.4	1.14	0.8	A46	0.53	0.4	0.8	1.42	0.79
A22	1	0.8	1	1	0.95	A47	0.2	0.4	0.6	0.85	0.51
A23	0.73	0.6	1.4	1.14	0.97	A48	0.33	0.6	0.6	0.42	0.49
A24	0.66	0.4	1	1.28	0.84	A49	0.73	0.2	1	1	0.73
A25	0.66	0.2	1.2	0.71	0.69	A50	1.13	1	2	1.42	1.39

Fuente: Datos recopilados por el autor mediante la aplicación del instrumento Índice de reactividad al estrés propuesto por González de Rivera en 1990.  
IRE = Índice de reactividad al estrés.

#### CUADRO N°- 4

Matriz general correspondiente a los índices de reactividad al estrés en sus diferentes dimensiones presentada por los pacientes con disfunción dolorosa de la ATM.

Paciente	Vegetativo	Emocional	Cognitivo	Conductual	IRE Total	Paciente	Vegetativo	Emocional	Cognitivo	Conductual	IRE Total
B1	0.93	2.4	1	1	1.33	B26	1.8	2.2	2	1.86	1.97
B2	2.6	2.2	2.4	2.86	2.52	B27	1.13	1.4	1.8	1.43	1.44
B3	1	1.2	0.8	0.29	0.82	B28	0.6	1.8	1.4	0.86	1.17
B4	0.9	1	1.2	0.8	0.98	B29	1.2	1.6	1.6	1.71	1.53
B5	3	3.6	2.8	2.7	3.03	B30	1.13	2.4	2.2	2	1.93
B6	1.6	1.6	1.6	1.2	1.5	B31	1.67	2.6	2.2	2.14	2.15
B7	0.66	0.8	0.4	0.42	0.57	B32	1.07	1.2	1.2	1.14	1.15
B8	1.07	1	0.4	0.42	0.72	B33	1	1.4	1.8	1.86	1.52
B9	0.6	1.2	1.4	1	1.05	B34	0.6	0.8	1	1.71	1.03
B10	0.6	0.2	0.4	0.71	0.48	B35	0.87	1.4	1.2	1.29	1.19
B11	1.6	2.4	2.4	1.4	1.95	B36	1.27	1.6	1.8	1.43	1.53
B12	1.06	2.6	2.2	1.5	1.84	B37	2	2.2	2.2	1.86	2.07
B13	1.4	1.8	2.6	1.8	1.9	B38	0.6	1.4	1.4	1.29	1.17
B14	1.53	2	2.4	1.8	1.93	B39	0.87	0.6	0.8	0.71	0.75
B15	1.6	1.2	2.2	1.57	1.64	B40	1	2.2	2.8	1.86	1.97
B16	1.66	2.2	1.2	1.57	1.66	B41	1.27	1.2	2.6	0.57	1.41
B17	1.4	2.2	1.4	1.71	1.68	B42	1.07	1.4	2.6	0.71	1.45
B18	0.2	1.8	2.2	2	1.55	B43	0.87	0.6	2.2	1.43	1.28
B19	0.6	0.8	0.4	0.57	0.59	B44	1.27	2.4	2.4	1.71	1.95
B20	2.07	1.8	1.4	1.57	1.71	B45	0.6	0.6	0.8	0.86	0.72
B21	1.33	1.4	1	0.86	1.15	B46	0.8	1.8	1.6	1.29	1.37
B22	1.13	1	0.8	1.29	1.06	B47	1.07	1.2	1.4	1.71	1.35
B23	1.33	1.8	3.4	1.29	1.96	B48	1.13	1.8	2.2	1.43	1.64
B24	2	2.6	2.2	2.14	2.24	B49	1.4	2.4	2.6	2.57	2.24
B25	1.67	2.2	2.6	1.86	2.08	B50	2	2.2	2.2	2.14	2.14

Fuente: Datos recopilados por el autor mediante la aplicación del instrumento Índice de reactividad al estrés propuesto por González de Rivera en 1990.

IRE = Índice de reactividad al estrés.

### CUADRO N°- 5

Matriz general correspondiente al sexo, grupo normativo y síntomas de psicopatología presentada por los pacientes del grupo control.

Paciente	Sexo	Grupo	SOM	PC	T	OBS	PC	T	INT	PC	T	DEP	PC	T	ANS	PC	T	HOS	PC	T
A1	Femenino	1	0.25	25	43	0.1	15	40	0	5	34	0	5	34	0	5	34	0	5	34
A2	Femenino	3	0.91	70	55	0.2	20	42	0.11	20	42	0.46	30	45	0.3	30	45	0.16	35	46
A3	Femenino	1	0.16	20	42	0.7	65	54	0.44	55	51	0.46	30	45	0.3	30	45	0	5	34
A4	Femenino	1	0.16	20	42	0.7	65	54	0.44	55	51	0.46	30	45	0.3	30	45	0	5	34
A5	Masculino	2	0.58	30	45	0.6	30	45	0.44	30	45	0.53	25	43	0.7	50	50	0.66	55	51
A6	Masculino	1	0.16	35	46	0.8	75	57	0.44	55	51	0.23	25	43	0.1	15	40	0	5	34
A7	Masculino	2	0.66	35	46	1.4	70	55	0.44	30	45	1	50	50	0.7	50	50	0.66	55	51
A8	Masculino	1	0.25	45	49	0.3	30	45	0	5	34	0	5	34	0	5	34	0	5	34
A9	Masculino	2	0.41	25	43	0.7	35	46	0.44	30	45	0.53	25	43	1	60	53	0.16	20	42
A10	Femenino	2	0.83	40	47	1.8	80	58	1.22	65	54	0.92	45	49	1	60	53	0.33	30	45
A11	Femenino	1	0.75	60	53	0.5	50	50	0.44	55	51	0.61	40	47	0.7	70	55	0.16	35	46
A12	Masculino	3	0.33	15	40	0.6	30	45	1	55	51	0.3	5	34	0.4	20	42	2.16	85	60
A13	Femenino	1	0.3	35	46	0.3	30	45	0.5	65	54	1.07	70	55	0.2	25	43	1	85	60
A14	Femenino	2	0.83	40	47	1.2	60	53	0.33	25	43	0.53	25	43	0.9	55	51	0.33	30	45
A15	Masculino	1	0.25	45	49	0.3	30	45	0.33	45	49	0.15	10	37	0.6	75	57	2.33	99	75
A16	Masculino	2	0.42	25	43	0.3	15	40	0.22	20	42	0.23	15	40	0.3	20	42	0.17	20	42
A17	Femenino	3	0.42	10	37	0.5	10	37	0.56	10	37	0.54	5	34	2.5	75	57	1	50	50
A18	Femenino	1	0.42	65	54	0.2	15	40	0.11	20	42	0.46	45	49	0.3	45	49	0.16	35	46
A19	Femenino	1	0.1	20	42	0.7	10	37	0.44	55	51	0.46	45	49	0.3	45	49	0	5	34
A20	Masculino	2	0.5	30	45	0.5	25	43	0.33	25	43	0.53	25	43	0.7	40	47	0.66	55	51
A21	Femenino	1	0.25	25	43	0.9	75	57	0.66	70	55	0.23	15	40	0.2	25	43	0.16	35	46
A22	Femenino	1	0.66	55	51	1	80	58	0.44	55	51	0.7	50	50	0.8	75	57	0.66	70	55
A23	Femenino	1	0.17	20	42	0.4	40	47	0.33	45	49	0.08	5	34	0.1	15	40	0.17	35	46
A24	Femenino	3	0.25	5	34	0.7	15	40	0.56	10	37	0.46	5	34	1.1	25	43	0.33	20	42
A25	Femenino	2	0.75	40	47	1.4	70	55	1	55	51	0.92	45	49	0.9	55	51	0.33	30	45
A26	Masculino	1	0.5	70	57	0.5	50	50	0.44	55	51	0.61	60	53	0.5	65	54	0.16	35	46
A27	Masculino	3	0.25	10	37	0.4	20	42	0.78	45	49	0.3	5	34	0.4	20	42	1.5	70	55
A28	Femenino	1	0.25	25	43	0.3	30	45	0.5	65	54	0.92	60	53	0.2	25	43	0.67	70	55
A29	Femenino	2	0.75	40	47	1	50	50	0.33	25	43	0.53	25	43	0.9	55	51	0.33	30	45
A30	Femenino	1	0.17	20	42	0.3	30	45	0.33	45	49	0.15	10	37	0.4	45	49	1.5	90	63
A31	Femenino	2	0.33	20	42	0.2	10	37	0.44	30	45	0.23	15	40	0.5	30	45	1.67	85	60
A32	Masculino	2	0.67	35	46	0.9	50	50	0.44	30	45	0.62	30	45	1	60	53	0.5	45	49
A33	Masculino	2	0.33	20	42	0.4	20	42	0.67	40	47	1	50	50	0.3	20	42	0.83	60	53
A34	Masculino	2	0.33	20	42	0.5	25	43	0.89	50	50	0.5	25	43	0.5	30	45	1.67	85	60
A35	Femenino	1	0.58	50	50	0.6	55	51	0.56	65	54	0.69	45	49	0.6	60	53	0.33	45	49
A36	Masculino	3	0.83	35	46	1.3	50	50	1.11	55	51	1	35	46	1	45	49	0.5	40	47
A37	Masculino	3	0.33	15	40	0.8	35	46	0.67	40	47	0.54	20	42	1.2	50	50	0.5	40	47
A38	Femenino	1	0.25	25	43	0.5	50	50	0.44	55	51	0.15	10	37	0.2	25	43	0.33	45	49
A39	Masculino	3	0.58	25	43	0.7	30	45	0.56	30	45	0.62	20	42	0.5	25	43	1.17	60	53
A40	Femenino	1	0.33	35	46	0.6	55	51	0.44	55	51	0.54	35	46	0.4	45	49	0.33	45	49
A41	Femenino	1	0.58	50	50	0.3	30	45	0.33	45	49	0.38	25	43	0.4	45	49	0.5	60	53
A42	Masculino	3	0.33	15	40	0.4	20	42	0.78	45	49	0.38	10	37	2.3	85	60	0.83	55	51
A43	Femenino	1	0.33	35	46	0.2	20	42	0.11	20	42	0.15	10	37	0.2	25	43	0.33	45	49
A44	Masculino	3	0.58	25	43	1.3	50	50	0.78	45	49	0.77	30	45	0.7	30	45	1.33	65	54
A45	Masculino	1	0.42	65	54	0.4	40	47	0.67	75	57	0.85	75	57	0.3	45	49	1.17	90	63
A46	Femenino	2	0.92	45	49	0.9	50	50	0.44	30	45	0.62	30	45	0.8	50	50	0.5	45	49
A47	Masculino	3	0.33	15	40	0.5	25	43	0.56	30	45	0.07	5	34	0.3	15	40	1.67	75	57
A48	Masculino	1	0.33	60	53	0.5	50	50	0.44	55	51	0.15	10	37	0.2	30	45	0.33	55	51
A49	Femenino	1	0.33	35	46	0.7	65	54	0.89	80	58	0.31	20	42	0.3	30	45	0.5	60	53
A50	Femenino	2	0.75	40	47	0.9	50	50	0.56	35	46	0.77	40	47	0.9	55	51	0.83	60	53

Fuente: Datos recopilados por el autor mediante la aplicación del instrumento test SCL-90-R Puntuaciones T y centiles según tabla de baremo de población general no clínica (1), disfunción psicósomática temporo-mandibular (2) y muestra psiquiátrica (3).

**CONTINUACION CUADRO N°- 5**

Matriz general correspondiente al sexo, grupo normativo y síntomas de psicopatología presentada por los pacientes del grupo control.

Paciente	Sexo	Grupo	FOB	PC	T	PAR	PC	T	PSI	PC	T	ADI	ISG	PC	T	TSP	PC	T	IMP	PC	T
A1	Femenino	1	0.42	70	55	0	5	34	0	5	34	0.14	0.08	5	34	8	10	37	1	5	34
A2	Femenino	3	2.42	85	60	1.33	55	51	0.6	40	47	2.28	1.61	50	50	57	50	50	2.85	65	54
A3	Femenino	1	0.42	70	55	0	5	34	0.1	45	49	1	0.37	35	46	26	45	49	1.3	15	40
A4	Femenino	1	0	5	34	0.5	60	53	0.3	70	55	0.28	0.33	30	45	30	55	51	0.96	5	34
A5	Masculino	2	0.14	40	47	0.5	40	47	0.5	65	54	0.57	0.53	30	45	41	50	50	1.17	10	37
A6	Masculino	1	0	5	34	0.5	55	51	0	5	34	0.28	0.25	30	45	15	30	45	1.53	45	49
A7	Masculino	2	0.28	45	49	0.66	45	49	0.3	45	49	0.12	0.74	40	47	41	50	50	1.6	35	46
A8	Masculino	1	0	5	34	0	5	34	0	5	34	0.14	0.07	5	34	5	5	34	1.4	35	46
A9	Masculino	2	0.85	80	58	0.33	30	45	0.4	55	51	0.28	0.53	30	45	29	25	43	1.72	45	49
A10	Femenino	2	0.28	45	49	1.16	65	54	0.8	75	57	0.57	0.94	60	53	64	85	60	1.32	20	42
A11	Femenino	1	0	5	34	0	5	34	0.1	45	49	0.28	0.43	40	47	30	55	51	1.26	15	40
A12	Masculino	3	0.14	25	43	2	75	57	0.3	35	46	0.85	0.68	30	45	36	30	45	1.72	30	45
A13	Femenino	1	0.14	45	49	0.5	60	53	0.1	45	49	0.14	0.44	40	47	28	50	50	1.42	25	43
A14	Femenino	2	0.14	40	47	0.5	40	47	0.3	45	49	0.85	0.62	35	46	45	60	53	1.2	15	40
A15	Masculino	1	0	5	34	0.5	55	51	0	5	34	0.28	0.4	55	51	22	55	51	1.5	40	47
A16	Masculino	2	0.42	60	53	0.5	40	47	0.1	85	60	0.14	0.28	15	40	21	20	42	1.19	15	40
A17	Femenino	3	0.86	50	50	0.67	25	43	0.6	40	47	0.57	0.84	15	40	42	25	43	1.81	15	40
A18	Femenino	1	0.42	80	58	0	5	34	0.1	45	49	1	0.31	40	47	23	55	51	1.22	20	42
A19	Femenino	1	0	5	34	0.5	55	51	0.3	75	57	0.28	0.32	40	47	29	70	55	1	5	34
A20	Masculino	2	0.43	60	53	0.5	40	47	0.5	65	54	0.57	0.52	30	45	41	50	50	1.15	10	37
A21	Femenino	1	0.14	45	49	0.5	60	53	0	5	34	0.28	0.32	30	45	21	35	46	1.4	25	43
A22	Femenino	1	0.43	70	55	0.66	70	55	0.3	70	55	0.12	0.67	70	55	43	85	60	1.4	25	43
A23	Femenino	1	0.29	60	53	0.17	30	45	0.1	45	49	0.14	0.19	15	40	14	20	42	1.21	10	37
A24	Femenino	3	1	55	51	1.5	60	53	0.4	30	45	0.28	0.58	10	37	33	15	40	1.58	5	34
A25	Femenino	2	0.28	45	49	0.83	55	51	0.8	75	57	0.57	0.83	50	50	62	85	60	1.21	15	40
A26	Masculino	1	0.29	70	55	0.33	40	47	0.1	45	49	0.28	0.39	50	50	31	75	57	1.13	10	37
A27	Masculino	3	0.29	35	46	1.33	60	53	0.3	25	43	0.85	0.56	25	43	36	30	45	1.39	10	37
A28	Femenino	1	0.43	70	55	0.5	55	53	0.1	45	49	0.14	0.41	40	47	28	50	50	1.32	20	42
A29	Femenino	2	0.29	45	49	0.5	40	47	0.3	45	49	0.85	0.6	30	45	45	60	53	1.2	15	40
A30	Femenino	1	0.43	70	55	0.5	60	53	0.3	70	55	0.28	0.37	35	46	26	45	49	1.31	15	40
A31	Femenino	2	0.57	60	53	0.67	45	49	0.4	55	51	0.43	0.48	25	43	26	25	43	1.65	35	46
A32	Masculino	2	0.43	60	53	0.67	45	49	1.4	90	63	1	0.67	35	46	45	60	53	1.33	20	42
A33	Masculino	2	0.57	60	53	0.67	45	49	0.2	35	46	0.28	0.52	30	45	28	25	43	1.68	40	47
A34	Masculino	2	0.43	60	53	1.5	80	58	0.4	55	51	1.14	0.68	35	46	36	35	46	1.69	40	47
A35	Femenino	1	0.43	70	55	0.5	60	53	0.2	60	53	0.43	0.51	50	50	31	60	53	1.48	30	45
A36	Masculino	3	0.43	40	47	1	55	51	0.9	55	51	0.71	0.98	40	47	62	70	55	1.42	15	40
A37	Masculino	3	1.14	70	55	0.67	40	47	0.5	40	47	0.43	0.67	30	45	33	25	43	1.32	10	37
A38	Femenino	1	0.43	70	55	0.33	50	50	0.2	60	53	0.29	0.27	25	43	14	20	42	1.71	50	50
A39	Masculino	3	0.71	55	51	0.83	50	50	0.7	50	50	0.71	0.68	35	46	41	40	47	1.49	20	42
A40	Femenino	1	0.43	70	55	0.67	70	55	0.4	80	58	0.43	0.46	45	49	29	55	51	1.95	65	54
A41	Femenino	1	0.57	80	58	0.33	50	50	0.2	60	53	0.86	0.43	40	47	23	40	47	1.7	45	49
A42	Masculino	3	0.71	55	51	1	55	51	0.7	50	50	2.14	0.9	35	46	57	65	54	1.42	15	40
A43	Femenino	1	0.29	60	53	0.17	30	45	0.2	60	53	0.29	0.22	15	40	21	35	46	0.95	5	34
A44	Masculino	3	0.43	40	47	0.67	40	47	0.9	55	51	0.71	0.81	35	46	64	75	57	1.41	15	40
A45	Masculino	1	0.29	70	55	0.67	70	55	0.3	75	57	0.29	0.52	70	55	28	70	55	1.68	55	51
A46	Femenino	2	0.43	60	53	0.67	45	49	0.4	55	51	0.71	0.66	35	46	45	60	53	1.31	20	42
A47	Masculino	3	0.58	40	47	0.67	40	47	0.5	40	47	0.43	0.49	20	42	27	20	42	1.63	25	43
A48	Masculino	1	0.43	80	58	0.33	40	47	0.2	60	53	0.43	0.32	40	47	16	35	46	1.81	65	54
A49	Femenino	1	0.29	60	53	0.67	70	55	0.2	60	53	0.43	0.44	40	47	21	30	46	1.9	65	54
A50	Femenino	2	0.14	40	47	0.83	55	51	0.83	80	58	1.29	0.74	40	47	43	55	51	1.56	30	45

Fuente: Datos recopilados por el autor mediante la aplicación del instrumento test SCL-90-R Puntuaciones T y centiles según tabla de baremo de población general no clínica (1), disfunción psicósomática temporo-mandibular (2) y muestra psiquiátrica (3).



### CUADRO N°- 6

Matriz general correspondiente al sexo, grupo normativo y síntomas de psicopatología presentada por los pacientes del grupo con disfunción dolorosa de la ATM.

Paciente	Sexo	Grupo	SOM	PC	T	OBS	PC	T	INT	PC	T	DEP	PC	T	ANS	PC	T	HOS	PC	T
B1	Femenino	2	0.92	50	50	1.1	55	51	1	55	51	1	50	50	0.7	50	50	0.67	55	51
B2	Femenino	3	2.92	85	60	2.3	65	54	1.67	60	53	2.69	75	57	1.9	60	53	2.67	85	60
B3	Masculino	3	1.25	55	51	1.7	70	55	1.56	65	54	1.85	65	54	0.9	40	47	2.17	85	60
B4	Femenino	2	0.83	40	47	1.3	65	54	0.56	35	46	1.23	60	53	1.1	65	54	0.83	60	53
B5	Femenino	3	2.33	70	55	2	60	53	2.44	85	60	2.38	60	53	2.3	70	55	1.83	75	57
B6	Femenino	3	0.83	15	40	2	60	53	1.78	65	54	2.31	55	51	1.2	30	45	0.67	35	46
B7	Masculino	1	0.5	70	55	0.3	30	45	0.33	45	49	0.46	45	49	0.1	10	37	0.5	70	55
B8	Femenino	3	1.67	40	47	2.1	60	53	2.56	85	60	2.23	50	50	2.1	65	54	1.33	60	53
B9	Femenino	3	0.17	5	34	1.3	30	45	0.33	10	37	1.85	40	47	1.2	30	45	1.83	75	57
B10	Femenino	1	1.25	80	58	0.4	40	47	0.33	45	49	1.08	70	55	0.5	55	51	0.5	5	34
B11	Femenino	3	0.33	5	34	1	20	42	1.11	55	51	1.62	30	45	0.9	25	43	3.17	90	63
B12	Femenino	3	1.58	40	47	1.2	30	45	1.44	35	46	1.85	40	47	1.9	60	53	1.67	70	55
B13	Masculino	3	0.92	40	47	2	75	57	1.8	70	55	2.15	70	55	1.1	45	49	0.17	20	42
B14	Femenino	3	1.58	40	47	2	60	53	2.22	80	58	2.85	80	58	1.6	50	50	0	5	34
B15	Masculino	3	1.08	45	49	2.1	75	57	1.67	70	55	1.85	65	54	1.2	50	50	0.83	55	51
B16	Femenino	3	0.42	10	37	1.8	50	50	1.22	45	49	1.31	25	43	1.4	40	47	1.18	55	51
B17	Femenino	3	1.5	35	46	1.6	45	49	1.33	50	50	1.08	20	42	0.8	20	42	0.83	45	49
B18	Femenino	3	0.83	15	40	2.1	60	53	0.22	5	34	1.15	20	42	0.9	20	42	1	50	50
B19	Femenino	1	0.08	15	40	0.5	50	50	0.44	55	51	0.46	30	45	0.1	15	40	0	5	34
B20	Femenino	3	2.5	70	55	1.7	50	50	2.33	80	58	2.31	55	51	2.3	70	55	2.17	75	57
B21	Femenino	2	1	50	50	0.8	40	47	0.56	35	46	1.31	65	54	0.9	55	51	1.17	75	57
B22	Femenino	1	0.83	65	54	0.9	75	57	0.44	55	51	0.69	45	49	0.2	25	43	0.67	70	55
B23	Femenino	3	0.42	10	37	1.4	35	46	2.22	80	58	2.08	45	49	1.8	55	51	1.83	70	55
B24	Masculino	3	0.75	30	45	1.7	70	55	1.11	55	51	1.84	65	54	0.9	40	47	2.16	85	60
B25	Masculino	3	1.75	75	57	2	75	57	1.22	60	53	1.46	45	49	1.6	65	54	1.17	60	53
B26	Masculino	3	1.67	75	57	1.8	70	55	1.33	60	53	1.15	40	47	1	45	49	0.83	55	51
B27	Femenino	3	1.08	20	42	2.4	70	55	1.44	55	51	1.85	40	47	1.1	25	43	1.67	70	55
B28	Femenino	2	0.83	40	47	0.5	25	43	1.33	70	55	0.46	25	43	0.1	10	37	0	5	34
B29	Masculino	3	2.58	90	63	1.7	70	55	2.78	85	60	2.31	75	57	2.3	85	60	2.17	85	60
B30	Masculino	3	1.5	65	54	1.6	65	54	1.5	65	54	2	70	55	1.5	60	53	1.33	65	54
B31	Femenino	3	1.33	30	45	1.8	50	50	1	30	45	0.92	15	40	1.1	25	43	1.5	65	54
B32	Femenino	3	1.67	45	49	2	55	51	2.44	85	60	2.23	50	50	2	60	53	2	75	57
B33	Femenino	3	1.08	20	42	2.2	60	53	1.44	55	51	2	40	47	1.1	25	43	2.17	75	57
B34	Femenino	3	1.83	50	50	1.1	25	43	2.33	80	58	1	20	42	0.7	15	40	1.17	55	51
B35	Masculino	3	2.92	97	70	2.3	80	58	2.56	85	60	2.69	85	60	2.3	85	60	2.66	90	63
B36	Femenino	3	1.67	45	49	1.7	50	50	2.22	80	58	2.15	45	49	0.9	20	42	2.33	80	58
B37	Femenino	3	1.42	35	46	1.8	50	50	0.55	10	37	1.23	20	42	1.1	25	43	0.83	45	49
B38	Femenino	3	2.58	75	57	2	55	51	2.7	85	60	2.38	60	53	2.3	70	55	2	75	57
B39	Femenino	3	1.42	35	46	2	55	51	2.33	80	58	2.3	55	51	1.2	30	45	1	50	50
B40	Femenino	3	1.17	25	43	1.2	30	45	2	70	55	0.54	5	34	1	25	43	1.17	55	51
B41	Femenino	3	2.08	60	53	2.1	60	53	2.78	85	60	2.23	50	50	2.1	65	54	1.33	60	53
B42	Femenino	3	1.5	35	46	1.3	30	45	1.89	65	54	1.84	40	47	1.2	30	45	1.83	70	55
B43	Masculino	3	1.83	80	58	1.6	65	54	1.89	75	57	1.07	35	46	0.5	25	43	1	60	53
B44	Femenino	3	1.67	45	49	1	20	42	2.33	80	58	2	40	47	0.9	20	42	3.1	90	63
B45	Femenino	3	1.92	55	51	2.2	60	53	1.78	65	54	1.84	40	47	1.9	60	53	1.16	55	51
B46	Masculino	3	1.58	70	55	2	75	57	1.8	70	55	2.15	70	55	1.1	45	49	0.16	20	42
B47	Masculino	3	1.83	75	57	2.2	75	57	2.33	80	58	2.84	90	63	1.7	65	54	1.17	60	53
B48	Femenino	3	1.92	55	51	2.1	60	53	1.66	60	53	1.84	40	47	1.2	30	45	1.17	55	51
B49	Femenino	3	1.83	50	50	1.1	25	43	2.33	80	58	1	15	40	0.7	15	40	1.17	55	51
B50	Femenino	3	3.17	90	63	2.3	65	54	2.56	85	60	2.69	75	57	2.3	70	55	2.66	85	60

Fuente: Datos recopilados por el autor mediante la aplicación del instrumento test SCL-90-R Puntuaciones T y centiles según tabla de baremo de población general no clínica (1), disfunción psicósomática temporo-mandibular (2) y muestra psiquiátrica (3).

### CONTINUACION CUADRO N°- 6

Matriz general correspondiente al sexo, grupo normativo y síntomas de psicopatología presentada por los pacientes del grupo con disfunción dolorosa de la ATM.

Paciente	Sexo	Grupo	FOB	PC	T	PAR	PC	T	PSI	PC	T	ADI	ISG	PC	T	TSP	PC	T	IMP	PC	T
B1	Femenino	2	0	5	34	1.5	80	58	0.3	45	49	1.14	0.83	50	50	42	50	50	1.79	40	47
B2	Femenino	3	1.14	60	53	2.5	85	60	2.6	90	63	2.14	2.3	80	58	88	97	70	2.35	40	47
B3	Masculino	3	0.14	25	43	1.33	60	53	1.3	65	54	1.57	1.38	65	54	62	70	55	2	45	49
B4	Femenino	2	0.29	45	49	0.5	40	47	0.4	55	51	1.29	0.86	55	51	41	50	50	1.89	55	51
B5	Femenino	3	2.14	80	58	2.67	85	60	2.3	85	60	2.43	2.28	75	57	88	97	70	2.33	40	47
B6	Femenino	3	0.57	35	46	2.67	85	60	1.7	75	57	2.14	1.6	50	50	65	60	53	2.22	30	45
B7	Masculino	1	0	5	34	0.5	55	51	0.1	45	49	0.29	0.31	40	47	69	99	75	0.4	5	34
B8	Femenino	3	1.71	75	57	2.5	85	60	2.2	85	60	2.29	2.07	75	57	89	99	75	2.09	25	43
B9	Femenino	3	1	55	51	0.33	15	40	0.6	40	47	1.57	1.01	25	43	42	25	43	2.16	30	45
B10	Femenino	1	0	5	34	0.67	70	55	0.2	60	53	1.14	0.64	65	54	38	80	58	1.52	30	45
B11	Femenino	3	0	5	34	2.83	85	60	1.3	65	54	2.43	1.3	35	46	45	30	45	2.6	55	51
B12	Femenino	3	1.71	75	57	2.5	85	60	1.1	30	45	1.86	1.57	50	50	55	45	49	2.57	55	51
B13	Masculino	3	0.86	65	54	1.67	65	54	1.7	75	57	2.29	2.06	80	58	64	75	57	2.9	55	51
B14	Femenino	3	1.71	75	57	1.83	70	55	1.4	70	55	2.29	1.83	70	55	68	80	58	2.42	40	47
B15	Masculino	3	0.43	40	47	1.5	65	54	1.4	70	55	2.71	1.5	70	55	50	60	55	2.7	80	58
B16	Femenino	3	0.29	25	43	1.67	65	54	1.1	60	53	1	1.26	35	46	67	65	54	1.69	10	37
B17	Femenino	3	0.71	45	49	1	40	47	0.6	40	47	1.71	1.13	30	45	35	15	40	2.91	65	54
B18	Femenino	3	0.57	35	46	0.33	15	40	0.6	40	47	0.29	0.84	15	40	28	10	37	2.7	60	53
B19	Femenino	1	0.71	85	60	0	5	34	0.1	45	49	0.29	0.27	25	43	19	30	45	1.28	15	40
B20	Femenino	3	2.29	80	58	2	70	55	2.2	85	60	2.14	2.19	75	57	90	99	75	2.19	35	46
B21	Femenino	2	0.29	45	49	0.67	45	49	0.2	35	46	1.29	0.83	50	50	47	60	53	1.59	35	46
B22	Femenino	1	0	5	34	0.83	80	58	0.2	60	53	1.14	0.42	40	47	33	65	54	1.15	10	37
B23	Femenino	3	2.14	80	58	1.17	45	49	1.1	60	53	2.14	1.57	50	50	59	50	50	2.39	45	49
B24	Masculino	3	0.86	65	54	1.66	70	55	0.8	55	51	2.14	1.34	60	53	58	70	55	2.09	50	50
B25	Masculino	3	0.71	55	51	2.17	80	58	1.1	60	53	1	1.47	70	55	70	80	58	1.89	40	47
B26	Masculino	3	0.71	55	51	1.17	60	53	0.6	45	49	2.29	1.32	60	53	71	80	58	1.68	30	45
B27	Femenino	3	1.14	60	53	1	40	47	0.6	40	47	0.29	1.3	35	46	46	30	45	2.54	50	50
B28	Femenino	2	0.86	80	58	0	5	34	0.1	20	42	0.29	0.49	25	43	29	25	43	1.52	30	45
B29	Masculino	3	2.29	90	63	2	75	57	2.2	85	60	2.14	2.22	85	60	90	99	75	2.22	55	51
B30	Masculino	3	1.57	80	58	1.5	65	54	0.7	50	50	1.57	1.51	70	55	77	90	63	1.77	35	46
B31	Femenino	3	0.86	50	50	1.67	65	54	0.2	15	40	1.86	1.19	30	45	58	50	50	1.84	15	40
B32	Femenino	3	2.43	85	60	1.83	70	55	1.1	60	53	2.43	1.94	65	54	71	75	57	2.46	50	50
B33	Femenino	3	1	55	51	2	70	55	1	55	51	2.43	1.6	50	50	70	75	57	2.06	25	43
B34	Femenino	3	0	5	34	1.5	60	53	0.3	25	43	1.14	1.12	30	45	50	40	47	2.02	25	43
B35	Masculino	3	1.14	70	55	2.5	85	60	2.6	90	63	2.29	2.49	90	63	89	99	75	2.52	70	55
B36	Femenino	3	0.29	25	43	1.33	55	51	1.3	65	54	1.86	1.6	50	50	71	75	57	2.03	25	43
B37	Femenino	3	1	55	51	0.5	20	42	0.5	30	45	1.57	1.11	30	45	52	40	47	1.92	20	42
B38	Femenino	3	2.14	80	58	2.66	85	60	2.3	85	60	2.57	2.37	80	58	88	97	70	2.42	45	49
B39	Femenino	3	0.57	35	46	2.66	85	60	1.7	75	57	2.29	1.77	60	53	73	80	58	2.19	35	46
B40	Femenino	3	1	55	51	0.5	20	42	0.1	10	37	1.44	0.97	20	42	53	40	47	1.64	5	34
B41	Femenino	3	2.14	80	58	2.5	85	60	2.2	85	60	2.28	2.17	75	57	90	99	75	2.17	35	46
B42	Femenino	3	1.57	75	57	1	40	47	0.6	40	47	1.57	1.43	40	47	59	50	50	2.19	35	46
B43	Masculino	3	1.86	85	60	0.66	35	47	0.2	25	43	1.14	1.18	55	51	63	75	57	1.68	30	45
B44	Femenino	3	1	55	51	2.8	85	60	1.3	65	54	2.57	1.8	60	53	70	75	57	2.31	40	47
B45	Femenino	3	2	80	58	2.5	85	60	1.1	60	53	2.14	2.24	80	58	72	80	58	2.81	60	53
B46	Masculino	3	0.85	65	54	1.6	65	54	1.7	75	57	2.43	1.61	75	57	70	80	58	2.07	50	50
B47	Masculino	3	1.71	80	58	1.83	70	55	1.4	70	55	2.43	2.01	80	58	77	90	63	2.35	60	53
B48	Femenino	3	0.86	50	50	1.5	60	53	1.4	70	55	2.71	1.67	55	51	49	40	47	3.06	75	57
B49	Femenino	3	1	55	51	1.5	60	53	0.3	25	43	1.14	1.17	30	45	53	40	47	1.98	25	43
B50	Femenino	3	1.14	60	53	2.5	85	60	2.6	90	63	2.29	2.53	85	60	90	99	75	2.53	55	51

Fuente: Datos recopilados por el autor mediante la aplicación del instrumento test SCL-90-R Puntuaciones T y centiles según tabla de baremo de población general no clínica (1), disfunción psicósomática temporo-mandibular (2) y muestra psiquiátrica (3).

**CUADRO N°- 7**

Matriz general correspondiente a los rasgos de la personalidad en las dimensiones del temperamento presentada por los pacientes del grupo control.

Paciente	TEMPERAMENTO																			
	BN	BN1	BN2	BN3	BN4	ED	ED1	ED2	ED3	ED4	DR	DR1	DR2	DR3	DR4	P	P1	P2	P3	P4
A1	92	34	21	26	11	86	28	24	15	19	109	30	31	22	26	101	21	28	28	24
A2	88	22	18	37	11	111	33	28	23	27	102	33	32	21	16	115	31	34	33	17
A3	94	34	19	26	15	87	21	23	15	28	112	28	38	20	26	94	29	23	24	18
A4	74	26	8	25	15	89	22	23	27	17	108	27	36	17	28	83	17	34	22	10
A5	85	26	19	23	17	92	31	24	17	20	102	33	34	16	19	116	28	30	29	29
A6	87	30	11	26	20	79	23	21	16	19	90	22	26	25	17	123	23	31	37	32
A7	94	35	22	24	13	76	26	18	17	15	103	30	37	18	18	134	35	31	37	31
A8	97	35	18	31	13	51	16	13	7	15	125	28	48	28	21	125	30	33	30	32
A9	77	21	23	13	20	107	31	24	23	29	80	25	21	13	21	65	16	12	23	14
A10	91	31	22	21	17	91	28	22	21	20	94	29	32	17	16	129	35	31	36	27
A11	97	34	26	18	19	89	30	19	21	19	91	26	32	17	16	130	35	32	38	25
A12	86	32	20	19	15	92	36	17	19	20	99	23	37	20	19	131	34	30	36	31
A13	100	27	24	29	20	105	34	23	23	25	91	25	32	16	18	102	25	23	30	24
A14	100	38	23	24	15	81	27	21	16	17	95	30	36	15	14	132	36	33	33	30
A15	126	37	31	31	27	70	25	13	14	18	95	24	37	21	13	126	35	30	34	27
A16	92	36	19	26	11	82	19	26	15	22	121	30	39	26	26	105	23	28	30	24
A17	101	29	21	34	17	97	19	26	21	31	123	33	39	25	26	117	29	34	33	21
A18	98	35	20	27	16	87	20	24	16	27	120	29	41	24	26	100	29	25	26	20
A19	107	27	9	26	15	91	21	24	28	18	111	28	37	18	28	85	18	33	23	11
A20	90	27	20	25	18	97	32	25	18	22	107	34	36	18	19	121	29	31	31	30
A21	85	29	10	27	19	75	22	20	15	18	87	21	25	24	17	119	22	30	36	31
A22	96	34	23	25	14	80	27	19	18	16	106	31	38	19	18	138	36	32	38	32
A23	101	36	19	32	14	55	17	14	8	16	128	29	49	29	21	129	31	34	31	33
A24	81	22	24	14	21	111	32	25	24	30	83	26	22	14	21	69	17	13	24	15
A25	95	32	23	22	18	97	30	23	22	22	97	30	33	18	16	133	36	32	37	28
A26	101	35	27	19	20	93	31	20	22	20	94	27	33	18	16	134	26	33	39	26
A27	90	33	21	20	16	96	37	18	20	21	96	24	39	22	19	135	35	31	37	32
A28	105	29	26	29	21	112	36	25	24	27	96	27	33	18	18	110	27	25	32	26
A29	106	39	24	27	16	88	28	22	19	19	103	31	39	19	14	137	37	34	35	31
A30	131	38	32	33	28	78	27	14	18	19	99	25	39	22	13	131	36	31	35	29
A31	125	36	31	30	28	81	29	16	18	18	101	26	38	21	16	130	36	30	34	30
A32	104	38	25	27	14	82	25	20	19	18	99	30	37	19	33	123	35	33	26	29
A33	100	27	25	28	20	103	33	24	20	26	90	25	30	17	18	103	25	23	32	23
A34	87	30	20	19	18	96	35	19	20	22	102	26	37	20	19	129	33	30	35	31
A35	96	34	25	18	19	88	30	19	20	19	93	25	30	18	20	127	34	30	38	25
A36	93	31	24	20	18	92	29	22	21	20	91	29	30	17	15	128	34	33	36	25
A37	79	21	23	15	20	105	30	24	23	28	79	25	20	15	19	73	18	14	25	16
A38	103	35	20	33	15	61	18	15	10	18	124	28	50	26	20	120	30	33	28	29
A39	94	28	19	27	20	103	33	27	20	23	109	35	37	18	19	121	29	32	31	29
A40	81	28	10	27	16	89	22	23	27	17	107	27	36	17	27	80	17	30	23	10
A41	94	34	19	26	15	83	19	23	15	26	116	28	40	23	25	96	28	24	25	19
A42	97	28	20	33	16	93	18	25	20	30	119	32	38	24	25	113	28	33	32	20
A43	87	35	18	24	10	78	18	25	14	21	117	29	38	25	25	101	22	27	28	23
A44	87	30	21	20	16	87	27	21	20	19	90	28	31	16	15	125	34	30	35	26
A45	100	27	25	28	20	104	34	23	22	25	88	25	30	16	17	105	25	24	31	25
A46	101	38	23	25	15	94	30	23	20	21	106	32	38	20	16	130	36	33	31	30
A47	135	39	33	34	29	82	29	15	19	19	100	27	40	21	12	128	35	30	34	28
A48	102	35	20	31	16	59	18	15	9	17	132	30	50	30	22	136	32	35	33	36
A49	84	27	11	29	17	79	23	21	16	19	83	20	24	23	16	115	21	29	35	30
A50	88	30	22	23	13	84	28	29	19	17	110	32	39	20	19	141	36	33	39	33

Fuente: Datos recopilados por el autor mediante la aplicación del instrumento test TCI-R.

**CUADRO N°- 8**

Matriz general correspondiente a los rasgos de la personalidad en las dimensiones del temperamento presentada por los pacientes con disfunción dolorosa de la ATM.

Paciente	TEMPERAMENTO																			
	BN	BN1	BN2	BN3	BN4	ED	ED1	ED2	ED3	ED4	DR	DR1	DR2	DR3	DR4	P	P1	P2	P3	P4
B1	81	24	21	22	14	120	36	28	28	28	84	27	23	13	21	89	28	19	21	21
B2	98	26	26	24	22	103	29	25	21	28	99	29	38	17	15	116	27	29	38	22
B3	102	32	24	29	17	112	38	26	21	27	107	32	39	17	19	94	23	22	27	22
B4	99	27	20	36	16	124	37	26	32	29	89	34	25	9	21	94	22	23	25	24
B5	90	24	22	26	18	127	38	28	21	30	78	31	16	13	18	92	25	23	22	22
B6	87	27	19	26	15	126	39	27	32	28	92	33	24	12	23	76	21	17	19	19
B7	88	24	23	24	17	95	29	23	22	21	82	24	29	13	16	119	31	29	33	26
B8	95	30	23	23	19	105	31	24	24	26	98	32	34	14	18	120	33	30	32	25
B9	79	28	17	22	12	96	22	28	17	29	95	31	33	14	17	136	38	32	29	37
B10	91	29	22	25	15	100	28	23	17	22	108	31	37	21	19	122	34	29	29	30
B11	121	32	32	38	19	82	30	18	16	18	100	25	35	26	14	128	36	30	36	26
B12	91	32	22	22	15	99	35	24	18	22	88	29	27	14	18	133	37	30	34	32
B13	72	23	19	19	11	131	37	32	31	31	70	21	19	11	19	76	17	18	20	21
B14	83	22	23	22	16	136	40	31	32	33	77	28	17	10	22	66	15	15	18	18
B15	113	28	29	39	17	102	34	23	19	26	92	28	33	15	16	105	43	25	24	22
B16	88	23	15	34	16	117	31	31	26	29	103	30	35	18	20	112	31	32	26	23
B17	108	36	22	33	17	106	28	26	25	27	102	32	32	19	19	118	31	29	33	25
B18	107	29	30	29	19	146	37	24	24	61	82	24	23	16	19	99	27	27	25	20
B19	107	36	26	26	19	103	27	30	22	24	108	25	38	24	21	119	29	32	33	25
B20	100	27	25	28	20	125	43	29	25	28	81	27	22	11	21	76	25	16	19	16
B21	100	33	24	26	17	102	28	26	20	28	99	25	32	25	17	103	24	27	26	26
B22	94	30	18	33	13	95	24	27	26	18	89	27	28	12	22	105	27	23	32	23
B23	84	25	27	20	12	111	25	32	25	29	89	31	31	9	18	116	34	29	28	25
B24	119	23	22	44	30	128	34	30	33	31	69	25	21	13	10	123	23	24	50	16
B25	87	22	15	34	16	121	32	32	27	30	103	30	35	18	20	111	30	32	26	23
B26	118	40	25	36	17	117	34	29	27	27	105	32	35	19	19	118	31	29	33	25
B27	110	29	31	31	19	156	39	27	27	63	85	25	24	17	19	96	26	26	23	21
B28	118	39	29	28	22	114	30	32	25	27	114	27	40	26	21	127	31	34	35	27
B29	100	27	25	28	20	130	44	31	26	29	81	27	22	11	21	76	25	16	19	16
B30	100	33	24	26	17	123	35	31	25	32	99	25	32	25	17	105	24	27	26	28
B31	101	31	22	34	14	105	27	30	29	19	93	27	28	12	26	107	28	24	32	23
B32	89	26	28	21	14	114	31	34	27	32	97	32	35	12	18	123	36	30	30	27
B33	121	26	21	44	30	132	35	31	34	32	75	26	24	15	10	122	22	25	50	25
B34	85	25	22	23	15	124	37	29	29	29	86	28	23	14	21	93	29	20	22	22
B35	102	27	27	25	23	107	30	26	22	29	102	30	39	18	15	120	28	30	39	23
B36	106	33	25	30	18	116	39	27	22	28	110	33	40	18	19	98	24	23	28	23
B37	105	29	22	37	17	129	38	27	33	31	92	35	26	10	21	98	23	24	26	25
B38	94	25	23	27	19	131	39	29	32	31	81	32	17	14	18	97	26	25	23	23
B39	92	29	20	27	16	130	40	28	33	29	95	34	25	13	23	81	23	18	20	20
B40	92	25	24	25	18	99	30	24	23	22	85	25	30	14	16	123	32	30	34	27
B41	101	32	24	24	21	109	32	25	25	27	102	33	36	15	18	125	34	15	34	26
B42	83	29	18	23	13	100	23	29	18	30	99	32	35	15	17	140	39	33	30	38
B43	99	32	23	27	17	103	31	27	21	24	108	31	37	21	19	122	34	29	29	30
B44	125	33	33	39	20	86	31	18	17	19	103	26	36	27	14	132	37	31	37	27
B45	95	33	23	23	16	103	35	25	19	23	91	30	28	15	18	137	28	35	35	33
B46	76	24	20	20	12	135	38	32	32	32	73	22	20	12	19	80	18	19	21	22
B47	87	23	24	23	17	140	41	32	33	34	80	29	18	11	22	71	16	16	19	19
B48	117	29	30	40	18	106	35	24	20	27	85	29	34	16	16	109	35	26	25	23
B49	85	25	22	23	15	125	37	30	29	29	86	28	23	14	21	93	29	20	22	22
B50	104	28	26	27	23	108	31	26	22	29	102	30	39	18	15	120	28	30	39	23

Fuente: Datos recopilados por el autor mediante la aplicación del instrumento test TCI-R.

**CUADRO N°- 9**

Matriz general correspondiente a los rasgos de la personalidad en las dimensiones del carácter presentada por los pacientes del grupo control.

Paciente	CARACTER															
	AD	AD1	AD2	AD3	AD4	AD5	C	C1	C2	C3	C4	C5	AT	AT1	AT2	AT3
A1	182	40	30	21	36	55	152	36	25	36	26	29	88	30	27	31
A2	133	26	18	16	27	46	128	35	24	25	18	26	50	25	11	14
A3	175	36	26	25	37	51	154	26	19	38	33	38	94	28	26	40
A4	185	40	21	23	50	51	169	40	21	40	32	36	98	34	24	40
A5	132	27	19	17	35	34	137	29	17	29	27	35	85	35	25	25
A6	174	40	29	23	39	43	143	34	16	27	30	36	58	29	13	16
A7	149	32	27	21	30	39	140	29	18	29	29	35	96	38	29	29
A8	190	40	30	25	40	55	172	40	19	37	35	41	69	29	21	19
A9	122	25	19	11	40	27	120	26	15	22	24	33	77	24	24	29
A10	136	30	22	18	28	38	125	27	17	28	24	29	86	36	25	25
A11	138	26	23	20	32	37	139	28	18	34	27	32	87	34	26	27
A12	139	29	24	17	35	34	127	25	15	29	28	30	80	31	23	26
A13	121	22	19	15	31	34	122	24	17	23	26	32	73	29	20	24
A14	138	26	26	19	31	36	140	31	19	27	31	32	94	38	29	27
A15	124	22	19	20	26	37	116	24	13	25	28	26	71	35	19	17
A16	180	36	26	21	46	51	162	32	25	38	30	37	88	30	27	31
A17	157	36	21	21	33	46	163	35	24	37	31	36	60	25	11	24
A18	176	35	25	24	44	48	152	25	20	37	32	38	92	28	24	40
A19	181	40	22	23	46	50	166	39	20	39	33	35	100	35	25	40
A20	137	28	20	18	36	35	142	30	18	30	28	36	88	36	26	26
A21	180	40	29	24	40	47	148	35	17	28	31	37	61	30	14	17
A22	153	33	27	22	31	40	144	30	19	30	30	35	99	39	30	30
A23	187	39	29	25	39	55	175	40	33	36	35	41	72	30	22	20
A24	126	26	20	11	41	28	121	25	14	24	25	33	81	26	25	30
A25	139	30	23	18	29	39	130	28	18	29	25	30	89	37	26	26
A26	142	27	24	21	32	38	144	29	19	35	28	33	90	35	27	28
A27	144	30	25	18	36	35	135	27	17	30	29	32	85	33	25	27
A28	130	25	21	15	33	36	127	25	19	24	27	32	80	32	23	25
A29	143	27	27	20	32	37	137	27	20	25	32	33	97	39	30	28
A30	132	23	21	21	28	39	121	25	16	25	28	27	78	37	21	20
A31	121	22	20	19	25	35	122	25	18	26	28	25	76	37	19	20
A32	138	25	25	19	33	36	134	26	20	23	31	34	91	35	28	28
A33	123	23	20	14	30	36	122	23	18	20	28	33	80	30	24	26
A34	138	28	24	19	33	34	129	25	18	28	25	33	78	30	23	25
A35	135	26	25	19	30	35	136	27	19	33	27	30	84	33	26	25
A36	128	28	22	16	27	35	127	25	19	30	24	29	85	35	24	26
A37	125	25	19	13	40	28	118	23	15	25	25	30	78	25	24	29
A38	165	28	27	23	37	50	165	39	22	30	36	38	67	28	20	19
A39	134	27	19	17	35	34	137	29	17	29	27	35	94	35	25	24
A40	170	38	20	21	43	48	161	38	19	38	32	34	103	33	23	47
A41	171	34	24	23	43	47	147	24	19	36	31	37	89	27	23	39
A42	152	35	20	20	32	45	158	39	23	26	30	35	57	24	10	23
A43	175	35	25	20	45	50	157	31	24	37	29	36	54	29	26	30
A44	131	29	21	17	27	37	120	26	16	27	23	28	83	35	24	24
A45	124	23	20	14	32	35	122	24	18	23	26	31	72	30	20	22
A46	131	25	24	18	30	34	143	28	21	27	33	34	75	27	23	25
A47	126	22	20	19	27	38	129	28	17	27	29	28	82	39	22	21
A48	182	38	28	24	38	54	181	41	25	37	36	42	69	31	20	18
A49	178	40	30	23	39	46	153	36	18	29	32	38	62	29	14	19
A50	156	34	28	23	30	41	150	31	20	31	32	36	100	38	31	31

Fuente: Datos recopilados por el autor mediante la aplicación del instrumento test TCI-R.

### CUADRO N°- 10

Matriz general correspondiente a los rasgos de la personalidad en las dimensiones del carácter presentada por los pacientes con disfunción dolorosa de la ATM

Paciente	CARACTER															
	AD	AD1	AD2	AD3	AD4	AD5	C	C1	C2	C3	C4	C5	AT	AT1	AT2	AT3
B1	135	21	21	15	44	34	127	24	15	27	30	31	51	21	13	17
B2	124	24	22	17	27	34	128	27	17	26	32	26	100	36	26	38
B3	116	18	18	13	34	33	108	19	15	27	24	23	71	29	20	22
B4	123	16	21	11	37	38	129	20	12	32	34	31	76	30	21	25
B5	122	19	18	13	41	31	126	27	15	27	31	26	65	27	19	19
B6	122	20	18	11	42	31	128	28	14	24	31	31	63	26	18	19
B7	153	31	26	24	30	42	118	24	15	28	26	25	79	33	21	25
B8	139	25	24	18	34	38	128	28	16	27	25	32	90	34	27	29
B9	186	36	27	23	52	48	168	36	18	36	35	43	101	40	29	32
B10	138	23	19	31	42	148	32	22	28	33	33	88	30	31	27	27
B11	114	18	18	17	30	31	111	21	10	25	30	25	45	21	9	15
B12	147	27	22	22	31	45	128	25	14	27	31	31	92	35	25	32
B13	110	16	15	11	39	29	116	24	13	21	29	29	52	21	15	16
B14	112	17	15	10	38	32	124	26	14	21	30	33	57	23	15	19
B15	123	21	17	14	35	36	134	29	13	26	34	32	51	24	11	16
B16	136	31	15	18	33	39	149	31	18	27	35	38	97	39	28	30
B17	159	33	29	23	31	43	112	31	16	26	30	35	67	29	17	21
B18	131	27	18	14	37	35	121	27	8	22	29	35	55	28	14	13
B19	154	36	27	20	31	40	131	32	16	22	32	29	89	33	25	31
B20	106	19	12	11	34	30	97	23	12	18	19	25	81	29	24	28
B21	155	38	27	20	30	40	142	33	24	28	30	27	63	25	17	21
B22	153	28	26	21	30	48	154	32	23	31	34	34	76	32	12	32
B23	143	30	19	23	36	35	135	29	19	27	28	32	54	23	16	15
B24	112	19	21	19	18	35	88	20	12	18	10	28	67	36	17	14
B25	146	31	16	19	37	43	144	30	17	26	34	37	93	38	26	29
B26	163	34	29	24	33	43	138	31	16	26	30	35	71	33	17	21
B27	137	28	19	16	38	36	129	30	9	25	30	35	55	28	14	13
B28	163	38	28	22	33	42	155	38	23	26	34	34	93	35	26	32
B29	106	19	12	11	34	30	108	26	14	20	21	27	81	29	24	28
B30	160	39	28	21	31	41	149	35	25	30	31	28	63	25	17	21
B31	168	32	28	25	35	48	163	33	25	33	35	37	82	33	16	33
B32	149	32	21	23	37	36	142	31	21	28	29	33	57	24	17	16
B33	118	19	22	19	22	36	108	22	14	19	13	30	71	38	18	15
B34	139	22	22	16	44	35	133	25	17	28	31	32	54	22	14	18
B35	128	25	23	18	28	34	133	28	18	27	33	27	102	37	27	38
B36	121	19	19	14	35	34	113	20	16	28	25	24	74	30	21	23
B37	128	17	22	12	38	39	133	21	13	33	35	31	79	31	22	26
B38	125	20	19	14	40	32	137	28	16	28	32	27	68	28	20	20
B39	128	22	19	12	43	32	133	29	15	25	32	32	66	27	19	20
B40	158	32	25	27	31	43	123	25	16	29	27	26	82	34	22	26
B41	144	26	25	19	35	34	133	29	17	28	26	33	93	35	28	30
B42	188	37	27	23	52	49	170	36	19	37	35	43	104	41	30	33
B43	145	25	24	20	33	43	153	33	23	29	34	34	92	31	32	29
B44	119	19	19	18	31	31	116	22	11	26	31	26	48	22	10	16
B45	152	28	23	23	32	46	133	26	15	28	32	32	95	36	26	33
B46	115	17	16	12	40	30	121	25	14	22	30	30	55	22	16	17
B47	117	18	16	11	39	33	129	27	15	22	31	34	60	24	16	20
B48	128	22	18	15	36	37	139	30	14	27	35	33	54	25	12	17
B49	142	23	22	17	45	35	133	25	17	18	31	32	55	22	15	18
B50	129	26	22	19	27	35	132	27	18	27	33	27	103	37	28	38

Fuente: Datos recopilados por el autor mediante la aplicación del instrumento test TCI-R.

Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features

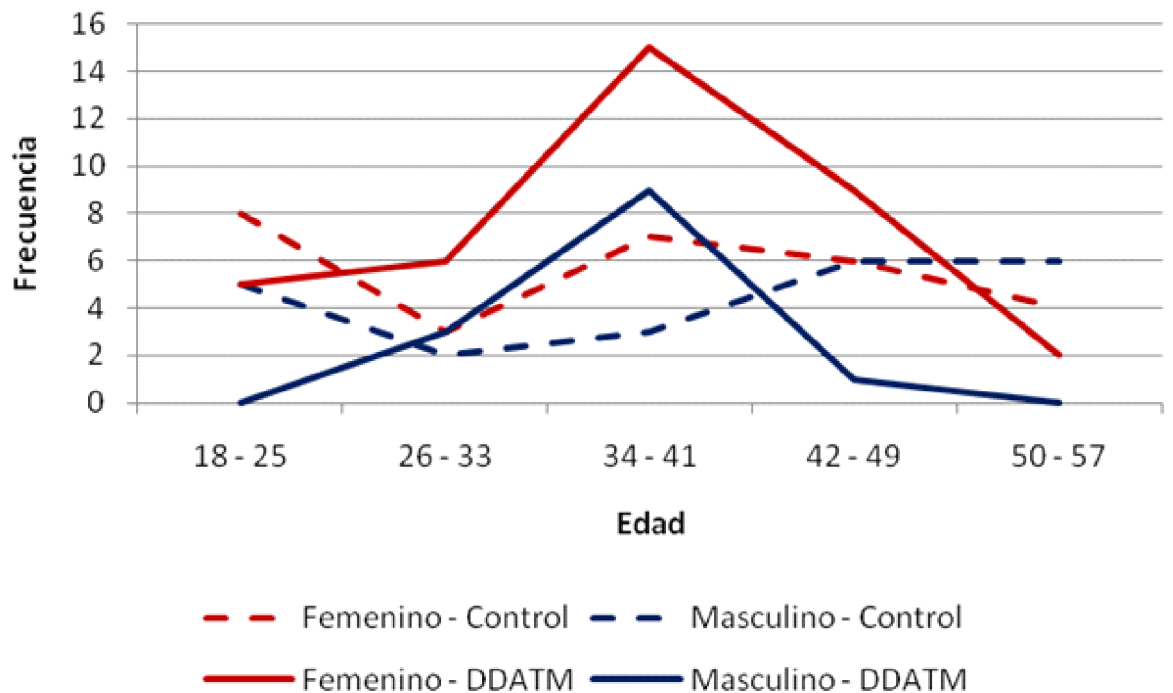
## ANALISIS DESCRIPTIVO

### CUADRO N°- 11.

Distribución por edad, sexo y grupos de estudio de los pacientes que conformaron la muestra.

Edad	Grupos de estudio											
	Control					Con DDATM						
	Sexo		Total	Sexo		Total						
	Femenino	Masculino		Femenino	Masculino							
Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%			
18 - 25	8	16.0%	5	10.0%	13	26.0%	5	10.0%	0	.0%	5	10.0%
26 - 33	3	6.0%	2	4.0%	5	10.0%	6	12.0%	3	6.0%	9	18.0%
34 - 41	7	14.0%	3	6.0%	10	20.0%	15	30.0%	9	18.0%	24	48.0%
42 - 49	6	12.0%	6	12.0%	12	24.0%	9	18.0%	1	2.0%	10	20.0%
50 - 57	4	8.0%	6	12.0%	10	20.0%	2	4.0%	0	.0%	2	4.0%
Total	28	56.0%	22	44.0%	50	100.0%	37	74.0%	13	26.0%	50	100.0%

Fuente: Cuadros N°-1 y 2.



**Grafico N°- 1.** Diagrama de líneas correspondiente a la distribución por edad, sexo y grupos de estudio de los pacientes que conformaron la muestra. Fuente: Cuadro N°- 11.

### Interpretación:

De acuerdo a lo observado tanto en el cuadro N°-11 como en el gráfico N°-1. Se puede afirmar que en el grupo control la mayoría de los pacientes son del sexo femenino, 56%, en comparación con los del sexo masculino, 44%, en cuanto a las edades estos se concentran en los años comprendidos entre 18 y 25 con un 28% seguido de un 24% entre 42 y 49 años; no obstante hay cierta variación del total de estas edades entre los sexos ya que entre los pacientes del grupo control y sexo femenino existe mayor concentración entre los 18 y 25 años, 16%, seguido del intervalo comprendido entre 34 y 41 años con un 14%, mientras que entre los pacientes del mismo grupo pero del sexo masculino su mayor concentración está entre las edades comprendidas entre 42 y 49 años y entre 50 y 57 años cada uno con un 12%. Por otro lado encontramos menos dispersión entre las edades que presentan los pacientes del grupo con disfunción dolorosa de la ATM ya que casi la mitad de ellos, 48%, tienen edades comprendidas entre los 34 y 41 años de los cuales el 30% corresponden al sexo femenino y el 18% restante del sexo masculino, siendo estos porcentajes los más altos en cada sexo. Es de hacer notar que casi las tres cuartas partes de los pacientes con DDATM, 74%, son del sexo femenino.



**CUADRO N°- 12**

Estadísticos descriptivos de las unidades de acontecimiento vital según sexo y grupo de estudio de los pacientes objeto de investigación.

**Estadísticos Descriptivos**

Unidades de cambio vital							
Grupos de estudio	Sexo	N	Minimo	Maximo	Rango	Media	Desv. Tip.
Control	Femenino	28	61	760	699	462.89	174.988
	Masculino	22	165	809	644	497.95	170.021
	Total	50	61	809	748	478.32	171.961
Con DDATM	Femenino	37	234	1608	1374	672.16	279.809
	Masculino	13	367	1130	763	758.92	238.348
	Total	50	234	1608	1374	694.72	270.022
Total	Femenino	65	61	1608	1547	582.02	260.508
	Masculino	35	165	1130	965	594.89	232.966
	Total	100	61	1608	1547	586.52	250.098

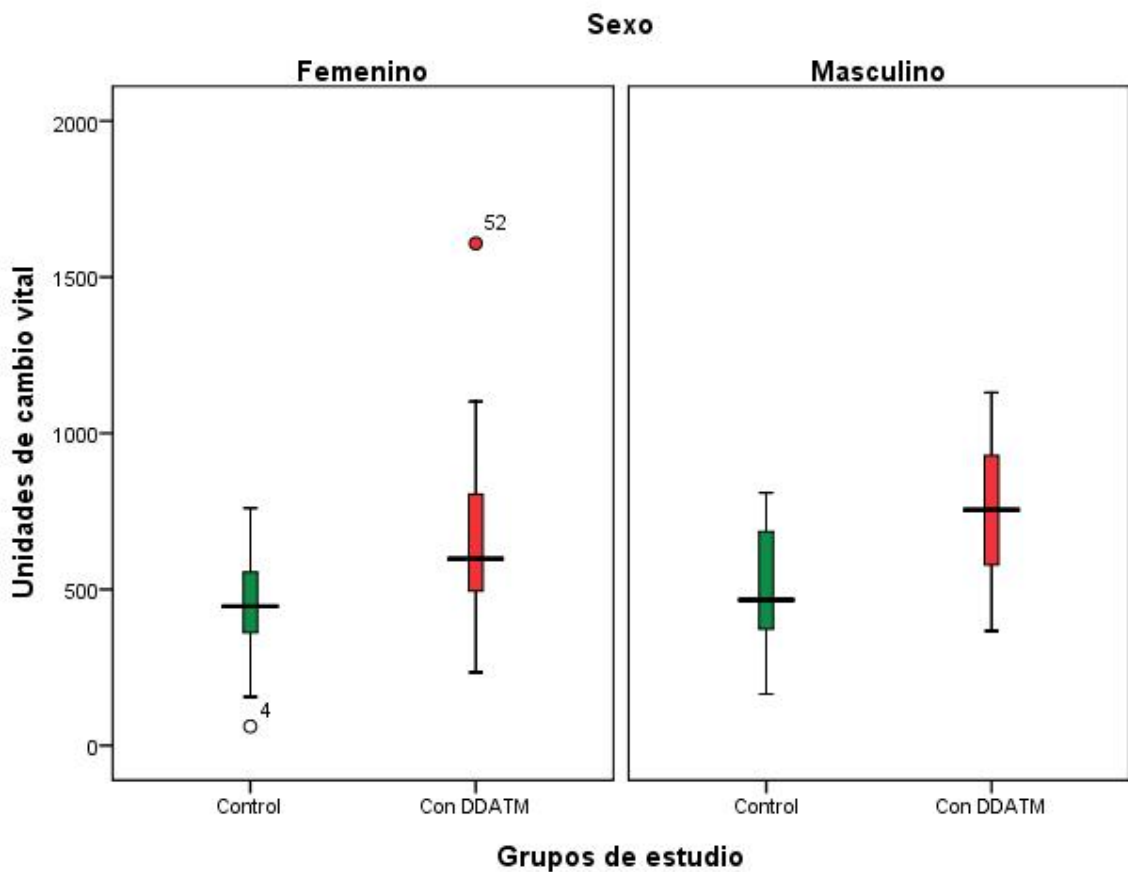
Fuente: Cuadros N°-1 y 2.

**CUADRO N°- 13**

Estadísticos de posición no central de las unidades de acontecimiento vital según sexo de los pacientes objeto de investigación.

		Percentiles		
		25	50	75
Unidades de cambio vital	Femenino	393.00	545.00	713.00
	Masculino	378.00	535.00	738.00

Fuente: Cuadros N°-1 y 2.



**Grafico N°-2.** Diagrama de caja correspondiente a los estadísticos descriptivos de las unidades de acontecimiento vital según sexo y grupo de estudio de los pacientes objeto de investigación. Fuente: Cuadros N°- 12 y 13.

### Interpretación:

Claramente se evidencia una paridad en los estadísticos descriptivos presentados por los pacientes del grupo control y los pacientes con disfunción dolorosa de la ATM, en relación a las unidades de acontecimiento discriminada por sexo. En efecto en el cuadro N°-12 se aprecia un promedio de  $463 \pm 175$  unidades de cambio vital para los pacientes de sexo femenino del grupo control y un promedio de  $498 \pm 170$  UCV para los pacientes del sexo masculino del mismo grupo; situación similar se muestra entre los pacientes con disfunción dolorosa de la ATM discriminado por sexo ya que el promedio del sexo femenino en este grupo es de  $672 \pm 280$  UCV y en el sexo masculino el promedio es de  $759 \pm 238$  UCV. En el análisis descriptivo de la totalidad de los pacientes investigados se aprecia una mayor similitud en las unidades de cambio vital de acuerdo al sexo debido a que el sexo femenino mostró un promedio de  $582 \pm 261$  UCV y el masculino un promedio de  $595 \pm 233$  UCV. Igualmente se observa similitud entre las unidades de cambio vital de acuerdo al sexo del paciente al analizar las medidas de posición no central, y apoyados en lo que muestra el cuadro N°-13 y el grafico N°-2, que indican que el 25% de los pacientes presentan UCV por debajo de 393 y 378 para los sexos femenino y masculino respectivamente, asimismo se tiene que las UCV que dividen en dos partes iguales a los pacientes del sexo femenino y masculino son 545 y 535 en ese mismo orden, finalmente por debajo de 713 y 738 UCV están el 75% de los pacientes del sexo femenino y masculino así como se citan.

**CUADRO N°- 14**

Estadísticos descriptivos de las unidades de acontecimiento vital según edad y grupo de estudio de los pacientes objeto de investigación.

**Estadísticos Descriptivos**

Unidades de cambio vital							
Grupos de estudio	Edad	N	Minimo	Maximo	Rango	Media	Desv. Tip.
Control	18 - 25	13	156	760	604	509.31	180.602
	26 - 33	5	264	727	463	533.80	206.533
	34 - 41	10	314	738	424	452.00	122.640
	42 - 49	12	61	809	748	458.08	230.368
	50 - 57	10	307	706	399	460.90	117.875
	Total	50	61	809	748	478.32	171.961
Con DDATM	18 - 25	5	392	605	213	526.00	87.376
	26 - 33	9	367	1011	644	758.89	208.180
	34 - 41	24	322	1608	1286	765.29	312.032
	42 - 49	10	234	1007	773	535.40	207.898
	50 - 57	2	760	795	35	777.50	24.749
	Total	50	234	1608	1374	694.72	270.022

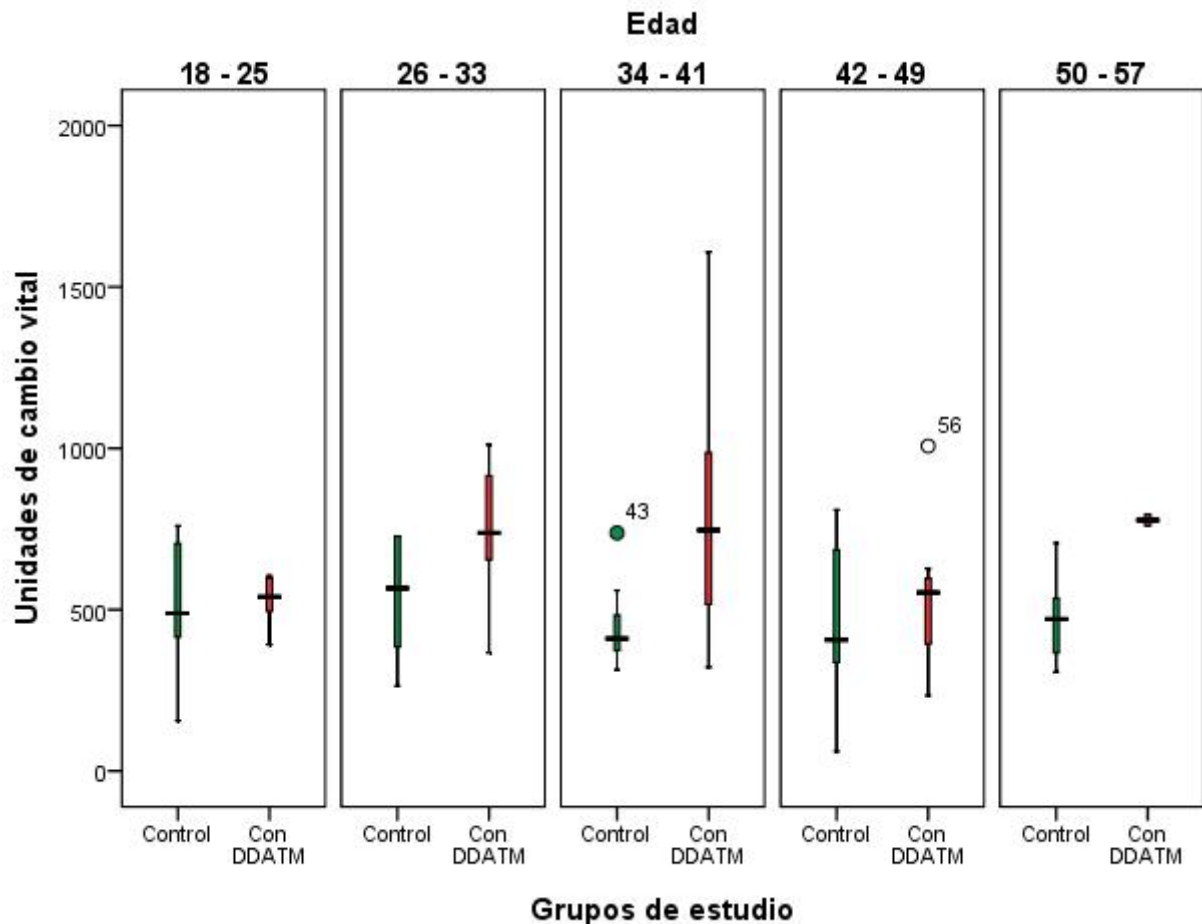
Fuente: Cuadros N°-1 y 2

**CUADRO N°- 15**

Estadísticos de posición no central de las unidades de acontecimiento vital según edad de los pacientes objeto de investigación.

Percentiles				
Unidades de cambio vital	Edad	Percentiles		
		25	50	75
Unidades de cambio vital	18 - 25	409.25	502.00	630.00
	26 - 33	520.75	723.50	855.75
	34 - 41	413.75	569.00	858.25
	42 - 49	367.75	489.50	641.50
	50 - 57	369.00	491.00	663.25

Fuente: Cuadros N°-1 y 2



**Grafico N°-3.** Diagrama de caja correspondiente a los estadísticos descriptivos de las unidades de acontecimiento vital según edad y grupo de estudio de los pacientes objeto de investigación. Fuente: Cuadros N°-14 y 15.

Interpretación:

Al observar el cuadro N°-14 y el grafico N°-3 resalta el hecho de que para los pacientes del grupo control las unidades de cambio vital son muy parecidas en todas las clases de edades que en ellos se muestran, así se tiene que el promedio de UCV más alto,  $534 \pm 207$ , lo presentan los pacientes cuyas edades oscilan entre 26 y 33 años, y el promedio más bajo es de  $452 \pm 123$  UCV y lo tienen los pacientes que tienen entre 34 y 41 años; entre ellos se desprende una diferencia de apenas 82 UCV. Por el contrario, en el caso de los pacientes con disfunción dolorosa de la ATM el segundo promedio más alto de UCV aunque también la más alta variabilidad se encuentra en los pacientes con edades comprendidas entre

los 34 y 41 años,  $765 \pm 312$  UCV ya que el promedio más alto y con poca variabilidad,  $778 \pm 25$  UCV, está en los sujetos estudiados cuyas edades oscilan entre los 50 y 57 años, un promedio también importante lo tienen los pacientes en edades comprendidas entre los 26 y 33 años de  $759 \pm 208$  UCV. Cabe resaltar que el 75% de los pacientes objeto de estudio cuyas edades se encuentran entre los 26 y 33 años presentan valores iguales o mayores a 521 UCV tal y como se desprende del cuadro N°-15.

**CUADRO N°- 16**

Estadísticos descriptivos de las unidades de acontecimiento vital presentada por los pacientes del grupo control y de los pacientes con disfunción dolorosa de la ATM.

<b>Estadísticos Descriptivos</b>			
Unidades de cambio vital	Grupos de estudio		Estadístico
		Control	Media
Desv. Tip.			171.961
Minimo			61
Maximo			809
Rango			748
Rango intercuartil			229
Con DDATM		Media	694.72
		Desv. Tip.	270.022
		Minimo	234
		Maximo	1608
		Rango	1374
		Rango intercuartil	358

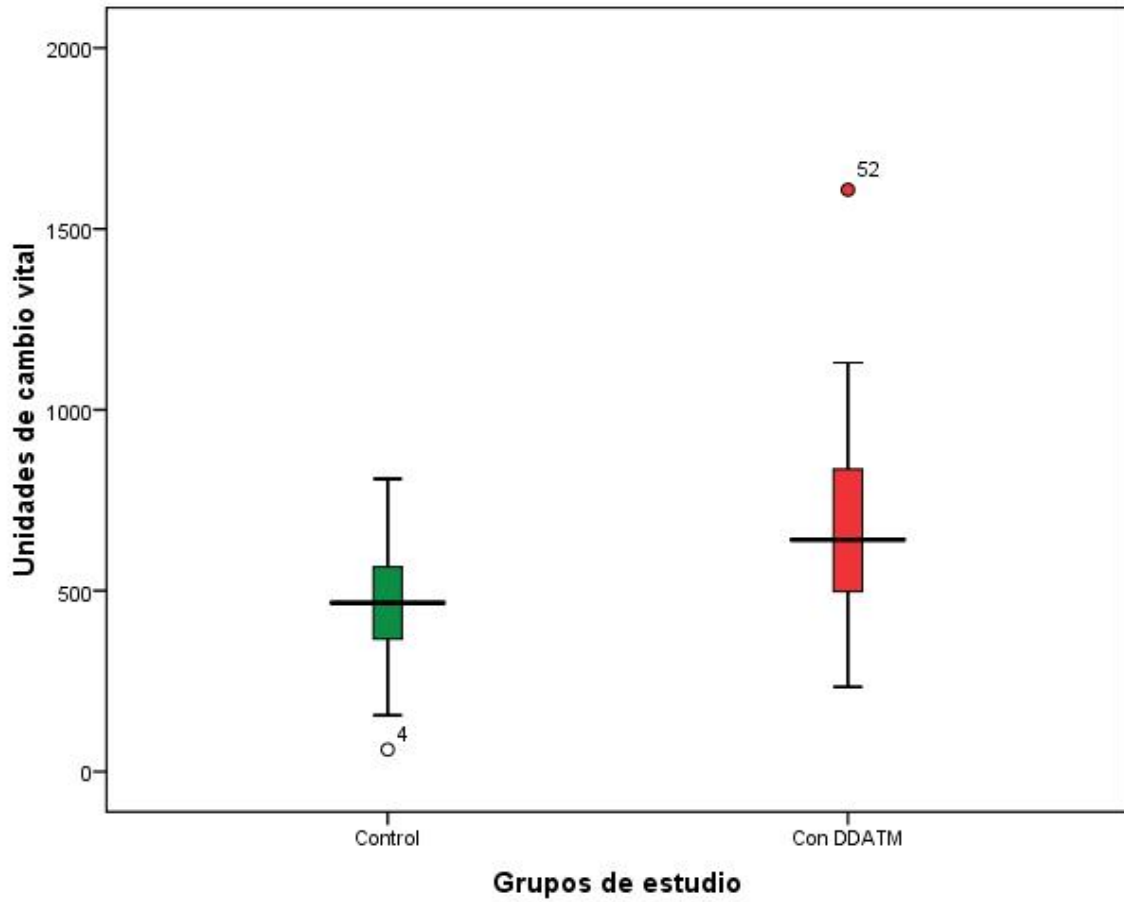
Fuente: Cuadros N°-1 y 2.

**CUADRO N°-17**

Estadísticos de posición no central de las unidades de acontecimiento vital presentada por los pacientes del grupo control y los pacientes con disfunción dolorosa de la ATM.

<b>Percentiles</b>				
Unidades de cambio vital	Grupos de estudio	Percentiles		
		25	50	75
	Control	366.75	466.50	595.75
	Con DDATM	497.25	641.00	855.75

Fuente: Cuadros N°-1 y 2



**Grafico N°-4.** Diagrama de caja correspondiente a los estadísticos descriptivos de las unidades de acontecimiento vital presentada por los pacientes del grupo control y los pacientes con disfunción dolorosa de la ATM. Fuente: Cuadros N°-16 y 17.



Interpretación:

En el cuadro N°-16 se aprecia que las unidades de cambio vital de los pacientes que integraron el grupo control se ubican entre 61 y 809 unidades de cambio vital con una amplitud de 748 unidades de cambio vital, además muestran un promedio de 478 unidades de cambio vital y los valores tienden a alejarse de esa cifra en 172 unidades de cambio vital, también entre el primer y tercer cuarto de ellos hay una diferencia de 229 UCV. Por otra parte el grupo de pacientes con disfunción dolorosa de la ATM se ubican entre 234 y 1608 unidades de cambio vital con una amplitud de 1374 unidades de cambio vital, asimismo evidencian un promedio de 695 unidades de cambio vital y los valores de este grupo tienden a alejarse de esa cifra en 270 unidades de cambio vital, igualmente entre el primer y tercer cuarto de ellos hay una diferencia de 358 UCV. Es de hacer notar que la amplitud que presenta los pacientes del grupo con disfunción dolorosa de la ATM es casi el doble de la amplitud mostrada por los pacientes del grupo control.

Por otra parte el cuadro N°-17 señala que el 25% de los pacientes del grupo control poseen unidades de cambio vital por debajo de 367, la unidades de cambio vital que divide en dos partes iguales al grupo control es de 466 y el 75% de los sujetos que integran este mismo grupo tienen unidades de cambio vital por debajo de 596, también el 50% de ellos presentan entre 367 y 596 UCV. En cuanto a los pacientes con disfunción dolorosa de la ATM, el 25% de ellos poseen unidades de cambio vital por debajo de 497, la unidades de cambio vital que divide en dos partes iguales al grupo con disfunción dolorosa de la ATM es de 641 unidades, y el 75% de los sujetos de este grupo evidenciaron valores por debajo de 856 unidades de cambio vital, además el 50% de ellos presentan entre 497 y 856 UCV.

Es de hacer notar que tanto en el cuadro N°-16 como en el grafico N°-4 se observa que el grupo con disfunción dolorosa de la ATM presenta valores más altos en cuanto a las unidades de cambio vital que los presentados por el grupo



*Your complimentary  
use period has ended.  
Thank you for using  
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

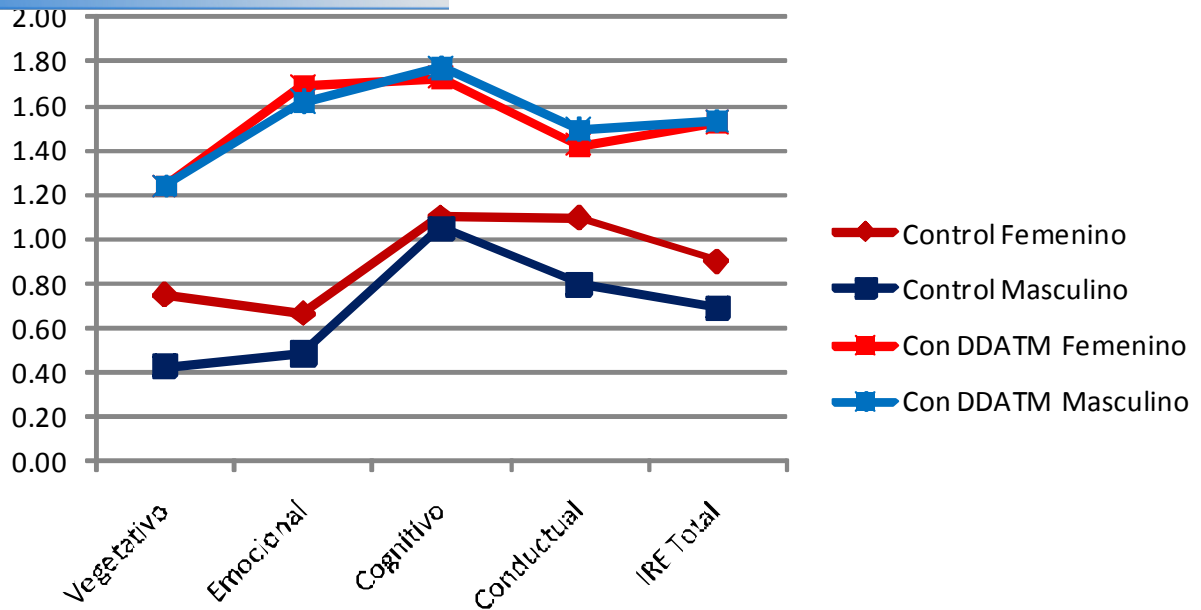
control, no obstante también se observa una variabilidad mayor entre el grupo con disfunción dolorosa de la ATM, rango intercuartil de 358 unidades de cambio vital, en comparación con el grupo control, rango intercuartil de 229 unidades de cambio vital. Es por ello que para determinar si las diferencias en promedio encontradas entre estos grupos es significativa a nivel poblacional se realizó el análisis inferencial respectivo en el tratamiento estadístico  $N^{\circ}-1$ .

**CUADRO N°-18**

Estadísticos descriptivos del Índice de reactividad al estrés en sus diferentes dimensiones según sexo y grupo de estudio de los pacientes objeto de investigación.

Estadísticos Descriptivos							
Grupos estudio	Sexo		Vegetativo	Emocional	Cognitivo	Conductual	IRE Total
Control	Femenino	N	28	28	28	28	28
		Minimo	.20	.20	.40	.00	.25
		Maximo	2.33	2.80	2.60	2.14	1.92
		Rango	2.13	2.60	2.20	2.14	1.67
		Media	.7489	.6643	1.1000	1.0932	.9036
		Desv. Tip.	.36020	.50495	.53194	.45094	.31024
	Masculino	N	22	22	22	22	22
		Minimo	.00	.00	.40	.42	.36
		Maximo	.86	1.00	2.60	1.71	1.23
		Rango	.86	1.00	2.20	1.29	.87
		Media	.4241	.4845	1.0455	.7945	.6886
		Desv. Tip.	.21367	.28870	.61391	.33951	.23851
	Total	N	50	50	50	50	50
		Minimo	.00	.00	.40	.00	.25
		Maximo	2.33	2.80	2.60	2.14	1.92
Rango		2.33	2.80	2.20	2.14	1.67	
Media		.6060	.5852	1.0760	.9618	.8090	
Desv. Tip.		.34291	.42935	.56408	.42881	.29838	
Con DDATM	Femenino	N	37	37	37	37	37
		Minimo	.20	.20	.40	.42	.48
		Maximo	3.00	3.60	3.40	2.86	3.03
		Rango	2.80	3.40	3.00	2.44	2.55
		Media	1.2368	1.6865	1.7243	1.4197	1.5186
		Desv. Tip.	.58056	.70323	.77079	.60668	.56218
	Masculino	N	13	13	13	13	13
		Minimo	.66	.60	.40	.29	.57
		Maximo	2.00	2.60	2.60	2.14	2.24
		Rango	1.34	2.00	2.20	1.85	1.67
		Media	1.2362	1.6154	1.7692	1.4900	1.5285
		Desv. Tip.	.42181	.61893	.67748	.56452	.49757
	Total	N	50	50	50	50	50
		Minimo	.20	.20	.40	.29	.48
		Maximo	3.00	3.60	3.40	2.86	3.03
Rango		2.80	3.40	3.00	2.57	2.55	
Media		1.2366	1.6680	1.7360	1.4380	1.5212	
Desv. Tip.		.53963	.67686	.74114	.59112	.54115	

Fuente: Cuadros N°- 3 y 4.



**Grafico N°-5.** Diagrama de líneas correspondiente a los estadísticos descriptivos de los índices de reactividad al estrés en sus diferentes dimensiones según sexo y grupo de estudio de los pacientes objeto de investigación. Fuente: Cuadro N°-18.

**Interpretación:**

Se puede afirmar que los pacientes con disfunción dolorosa de la ATM presentan índices de reactividad al estrés muy altos en todas sus dimensiones tanto los de sexo femenino como masculino, tal y como se señala en la tabla N°-18 y en el grafico N°-5, además de presentar promedios casi iguales, a saber,  $1,24 \pm 0,58$  y  $1,24 \pm 0,42$  en la dimensión vegetativo,  $1,69 \pm 0,70$  y  $1,62 \pm 0,62$  en la dimensión emocional;  $1,72 \pm 0,77$  y  $1,77 \pm 0,68$  en la dimensión cognitiva;  $1,42 \pm 0,61$  y  $1,49 \pm 0,56$  en la dimensión conductual, por ultimo en el índice de reactividad al estrés total se observa  $1,52 \pm 0,56$  y  $1,53 \pm 0,50$  en el sexo femenino y masculino respectivamente. En cuanto a los pacientes que conforman el grupo control todos los del sexo femenino también presentan muy altos índices de reactividad al estrés en todas sus dimensiones y en mayor promedio que los presentados por el sexo masculino del mismo grupo, solo en el caso del estrés cognitivo hay paridad en los índices,  $1,10 \pm 0,53$  y  $1,05 \pm 0,61$  para los sexos femenino y masculino respectivamente. Es de hacer notar que tanto en la



**PDF**  
Complete

*Your complimentary  
use period has ended.  
Thank you for using  
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

dimensión vegetativa,  $0,42 \pm 0,21$ ; como en la emocional,  $0,48 \pm 0,29$ ; el índice de reactividad al estrés es alto pero no preocupante en los pacientes del grupo control de sexo masculino.

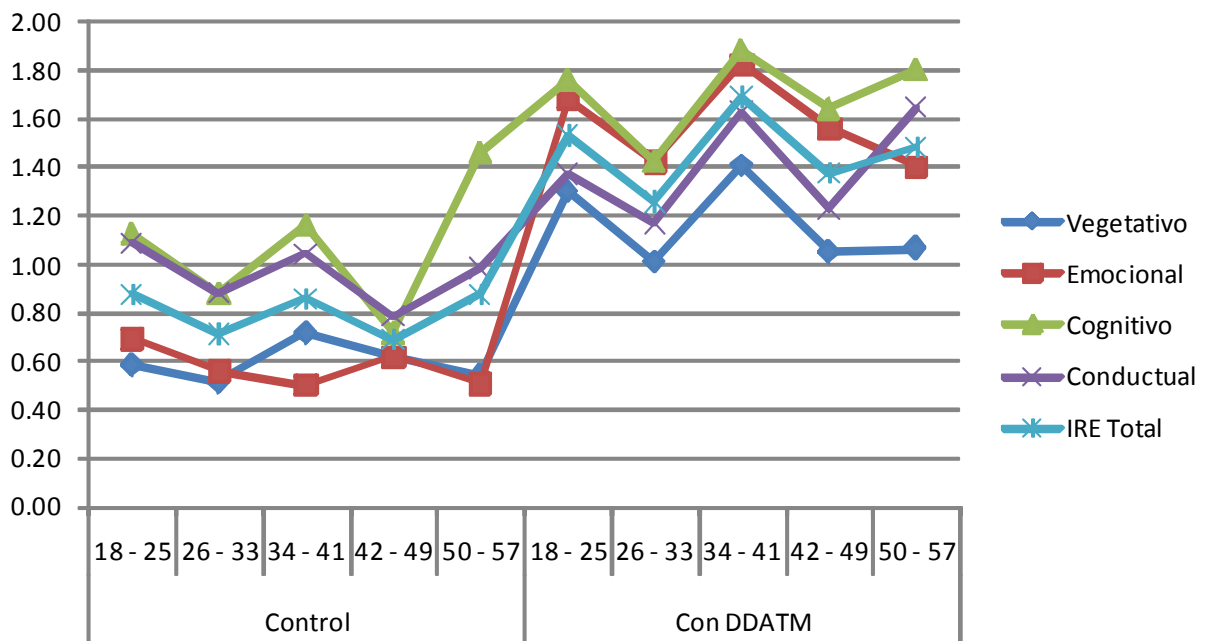
Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features

**CUADRO N°- 19**

Estadísticos descriptivos del Índice de reactividad al estrés en sus diferentes dimensiones según edad y grupo de estudio de los pacientes objeto de investigación.

Estadísticos Descriptivos							
Grupos estudio	Edad		Vegetativo	Emocional	Cognitivo	Conductual	IRE Total
Control	18 - 25	N	13	13	13	13	13
		Media	.5862	.6923	1.1231	1.0846	.8738
		Desv. Tip.	.28415	.30128	.67101	.39836	.31245
	26 - 33	N	5	5	5	5	5
		Media	.5160	.5600	.8800	.8800	.7080
		Desv. Tip.	.24986	.32863	.30332	.30790	.12008
	34 - 41	N	10	10	10	10	10
		Media	.7170	.5000	1.1600	1.0390	.8570
		Desv. Tip.	.14236	.27080	.39777	.38275	.13937
	42 - 49	N	12	12	12	12	12
		Media	.6250	.6167	.7167	.7825	.6867
		Desv. Tip.	.56642	.71584	.23290	.55062	.42193
	50 - 57	N	10	10	10	10	10
		Media	.5430	.5060	1.4600	.9810	.8740
		Desv. Tip.	.26221	.31889	.70585	.39360	.26867
	Total	N	50	50	50	50	50
		Media	.6060	.5852	1.0760	.9618	.8090
		Desv. Tip.	.34291	.42935	.56408	.42881	.29838
Con DDATM	18 - 25	N	5	5	5	5	5
		Media	1.2960	1.6800	1.7600	1.3700	1.5260
		Desv. Tip.	.57566	.55857	.60663	.53099	.41747
	26 - 33	N	9	9	9	9	9
		Media	1.0078	1.4222	1.4222	1.1656	1.2556
		Desv. Tip.	.39341	.77100	.86859	.43787	.58519
	34 - 41	N	24	24	24	24	24
		Media	1.4029	1.8250	1.8833	1.6242	1.6858
		Desv. Tip.	.57932	.73499	.69010	.67042	.56884
	42 - 49	N	10	10	10	10	10
		Media	1.0480	1.5600	1.6400	1.2290	1.3710
		Desv. Tip.	.51749	.53996	.87838	.46960	.46577
	50 - 57	N	2	2	2	2	2
		Media	1.0650	1.4000	1.8000	1.6450	1.4800
		Desv. Tip.	.09192	.00000	.00000	.30406	.05657
	Total	N	50	50	50	50	50
		Media	1.2366	1.6680	1.7360	1.4380	1.5212
		Desv. Tip.	.53963	.67686	.74114	.59112	.54115

Fuente: Cuadros N°- 3 y 4.



**Grafico N°-6.** Diagrama de líneas correspondiente a los estadísticos descriptivos de los índices de reactividad al estrés en sus diferentes dimensiones según edad y grupo de estudio de los pacientes objeto de investigación. Fuente: Cuadro N°-19.

**Interpretación:**

De acuerdo a lo observado en la tabla N°-19 los pacientes con disfunción dolorosa de la ATM presentan índices de reactividad al estrés muy altos en todas sus dimensiones y en todos los grupos etarios, sobresaliendo entre ellos los que poseen edades comprendidas entre los 34 y 41 años, así se tiene los siguientes promedios de índices de reactividad al estrés, a saber,  $1,40 \pm 0,58$  en la dimensión vegetativo,  $1,83 \pm 0,73$  en la dimensión emocional,  $1,88 \pm 0,69$  en la dimensión cognitiva y  $1,69 \pm 0,57$  en el índice de reactividad al estrés total; solo en la dimensión conductual los valores que resaltan,  $1,64 \pm 0,30$ , se concentran en otro intervalo de edad, los que oscilan entre 50 y 57 años. En cuanto a los pacientes que conforman el grupo control los índices de reactividad al estrés que mas sobresalen se encuentra en el grupo cuyas edades van desde los 18 hasta los 25 años, en la dimensión emocional el índice es  $0,69 \pm 0,30$ , lo cual es alto pero no

preocupante, y en la dimensión conductual el índice es muy alto ya que su valor es de  $1,08 \pm 0,40$ ; con respecto a la dimensión vegetativo destaca entre los pacientes del grupo control con edades entre los 34 y 41 años un índice de  $0,72 \pm 0,14$  también alto pero no preocupante; por otro lado en los sujetos de este mismo grupo cuyas edades oscilan entre 50 y 57 años sobresalen un muy alto índice para la dimensión cognitiva de  $1,46 \pm 0,71$  y un índice también alto pero no preocupante de  $0,87 \pm 0,27$  para el índice de reactividad al estrés total, valor este casi igual al que se observa en los paciente de edades que van de los 18 a los 25 años que es de  $0,87 \pm 0,31$  para este mismo índice de reactividad al estrés total. Finalmente en el grafico N°-6 claramente se muestra la paridad entre los índices de reactividad al estrés en todas sus dimensiones entre los diferentes intervalos de edades de acuerdo a los grupos de estudio.

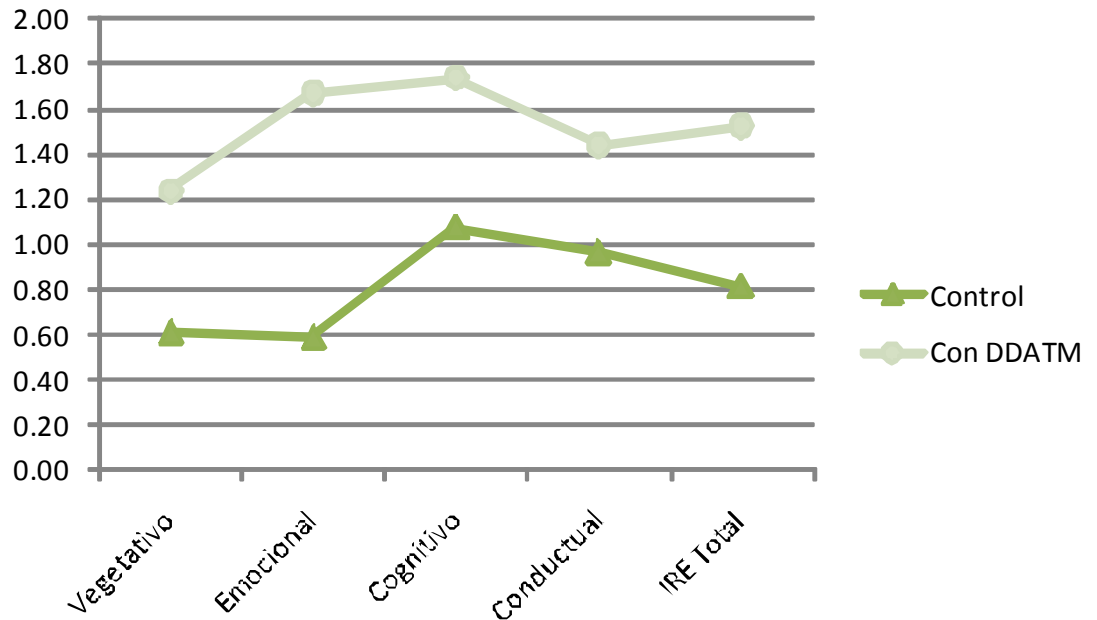
#### CUADRO N°- 20

Estadísticos descriptivos del Índice de reactividad al estrés en sus diferentes dimensiones presentada por los pacientes objeto de investigación según grupo de estudio.

Grupos de estudio		Vegetativo	Emocional	Cognitivo	Conductual	IRE Total
Control	N	50	50	50	50	50
	Minimo	.00	.00	.40	.00	.25
	Maximo	2.33	2.80	2.60	2.14	1.92
	Rango	2.33	2.80	2.20	2.14	1.67
	Media	.6060	.5852	1.0760	.9618	.8090
	Desv. Tip.	.34291	.42935	.56408	.42881	.29838
Con DDATM	N	50	50	50	50	50
	Minimo	.20	.20	.40	.29	.48
	Maximo	3.00	3.60	3.40	2.86	3.03
	Rango	2.80	3.40	3.00	2.57	2.55
	Media	1.2366	1.6680	1.7360	1.4380	1.5212
	Desv. Tip.	.53963	.67686	.74114	.59112	.54115

Fuente: Cuadros N°-3 y 4.





**Grafico N°-7.** Diagrama de líneas correspondiente a los estadísticos descriptivos de los índices de reactividad al estrés en sus diferentes dimensiones de los pacientes objeto de investigación según grupo de estudio. Fuente: Cuadro N°-20.

**Interpretación:**

Claramente se observa tanto en el cuadro N°-20 como en la grafica N°-7 que los índices de reactividad al estrés en todas sus dimensiones, así como en el índice de reactividad al estrés total correspondiente a los pacientes con disfunción dolorosa de la ATM son superiores a los presentados por los pacientes del grupo control; mostrando la menor diferencia en la dimensión conductual en donde el grupo control posee un promedio de  $0,96 \pm 0,43$  con una amplitud total de 2,14 en comparación con el promedio de  $1,44 \pm 0,59$  con una amplitud total de 2,57 perteneciente al grupo con DDATM. Por otro lado la mayor diferencia se evidencia en la dimensión emocional ya que el grupo control presenta un promedio de  $0,59 \pm 0,43$  con una amplitud total de 2,8 contra el promedio presentado por el grupo con disfunción dolorosa de la ATM el cual corresponde a  $1,67 \pm 0,68$  con una amplitud total de 3,4. Es de hacer notar que solo el índice de reactividad al estrés en su dimensión cognitiva en el grupo control se considera

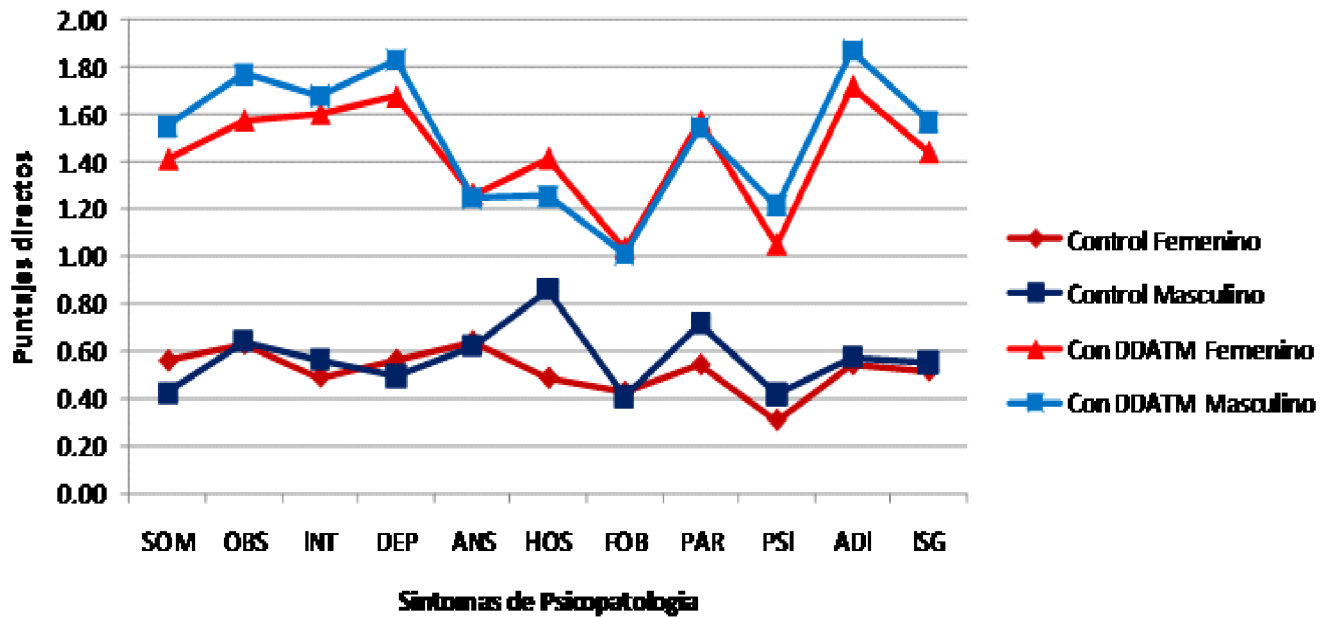
muy alta, las demás dimensiones para este grupo mismo grupo están dentro de un rango considerado como alto mas no preocupante, mientras que en los pacientes del grupo con disfunción dolorosa de la ATM los índices de reactividad al estrés en todas sus dimensiones se clasifican como muy altas. No obstante para verificar si estas diferencias en promedio son significativas a nivel poblacional, se realizo el respectivo análisis inferencial en el tratamiento estadístico N°-2.

**CUADRO N°-21**

Estadísticos descriptivos de los puntajes directos en los síntomas de psicopatología según sexo y grupo de estudio de los pacientes objeto de investigación.

Grupos estudio	Sexo		SOM	OBS	INT	DEP	ANS	HOS	FOB	PAR	PSI	ADI	ISG
Control	Femenino	N	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28
		Media	.5579	.6286	.4904	.5614	.6393	.4861	.4275	.5414	.3082	.5432	.5168
		Desv. Tip.	.54369	.40264	.29539	.44975	.60940	.42419	.45231	.37218	.23325	.46086	.29689
	Masculino	N	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
		Media	.4259	.6409	.5650	.4959	.6227	.8618	.4086	.7195	.4182	.5741	.5541
		Desv. Tip.	.16735	.32756	.26020	.30161	.48788	.68007	.28231	.43769	.34453	.45355	.21731
	Total	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
		Media	.4998	.6340	.5232	.5326	.6320	.6514	.4192	.6198	.3566	.5568	.5332
		Desv. Tip.	.42339	.36790	.28017	.38926	.55381	.57694	.38337	.40793	.28964	.45325	.26298
Con DDATM	Femenino	N	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37
		Media	1.4097	1.5757	1.6030	1.6751	1.2622	1.4130	1.0343	1.5708	1.0514	1.7186	1.4397
		Desv. Tip.	.73178	.56539	.78891	.66932	.63129	.79664	.73707	.88867	.78550	.70497	.59506
	Masculino	N	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13
		Media	1.5508	1.7692	1.6831	1.9323	1.2462	1.2554	1.0100	1.5454	1.2154	1.8687	1.5692
		Desv. Tip.	.68329	.49730	.64602	.66323	.63458	.80933	.67979	.55445	.73807	.70577	.54878
	Total	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
		Media	1.4464	1.6260	1.6238	1.7160	1.2580	1.3720	1.0280	1.5642	1.0940	1.7577	1.4734
		Desv. Tip.	.71532	.55025	.74882	.66461	.62567	.79470	.71584	.80970	.76942	.70109	.58068

Fuente: Cuadros N°-5 y 6



**Grafico N°-8.** Diagrama de líneas correspondiente a los estadísticos descriptivos de los puntajes directos en los síntomas de psicopatología según sexo y grupo de estudio de los pacientes objeto de investigación. Fuente: Cuadro N°-21

**Interpretación:**

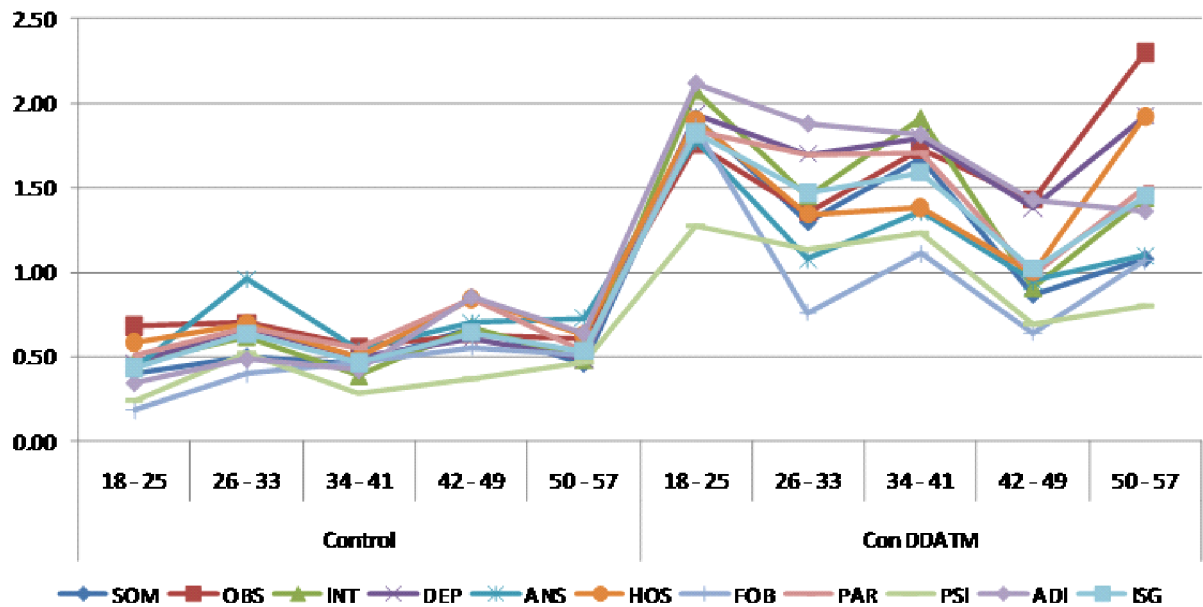
Al observar los resultados de los puntajes directos en los síntomas de psicopatologías presentados en la tabla N°-21 y en el grafico N°-8 es evidente la similitud de los promedios en los puntajes directos de los síntomas de psicopatología somatización, obsesión ó compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide psicoticismo e índice de severidad global entre los pacientes de los sexos femenino y masculino tanto de los que pertenecen al grupo con disfunción dolorosa de la ATM como los que pertenecen al grupo control. Solo se observa una ligera diferencia de los puntajes directos del síntoma de psicopatología hostilidad entre el sexo femenino  $0,49 \pm 0,42$  y el sexo masculino  $0,86 \pm 0,68$  de los pacientes del grupo control.

**CUADRO N°-22**

Estadísticos descriptivos de los puntajes directos en los síntomas de psicopatología según edad y grupo de estudio de los pacientes objeto de investigación.

Grupos estudio	Edad	SOM	OBS	INT	DEP	ANS	HOS	FOB	PAR	PSI	ADI	ISG	
Control	18 - 25	N	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	
		Media	.4077	.6846	.4715	.4654	.4385	.5877	.1846	.5115	.2408	.3477	.4369
		Desv. Tip.	.24994	.47932	.27628	.36617	.31764	.71590	.19552	.30635	.28654	.30979	.23970
26 - 33	N	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
		Media	.5000	.7000	.6220	.6760	.9600	.6980	.4000	.6680	.5200	.4860	.6360
		Desv. Tip.	.16628	.40000	.23199	.19243	.89331	.38284	.27686	.11670	.19235	.12522	.18366
34 - 41	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	
		Media	.4570	.5600	.3930	.4980	.5400	.4980	.4730	.5490	.2900	.4240	.4690
		Desv. Tip.	.19585	.28363	.13647	.24935	.33066	.30553	.23162	.39244	.19692	.29587	.17259
42 - 49	N	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	
		Media	.6708	.6333	.6758	.6092	.7000	.8458	.5583	.8475	.3750	.8542	.6450
		Desv. Tip.	.77546	.34201	.37189	.59922	.64948	.72728	.65238	.60418	.22613	.52635	.35771
50 - 57	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	
		Media	.4570	.6100	.4880	.4910	.7300	.6310	.5130	.5340	.4700	.6400	.5370
		Desv. Tip.	.22750	.35103	.23122	.31575	.64472	.48973	.15115	.27118	.41913	.58844	.24130
Total	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	
		Media	.4998	.6340	.5232	.5326	.6320	.6514	.4192	.6198	.3566	.5568	.5332
		Desv. Tip.	.42339	.36790	.28017	.38926	.55381	.57694	.38337	.40793	.28964	.45325	.26298
Con DDATM	18 - 25	N	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
		Media	1.9160	1.7600	2.0720	1.9360	1.7800	1.9000	1.8580	1.8320	1.2800	2.1140	1.8240
		Desv. Tip.	.58286	.28810	.66684	.60517	.58907	.25387	.64658	.59839	.94181	.40894	.50068
26 - 33	N	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	
		Media	1.2967	1.3556	1.4489	1.7000	1.0778	1.3433	.7611	1.6933	1.1333	1.8744	1.4711
		Desv. Tip.	.85806	.76176	.82364	.66851	.66667	1.29964	.62613	1.04817	.84113	.78330	.76463
34 - 41	N	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	
		Media	1.6767	1.7250	1.9092	1.7971	1.3583	1.3821	1.1121	1.7075	1.2333	1.8101	1.5913
		Desv. Tip.	.63853	.44257	.55924	.71166	.62687	.71082	.67987	.72306	.79928	.60858	.50144
42 - 49	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	
		Media	.8670	1.4300	.9090	1.3840	.9500	1.0000	.6430	.9830	.6900	1.4280	1.0220
		Desv. Tip.	.49924	.58319	.71999	.61029	.50807	.47624	.65985	.74473	.53427	.77980	.47466
50 - 57	N	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
		Media	1.0800	2.3000	1.4400	1.9250	1.1000	1.9200	1.0700	1.5000	.8000	1.3600	1.4500
		Desv. Tip.	.00000	.14142	.00000	.10607	.00000	.35355	.09899	.70711	.28284	1.51321	.21213
Total	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	
		Media	1.4464	1.6260	1.6238	1.7160	1.2580	1.3720	1.0280	1.5642	1.0940	1.7577	1.4734
		Desv. Tip.	.71532	.55025	.74882	.66461	.62567	.79470	.71584	.80970	.76942	.70109	.58068

Fuente: Cuadros N°-5 y 6



**Grafico N°-9.** Diagrama de líneas correspondiente a los estadísticos descriptivos de los puntajes directos en los síntomas de psicopatología según edad y grupo de estudio de los pacientes objeto de investigación. Fuente: Cuadro N°-22

**Interpretación:**

Al observar los resultados de los puntajes directos en los síntomas de psicopatologías presentados en la tabla N°-22 y en el grafico N°-9 es evidente la similitud de los promedios en los puntajes directos de los síntomas de psicopatología somatización, obsesión ó compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide psicoticismo e índice de severidad global entre los pacientes de los diferentes grupos etarios tanto de los que pertenecen al grupo con disfunción dolorosa de la ATM como los que pertenecen al grupo control. Sin embargo entre los pacientes que pertenecen al grupo control destaca con un puntaje directo en promedio de  $0,62 \pm 0,23$  del síntoma de psicopatología ansiedad en el intervalo de edad de 26 a 33 años mayor que los demás intervalos de edad; por otra parte entre los pacientes con disfunción dolorosa de la ATM sobresale con un puntaje directo en promedio de  $2,3 \pm 0,14$  del síntoma de psicopatología obsesión ó compulsión en el intervalo de edad de

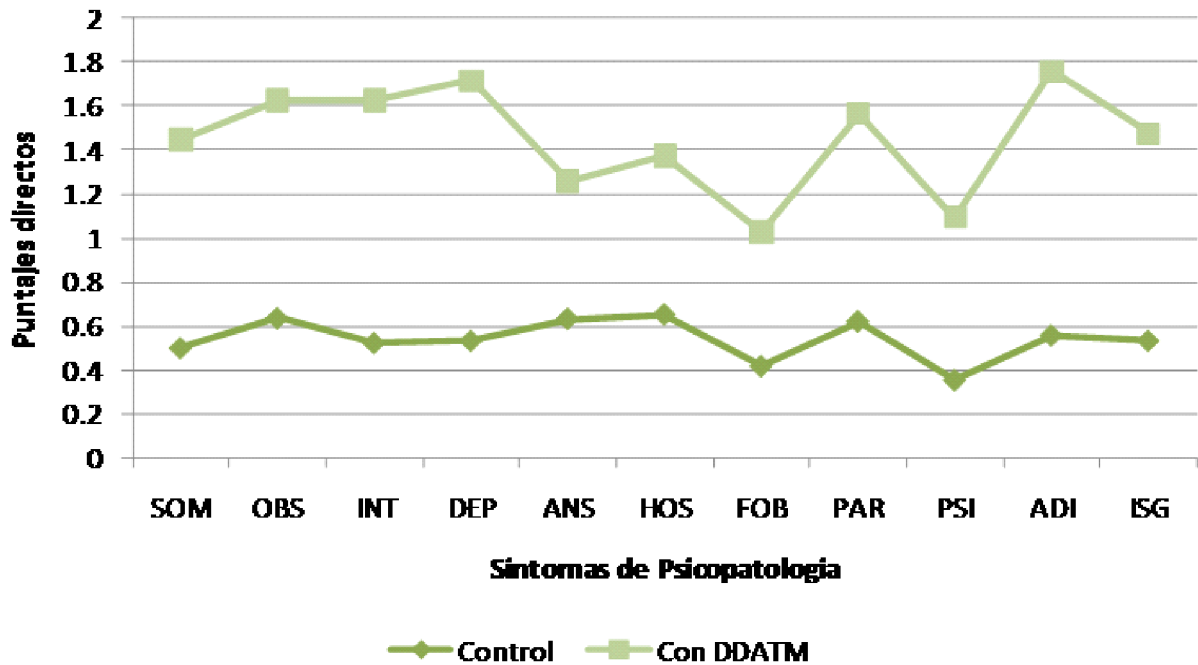
50 a 57 años mayor que los demás intervalos de edad; así como también el puntaje directo en promedio de  $1,28 \pm 0,94$  del síntoma de psicopatología psicoticismo en el intervalo de edad de 18 a 25 años menor que los demás intervalos de edad.

**CUADRO N°-23**

Estadísticos descriptivos de los puntajes directos en los síntomas de psicopatología según el grupo de estudio de los pacientes objeto de investigación.

Síntomas de psicopatología	Grupos de estudio					
	Control			Con DDATM		
	N	Media	Desv. Tip.	N	Media	Desv. Tip.
Somatización	50	.4998	.42339	50	1.4464	.71532
Obsesión-compulsión	50	.6340	.36790	50	1.6260	.55025
Sensibilidad interpersonal	50	.5232	.28017	50	1.6238	.74882
Depresión	50	.5326	.38926	50	1.7160	.66461
Ansiedad	50	.6320	.55381	50	1.2580	.62567
Hostilidad	50	.6514	.57694	50	1.3720	.79470
Ansiedad fóbica	50	.4192	.38337	50	1.0280	.71584
Ideación paranoide	50	.6198	.40793	50	1.5642	.80970
Psicoticismo	50	.3566	.28964	50	1.0940	.76942
Ítems adicionales	50	.5568	.45325	50	1.7577	.70109
Índice de severidad global	50	.5332	.26298	50	1.4734	.58068
Total síntomas positivos	50	33.2400	14.20773	50	61.8600	18.61754
Índice de malestar positivo	50	1.4512	.31787	50	2.1160	.48904

Fuente: Cuadros N°-5 y 6



**Grafico N°-10.** Diagrama de líneas correspondiente a los estadísticos descriptivos de los puntajes directos en los síntomas de psicopatología según edad y grupo de estudio de los pacientes objeto de investigación. Fuente: Cuadro N°-23

Interpretación:

De acuerdo a los datos suministrados por los pacientes del grupo con disfunción dolorosa de la ATM y los del grupo control y que se muestran en el cuadro N°-23 y en el grafico N°-10, en la totalidad de los síntomas de psicopatología se encuentran diferencias notorias entre el grupo con DDATM y el control, siempre con los promedios de los puntajes directos presentados por el grupo con disfunción dolorosa de la ATM superiores a los promedios presentados por el grupo control. Es así como se observa para el síntoma somatización se tiene de promedio y desviación típica de puntajes directos de  $0,49 \pm 0,42$  para el grupo control y  $1,44 \pm 0,72$  para el grupo con DDATM, en el síntoma obsesión ó compulsión se muestra un promedio y desviación de  $0,63 \pm 0,37$  y  $1,62 \pm 0,55$  de puntajes directos para los grupos control y DDATM respectivamente, para el

síntoma sensibilidad interpersonal los puntajes directos en promedio y desviación son de  $0,52 \pm 0,28$  para el grupo control y  $1,62 \pm 0,75$  para el grupo con DDATM, luego se tiene para el síntoma depresión  $0,53 \pm 0,39$  y  $1,72 \pm 0,66$  de promedio y desviación de puntajes directos para los grupos control y DDATM en ese mismo orden, para el síntoma ansiedad se tiene de promedio y desviación típica de puntajes directos de  $0,63 \pm 0,55$  para el grupo control y  $1,26 \pm 0,63$  para el grupo con DDATM, en el síntoma hostilidad se muestra un promedio y desviación de  $0,65 \pm 0,58$  y  $1,37 \pm 0,79$  de puntajes directos para los grupos control y DDATM respectivamente, para el síntoma ansiedad fóbica los puntajes directos en promedio y desviación son de  $0,42 \pm 0,38$  para el grupo control y  $1,03 \pm 0,72$  para el grupo con DDATM, luego se tiene para el síntoma ideación paranoide  $0,62 \pm 0,41$  y  $1,56 \pm 0,81$  de promedio y desviación de puntajes directos para los grupos control y DDATM en ese mismo orden, en cuanto al síntoma psicoticismo los valores promedio y desviación típica en puntajes directos fueron de  $0,36 \pm 0,29$  en el grupo control y  $1,09 \pm 0,77$  para el grupo con DDATM, finalmente para el caso del índice de severidad global la tendencia se mantiene en lo que respecta a promedio de puntaje directos superiores del grupo con DDATM en comparación al del grupo control, con  $1,47 \pm 0,58$  y  $0,53 \pm 0,26$  en el mismo orden en que se mencionaron. Sin embargo para demostrar que las diferencias encontradas son significativas a nivel poblacional se realizó el consiguiente análisis inferencial en el tratamiento estadístico N°-3.



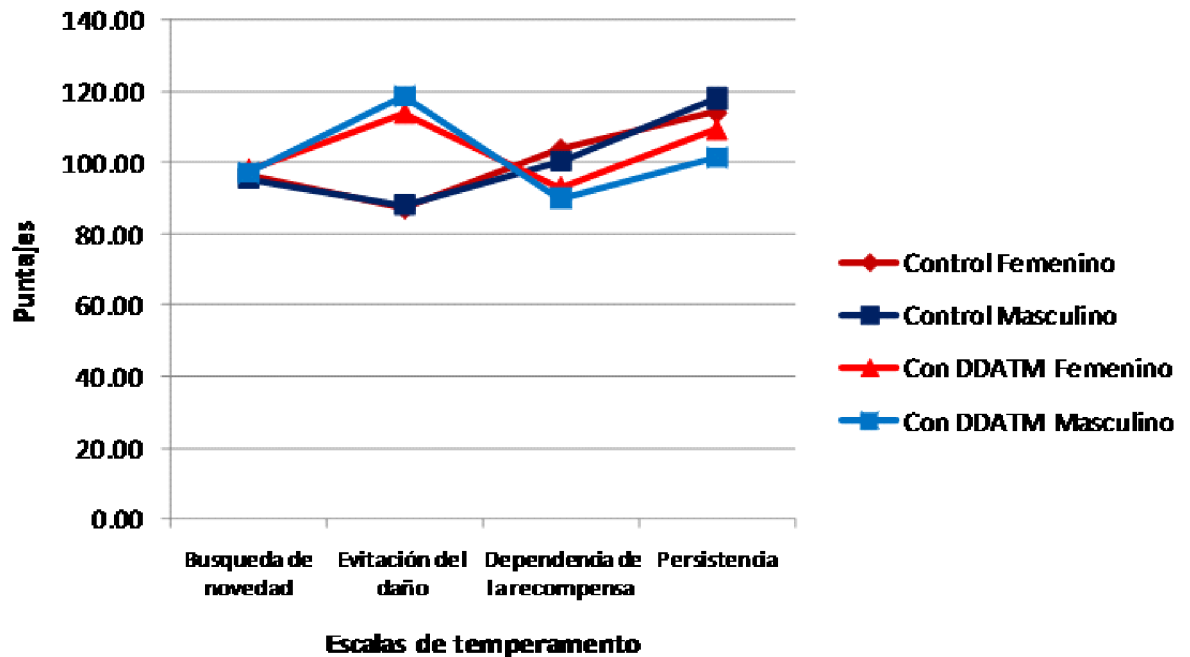
### CUADRO N°- 24

Estadísticos descriptivos de las escalas de temperamento de los rasgos de la personalidad según sexo y grupo de estudio de los pacientes objeto de investigación.

#### Estadísticos Descriptivos

Grupos de estudio	Sexo		Busqueda de novedad	Evitación del daño	Dependencia de la recompensa	Persistencia
Control	Femenino	N	28	28	28	28
		Media	96.46	87.39	104.00	114.07
		Desv. Tip.	12.143	13.065	12.287	19.877
	Masculino	N	22	22	22	22
		Media	95.59	88.23	100.50	118.14
		Desv. Tip.	13.444	14.687	13.866	18.607
	Total	N	50	50	50	50
		Media	96.08	87.76	102.46	115.86
		Desv. Tip.	12.605	13.663	12.987	19.242
Con DDATM	Femenino	N	37	37	37	37
		Media	98.00	113.78	93.03	109.22
		Desv. Tip.	12.191	16.133	9.850	18.802
	Masculino	N	13	13	13	13
		Media	97.15	118.77	90.08	101.54
		Desv. Tip.	14.719	14.084	14.750	19.721
	Total	N	50	50	50	50
		Media	97.78	115.08	92.26	107.22
		Desv. Tip.	12.743	15.642	11.237	19.145

Fuente: Cuadros N°-7 y 8



**Grafico N°-11.** Diagrama de líneas correspondiente a los estadísticos descriptivos de las escalas de temperamento de los rasgos de la personalidad según sexo y grupo de estudio de los pacientes objeto de investigación. Fuente: Cuadro N°- 24

**Interpretación:**

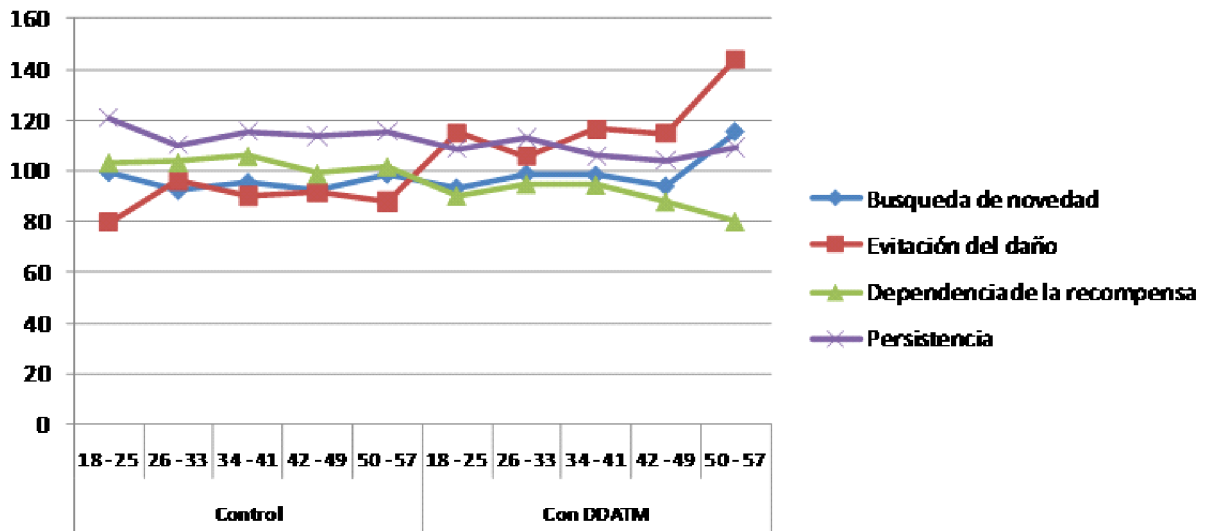
Al observar los resultados de las puntuaciones de los rasgos de personalidad en la dimensión temperamento presentados en la tabla N°-24 y en el grafico N°-11 es notable la similitud de los promedios en las puntuaciones de los diferentes rasgos y facetas, como lo son la búsqueda de novedad, evitación del daño, dependencia de la recompensa y persistencia entre los pacientes de los sexos femenino y masculino tanto de los que pertenecen al grupo con disfunción dolorosa de la ATM como los que pertenecen al grupo control. Solo se observa una ligera diferencia de las puntuaciones de la faceta evitación del daño entre el sexo femenino  $113,78 \pm 16,13$  y el sexo masculino  $118,77 \pm 14,08$  de los pacientes del con disfunción dolorosa de la ATM, asimismo en el grupo con DDATM hay ligera diferencia en las puntuaciones de la faceta persistencia con un promedio y desviación típica de  $109,22 \pm 18,80$  para el sexo femenino y  $101,54 \pm 19,72$  para el sexo masculino.

**CUADRO N°-25**

Estadísticos descriptivos de las escalas de temperamento de los rasgos de la personalidad según edad y grupo de estudio de los pacientes objeto de investigación.

Estadísticos Descriptivos						
Grupos de estudio	Edad		Busqueda de novedad	Evitación del daño	Dependencia de la recompensa	Persistencia
Control	18 - 25	N	13	13	13	13
		Media	99.38	79.62	103.31	120.69
		Desv. Tip.	13.201	13.878	13.610	15.157
	26 - 33	N	5	5	5	5
		Media	92.40	95.80	103.40	110.20
		Desv. Tip.	8.989	5.718	13.012	19.614
	34 - 41	N	10	10	10	10
		Media	95.50	90.00	105.90	115.60
		Desv. Tip.	8.017	17.237	12.897	21.950
	42 - 49	N	12	12	12	12
		Media	92.33	91.42	98.92	113.58
		Desv. Tip.	15.347	9.568	11.501	21.125
	50 - 57	N	10	10	10	10
		Media	98.70	87.70	101.70	115.40
		Desv. Tip.	13.953	13.450	15.363	21.272
	Total	N	50	50	50	50
		Media	96.08	87.76	102.46	115.86
		Desv. Tip.	12.605	13.663	12.987	19.242
Con DDATM	18 - 25	N	5	5	5	5
		Media	93.40	115.00	90.20	108.60
		Desv. Tip.	7.570	13.058	8.672	24.460
	26 - 33	N	9	9	9	9
		Media	98.78	105.44	94.89	113.00
		Desv. Tip.	17.929	17.714	14.217	22.040
	34 - 41	N	24	24	24	24
		Media	98.38	116.42	94.54	105.92
		Desv. Tip.	11.025	12.007	12.051	18.996
	42 - 49	N	10	10	10	10
		Media	94.10	114.80	87.90	104.10
		Desv. Tip.	12.574	17.132	4.483	16.960
	50 - 57	N	2	2	2	2
		Media	115.50	144.00	80.00	109.00
		Desv. Tip.	7.778	16.971	7.071	18.385
	Total	N	50	50	50	50
		Media	97.78	115.08	92.26	107.22
		Desv. Tip.	12.743	15.642	11.237	19.145

Fuente: Cuadros N°-7 y 8



**Grafico N°- 12.** Diagrama de líneas correspondiente a los estadísticos descriptivos de las escalas de temperamento de los rasgos de la personalidad según edad y grupo de estudio de los pacientes objeto de investigación. Fuente: Cuadro N°-25

Interpretación:

Según se desprende del cuadro N°-25 y del grafico N°-12 el resultado de las puntuaciones de los rasgos de personalidad en la dimensión temperamento, es notoria la similitud de los promedios en las puntuaciones de los diferentes rasgos y facetas, a saber, la búsqueda de novedad, evitación del daño, dependencia de la recompensa y persistencia entre los pacientes de los diferentes grupos etarios tanto de los que pertenecen al grupo con disfunción dolorosa de la ATM como los que pertenecen al grupo control. Sin embargo entre los pacientes que pertenecen al grupo control destaca con una puntuación en promedio de  $79,62 \pm 13,88$  en la faceta evitación del daño en el intervalo de edad de 18 a 25 años menor que en los demás intervalos de edad; por otra parte entre los pacientes con disfunción dolorosa de la ATM sobresale con una puntuación en promedio de  $115,5 \pm 7,78$  en la faceta búsqueda de novedad en el intervalo de edad de 50 a 57 años mayor que los demás intervalos de edad, caso parecido el de la faceta

evitación del daño que entre las edades comprendidas entre 50 y 57 años mostró un promedio de  $144,00 \pm 16,97$  superior a los demás segmentos de edades; además la puntuación en promedio de  $80,00 \pm 7,07$  de la faceta dependencia de la recompensa en el intervalo de edad de 50 a 57 años resulto ser menor que en los demás intervalos de edad.

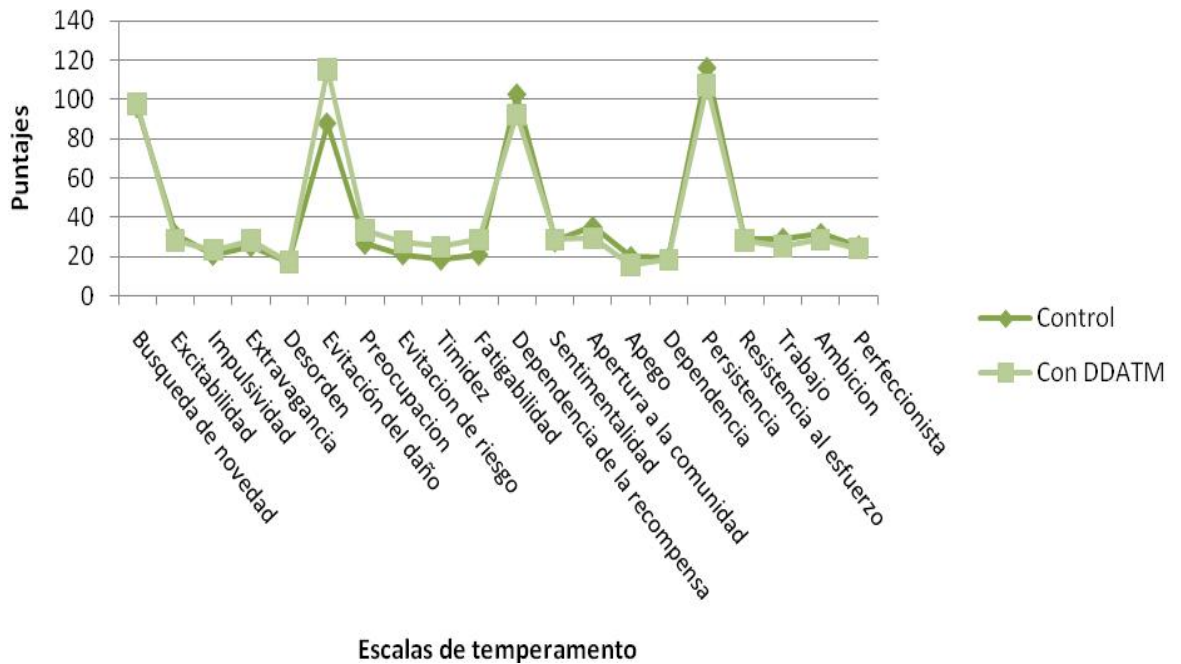
### CUADRO N°-26

Estadísticos descriptivos de las escalas de temperamento de los rasgos de la personalidad según el grupo de estudio de los pacientes objeto de investigación.

#### Estadísticos Descriptivos

Facetas de la personalidad (Temperamento)	Grupos de estudio					
	Control			Con DDATM		
	N	Media	Desv. Tip.	N	Media	Desv. Tip.
<b>Busqueda de novedad</b>	50	96.08	12.605	50	97.78	12.743
Excitabilidad	50	31.48	4.837	50	28.48	4.306
Impulsividad	50	21.14	5.514	50	23.54	4.032
Extravagancia	50	25.52	5.429	50	28.30	6.431
Desorden	50	17.34	4.217	50	17.46	3.824
<b>Evitación del daño</b>	50	87.76	13.663	50	115.08	15.642
Preocupacion	50	26.74	5.823	50	33.48	5.219
Evitacion de riesgo	50	21.34	3.998	50	27.52	3.495
Timidez	50	18.68	4.501	50	25.08	5.154
Fatigabilidad	50	21.18	4.327	50	28.74	7.902
<b>Dependencia de la recompensa</b>	50	102.46	12.987	50	92.26	11.237
Sentimentalidad	50	27.94	3.347	50	28.78	3.321
Apertura a la comunidad	50	35.28	6.627	50	29.44	7.054
Apego	50	20.12	3.942	50	15.72	4.656
Dependencia	50	19.68	4.675	50	18.52	3.046
<b>Persistencia</b>	50	115.86	19.242	50	107.22	19.145
Resistencia al esfuerzo	50	28.98	6.387	50	28.34	6.156
Trabajo	50	29.34	5.251	50	25.54	5.567
Ambicion	50	31.76	4.830	50	28.72	7.376
Perfeccionista	50	25.54	6.418	50	24.14	4.585

Fuente: Cuadros N°-7 y 8



**Grafico N°-13.** Diagrama de líneas correspondiente a los estadísticos descriptivos de las escalas de temperamento de los rasgos de la personalidad según el grupo de estudio de los pacientes objeto de investigación. Fuente: Cuadro N°-26.

**Interpretación:**

Tanto en el cuadro N°-26 como en el grafico N°-13 se muestra el comportamiento de las puntuaciones de los rasgos de personalidad en la dimensión temperamento en sus diferentes rasgos y facetas presentadas por los pacientes con disfunción dolorosa de la ATM y los pacientes del grupo control. Al respecto se evidencia la paridad de puntajes en los grupos de estudio en cuanto al rasgo búsqueda de novedad señalada en los promedios y desviaciones típicas de  $96,08 \pm 12,60$  y  $97,78 \pm 12,74$  para los grupos control y con DDATM respectivamente, lo que implica que ambos grupos se comportan igual en lo referente a la búsqueda de la novedad. Los dos grupos presentan medias por encima de 87,5 lo cual representa altas puntuaciones que indican una actividad exploratoria en respuesta a la novedad, curiosidad, se aburren fácilmente, toman decisiones de manera impulsiva, acercamiento rápido a las señales de premio,

desaparición rápido de la cólera y evitación a la frustración. Igualmente en lo referente al rasgo de dependencia de la recompensa se evidencian valores cercanos de  $102,46 \pm 12,99$  y  $92,26 \pm 11,24$  de promedio y desviación típica en los puntajes presentados por el grupo control y el grupo con disfunción dolorosa de la ATM en ese orden, los dos grupos presentan medias por encima de 75, lo que viene a señalar que ambos grupos se manifiestan con sentimentalismo, dependencia social, dependencia de los otros, sensibilidad y calidez. Asimismo se observan valores parecidos en cuanto a la persistencia con un  $115,86 \pm 19,24$  y  $107,22 \pm 19,14$  de promedio y desviación típica para los grupos control y con DDATM respectivamente, estando nuevamente ambos grupos por encima de la media 87,5 que se muestran falta de perseverancia en la conducta como respuesta a la frustración y a la fatiga, inestabilidad e indolencia. Al contrario de los rasgos antes mencionados, en la evitación al daño los grupos de estudio presentan diferencias considerables evidenciados en el promedio y la desviación típica de  $87,76 \pm 13,66$  y  $115,08 \pm 15,64$  para los grupos control y con DDATM en ese orden, presentando ambos grupos medias por encima de 82,5; aunque el grupo control se presentó cercana a la misma y el grupo con DDATM muy por encima de la misma. Esto indica que ambos grupos se manifiestan con inhibición o supresiones de conductas, cuidadosas, pesimistas, cautelosas, se anticipan a problemas futuros, manifiestan conductas de evitación pasivas, miedo a la incertidumbre, timidez ante los extraños y fatigabilidad rápida. No obstante para determinar si estas diferencias en promedio son significativas a nivel poblacional, se realizó el respectivo análisis inferencial en el tratamiento estadístico  $N^{\circ}$ -4.

**CUADRO N°- 27**

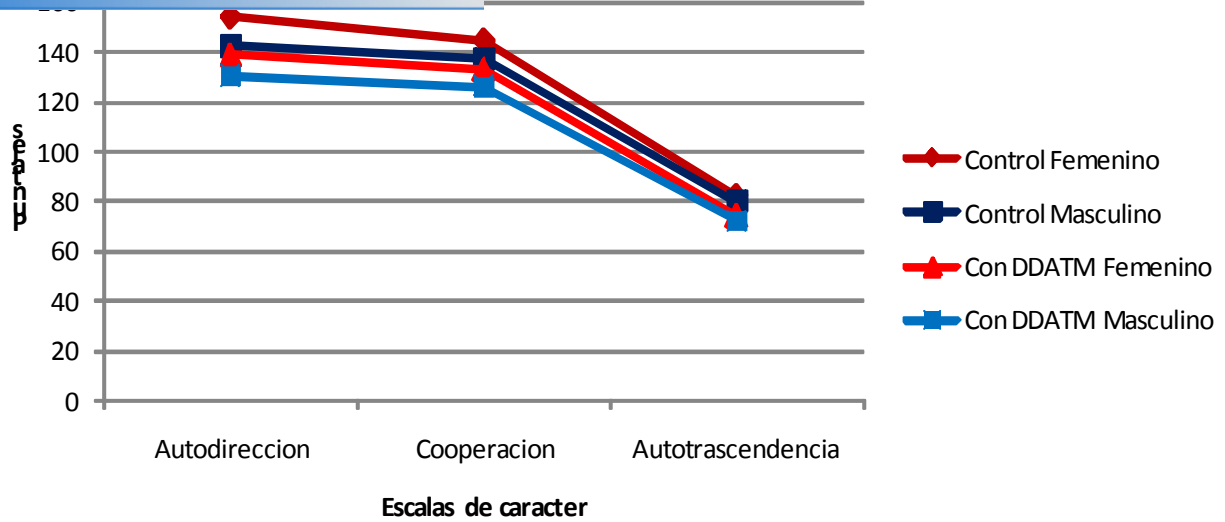
Estadísticos descriptivos de las escalas de carácter de los rasgos de la personalidad según sexo y grupo de estudio de los pacientes objeto de investigación.

Estadísticos Descriptivos					
Grupos de estudio	Sexo		Autodirección	Cooperación	Autotrascendencia
Control	Femenino	N	28	28	28
		Media	154.07	144.54	81.75
		Desv. Tip.	22.274	16.073	14.993
	Masculino	N	22	22	22
		Media	142.45	137.05	79.82
		Desv. Tip.	20.727	17.616	10.477
	Total	N	50	50	50
		Media	148.96	141.24	80.90
		Desv. Tip.	22.168	17.013	13.109
Con DDATM	Femenino	N	37	37	37
		Media	138.78	132.73	74.14
		Desv. Tip.	19.197	15.984	17.823
	Masculino	N	13	13	13
		Media	130.31	126.08	72.08
		Desv. Tip.	20.291	18.549	16.464
	Total	N	50	50	50
		Media	136.58	131.00	73.60
		Desv. Tip.	19.639	16.753	17.338

Fuente: Cuadros N°-9 y 10



Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features



**Grafico N°-14.** Diagrama de líneas correspondiente a los estadísticos descriptivos de las escalas de carácter de los rasgos de la personalidad según sexo y grupo de estudio de los pacientes objeto de investigación. Fuente: Cuadro N°-27

**Interpretación:**

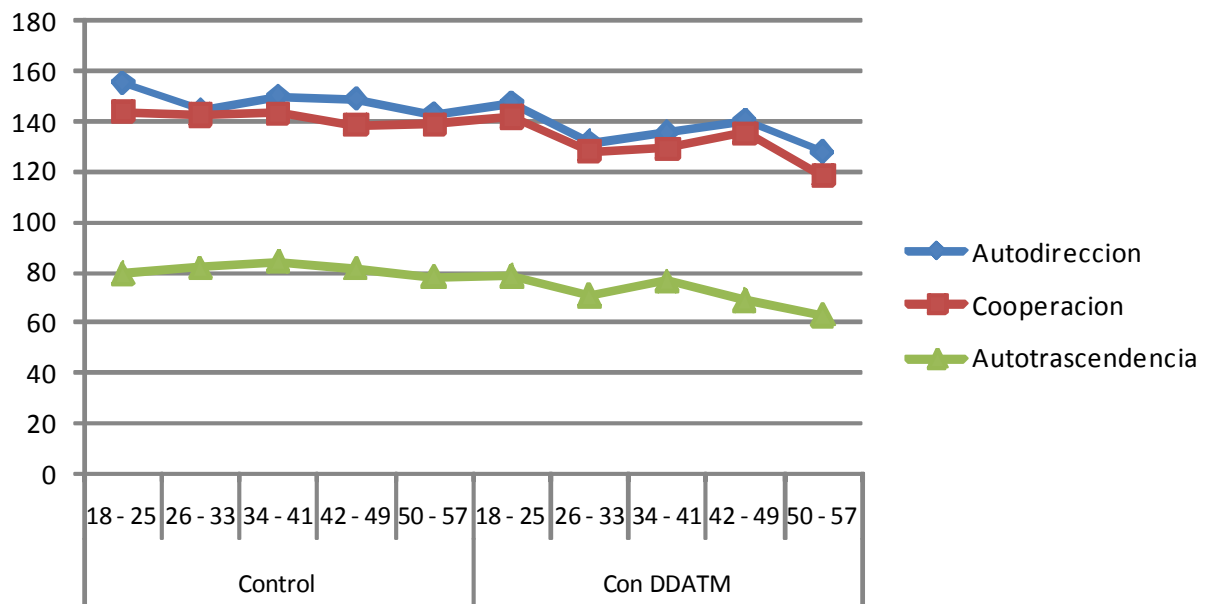
Al observar los resultados de las puntuaciones de los rasgos de personalidad en la dimensión carácter presentados en la tabla N°-27 y en el grafico N°-14 es evidente la similitud de los promedios en las puntuaciones de los diferentes rasgos y facetas, como lo son la autodirección, la cooperación y la autotrascendencia entre los pacientes de sexo femenino y masculino tanto de los que pertenecen al grupo con disfunción dolorosa de la ATM como los que pertenecen al grupo control. Solo se observa una ligera diferencia de las puntuaciones de la faceta autodirección entre el sexo femenino  $154,07 \pm 22,27$  y el sexo masculino  $142,45 \pm 20,73$  de los pacientes del grupo control.

**CUADRO N°-28**

Estadísticos descriptivos de las escalas de carácter de los rasgos de la personalidad según edad y grupo de estudio de los pacientes objeto de investigación.

Estadísticos Descriptivos					
Grupos de estudio	Edad		Autodirección	Cooperación	Autotranscendencia
Control	18 - 25	N	13	13	13
		Media	155.00	143.85	79.38
		Desv. Tip.	25.120	18.796	14.379
	26 - 33	N	5	5	5
		Media	144.40	142.60	81.80
		Desv. Tip.	18.796	18.501	16.453
	34 - 41	N	10	10	10
		Media	149.80	143.10	84.40
		Desv. Tip.	20.970	15.096	13.492
	42 - 49	N	12	12	12
		Media	148.75	138.42	81.50
		Desv. Tip.	22.784	15.234	13.879
	50 - 57	N	10	10	10
		Media	142.80	138.70	78.20
		Desv. Tip.	22.265	20.216	9.807
	Total	N	50	50	50
		Media	148.96	141.24	80.90
		Desv. Tip.	22.168	17.013	13.109
Con DDATM	18 - 25	N	5	5	5
		Media	147.20	141.80	78.40
		Desv. Tip.	32.752	28.613	17.615
	26 - 33	N	9	9	9
		Media	131.67	127.89	70.78
		Desv. Tip.	18.473	12.654	22.460
	34 - 41	N	24	24	24
		Media	135.46	129.21	76.54
		Desv. Tip.	17.594	15.654	16.349
	42 - 49	N	10	10	10
		Media	140.20	135.20	68.80
		Desv. Tip.	19.634	15.288	16.082
	50 - 57	N	2	2	2
		Media	127.50	118.50	63.00
		Desv. Tip.	13.435	14.849	11.314
	Total	N	50	50	50
		Media	136.58	131.00	73.60
		Desv. Tip.	19.639	16.753	17.338

Fuente: Cuadros N°-9 y 10



**Grafico N°-15.** Diagrama de líneas correspondiente a los estadísticos descriptivos de las escalas de carácter de los rasgos de la personalidad según edad y grupo de estudio de los pacientes objeto de investigación. Fuente: Cuadro N°-28

**Interpretación:**

Según se desprende del cuadro N°-28 y del grafico N°-15 el resultado de las puntuaciones de los rasgos de personalidad en la dimensión carácter, es notoria la similitud de los promedios en las puntuaciones de los diferentes rasgos y facetas, a saber, la autodirección, la cooperación y la autotrascendencia entre los pacientes de los diferentes grupos etarios tanto de los que pertenecen al grupo con disfunción dolorosa de la ATM como los que pertenecen al grupo control. Sin embargo entre los pacientes que pertenecen al grupo control destaca con una puntuación en promedio de  $155,00 \pm 25,12$  en la faceta autodirección en el intervalo de edad de 18 a 25 años mayor que en los demás intervalos de edad; por otra parte entre los pacientes con disfunción dolorosa de la ATM sobresale con una puntuación en promedio de  $147,2 \pm 32,75$  en la faceta autodirección en el intervalo de edad de 18 a 25 años mayor que los demás intervalos de edad, caso parecido el de la faceta cooperación que entre las edades comprendidas entre 18 y 25 años mostró un promedio de  $141,80 \pm 28,6197$

superior a los demás segmentos de edades; asimismo la puntuación en promedio de  $78,40 \pm 17,62$  de la faceta autotrascendencia en el intervalo de edad de 18 a 25 años resulto ser mayor que en los demás intervalos de edad.

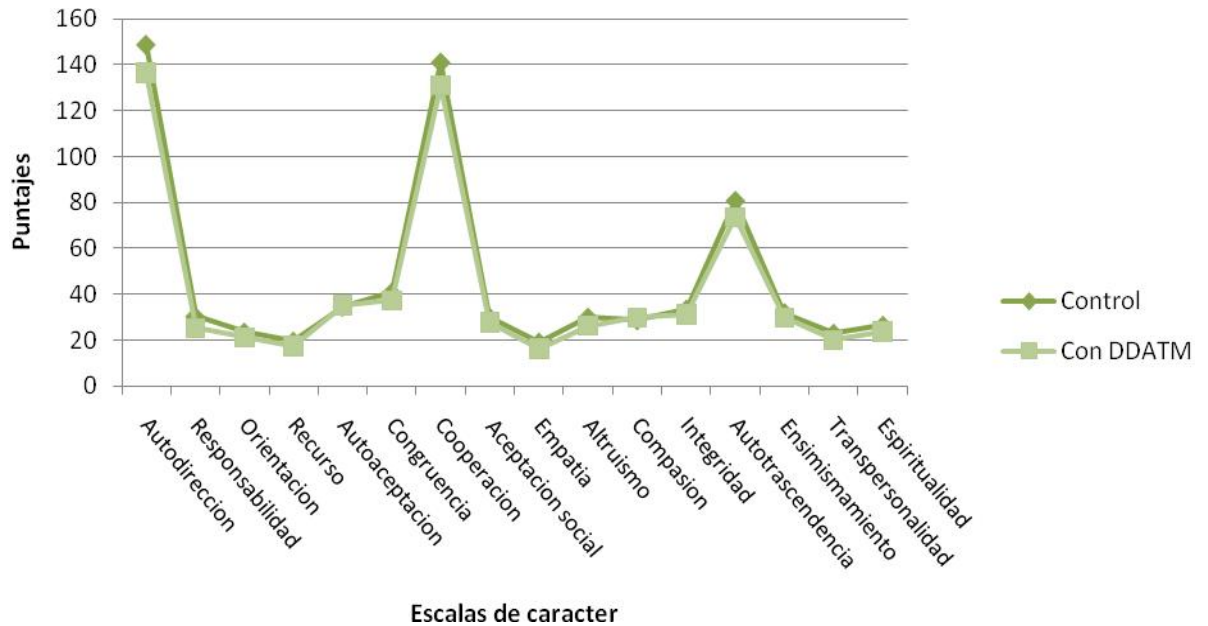
### CUADRO N°-29

Estadísticos descriptivos de las escalas de carácter de los rasgos de la personalidad según el grupo de estudio de los pacientes objeto de investigación.

Facetas de la personalidad (Caracter)	Estadísticos Descriptivos					
	Grupos de estudio					
	Control			Con DDATM		
	N	Media	Desv. Tip.	N	Media	Desv. Tip.
<b>Autodirección</b>	50	148.96	22.168	50	136.58	19.639
Responsabilidad	50	30.42	6.044	50	25.26	6.776
Orientación	50	23.46	3.575	50	21.26	4.458
Recurso	50	19.48	3.530	50	17.54	4.559
Autoaceptación	50	34.78	6.032	50	35.08	6.375
Congruencia	50	40.78	7.574	50	37.32	5.497
<b>Cooperación</b>	50	141.24	17.013	50	131.00	16.753
Aceptación social	50	29.88	5.457	50	27.60	4.567
Empatía	50	19.16	3.466	50	16.18	3.926
Altruismo	50	29.96	5.307	50	26.32	4.172
Compasión	50	28.92	3.630	50	29.84	5.200
Integridad	50	33.42	3.965	50	31.06	4.437
<b>Autotrascendencia</b>	50	80.90	13.109	50	73.60	17.338
Ensimismamiento	50	31.94	4.354	50	29.82	5.738
Transpersonalidad	50	22.94	4.926	50	20.06	5.998
Espiritualidad	50	26.44	6.920	50	23.72	7.220

Fuente: Cuadros N°-9 y 10

Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features



**Grafico N°-16.** Diagrama de líneas correspondiente a los estadísticos descriptivos de las escalas de carácter de los rasgos de la personalidad según el grupo de estudio de los pacientes objeto de investigación. Fuente: Cuadro N°-29

**Interpretación:**

Tanto en el cuadro N°-29 como en el grafico N°-16 se muestra el comportamiento de las puntuaciones de los rasgos de personalidad en la dimensión carácter en sus diferentes rasgos y facetas presentadas por los pacientes con disfunción dolorosa de la ATM y los pacientes del grupo control. Al respecto se evidencia la paridad de puntajes en los grupos de estudio en cuanto al rasgo cooperación evidenciados en los promedios y desviaciones típicas de  $141,24 \pm 17,01$  y  $131,00 \pm 16,75$  para los grupos control y con DDATM respectivamente, presentando ambos medias por encima de 70 lo que indica que ambos grupos se comportan como personas socialmente tolerantes, empáticos, útiles y compasivos. Igualmente en lo referente al rasgo autotrascendencia se evidencian valores cercanos de  $80,90 \pm 13,11$  y  $73,60 \pm 17,34$  de promedio y desviación típica en los puntajes presentados por el grupo control y el grupo con disfunción dolorosa de la

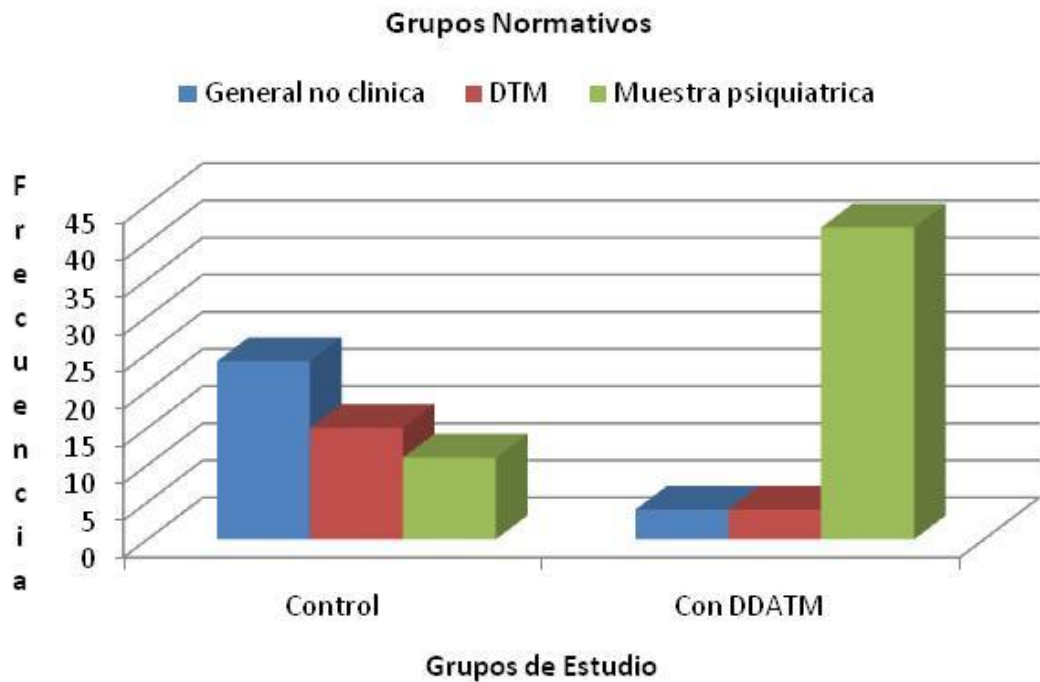
ATM en ese orden, los dos grupos presentan medias por encima de 65, lo que viene a señalar que los pacientes de ambos grupos se presentan como personas abstraídas, presentan identificación transpersonal, es decir, se sienten conectados espiritualmente y emocionalmente con los demás, y muy espirituales. En contradicción con los rasgos antes mencionados, en la autodirección los grupos de estudio presentan diferencias considerables evidenciados en el promedio y desviación típica de  $148,96 \pm 22,17$  y  $136,58 \pm 19,64$  de promedio y desviación típica para los grupos control y con DDATM respectivamente, esta situación de puntuación más alta presentada por el grupo control en el rasgo autodirección de la dimensión carácter se repite en sus facetas responsabilidad, orientación, recurso y congruencia, pero en lo concerniente a su faceta autoaceptación los puntajes entre los grupos son similares demostrados en  $34,78 \pm 6,03$  y  $35,08 \pm 6,38$  en promedio y desviación típica de los grupos control y con DDATM en ese orden, es por ello que se puede afirmar que el grupo con DDATM es más propenso a tener sentimientos de inferioridad, baja autoestima, tienden a culpar a los otros de sus problemas, dudan sobre su identidad o propósitos y son inmaduros o presentan características infantiles en comparación con los pacientes del grupo control, aunque ambos grupos presentaron medias por encima de 100. Sin embargo para constatar si estas diferencias en promedio son significativas a nivel poblacional, se realizó el respectivo análisis inferencial en el tratamiento estadístico N°-5.

**CUADRO N°-30**

Distribución de frecuencias por grupo de estudio y grupo normativo para los niveles generales de los síntomas de Psicopatología de los pacientes objeto de investigación.

Grupo Normativo	Estadísticos	Grupos de estudio		
		Control	Con DDATM	Total
General no clinica	Frecuencia	24	4	28
	% Grupo Normativo	85.7%	14.3%	100.0%
	% Grupos de estudio	48.0%	8.0%	28.0%
	% del Total	24.0%	4.0%	28.0%
DTM	Frecuencia	15	4	19
	% Grupo Normativo	78.9%	21.1%	100.0%
	% Grupos de estudio	30.0%	8.0%	19.0%
	% del Total	15.0%	4.0%	19.0%
Muestra psiquiatrica	Frecuencia	11	42	53
	% Grupo Normativo	20.8%	79.2%	100.0%
	% Grupos de estudio	22.0%	84.0%	53.0%
	% del Total	11.0%	42.0%	53.0%

Fuente: Cuadros N°-5 y 6.



**Grafico N°-17.** Diagrama de barras múltiples correspondiente a las frecuencias por grupo de estudio y grupo normativo para los niveles generales de los síntomas de Psicopatología de los pacientes objeto de investigación. Fuente: Cuadro N°-30

Interpretación:

Más de la mitad, específicamente el 53% de los pacientes que conforman la investigación pertenecen al grupo normativo muestra psiquiátrica, de los cuales el 42% son pacientes con disfunción dolorosa de la ATM y el 11% son del grupo control, tal y como se observa tanto en el cuadro N°-30 como en el grafico N°-17; luego un poco más de la cuarta parte, exactamente el 28% de los afectados se ubican en el grupo normativo de población general no clínica, de los cuales el 24% se encuentran en el grupo control y el 4% restante está en el grupo con DDATM; por ultimo un 19% de los sujetos en estudio se clasifican dentro del grupo con disfunción psicósomática temporo-mandibular, y de ellos el 15% son del grupo control y el 4% del grupo con DDATM. Conviene resaltar el hecho de



que casi la mitad, el 48%, de los pacientes del grupo control se ubican entre la población general no clínica, mientras que en el grupo de pacientes con disfunción dolorosa de la ATM el 84%, casi la totalidad, se clasifican en el grupo normativo de muestra psiquiátrica.

### **Análisis Estadístico Inferencial**

Con el fin de generalizar las tendencias observadas en el análisis descriptivo anterior, se procedió a realizar los siguientes tratamientos estadísticos inferenciales, en relación al contraste de las hipótesis de trabajo.

El análisis de los resultados relativos al impacto de los acontecimientos vitales, la reactividad al estrés, los diferentes síntomas de psicopatologías y los rasgos de la personalidad requirieron de un contraste paramétrico debido a que la muestra estudiada es representativa, además las variables objeto de estudio se miden en una escala de razón.

#### **Tratamiento estadístico N°-1.**

Para el análisis del impacto de los acontecimientos vitales en los diferentes grupos de estudio se seleccionó un contraste de hipótesis sobre medias, para lo cual se aplicó la prueba T de Student para dos muestras independientes. Derivado de la hipótesis específica 1 se formuló la siguiente hipótesis de trabajo:

#### *Hipótesis Operacional 1.*

El promedio de las unidades de cambio vital obtenido por los pacientes con disfunción dolorosa de la ATM es superior al obtenido por los pacientes del grupo control.

De esta hipótesis se enunciaron las hipótesis estadísticas respectivas:

Hipótesis de Nulidad 1 ( $H_{01}$ ): El promedio de las unidades de cambio vital obtenido por los grupos control y DDATM son iguales.

Hipótesis Alternativa 1 ( $H_{11}$ ): El promedio de las unidades de cambio vital obtenido por los grupos control y DDATM son diferentes.

Simbólicamente:

$$H_{01}: \mu_{D1} = \mu_{C1}$$

$$H_{11}: \mu_{D1} \neq \mu_{C1}$$

Donde:

$\mu_{D1}$  = Promedio del grupo DDATM en las unidades de cambio vital.

$\mu_{C1}$  = Promedio del grupo control en las unidades de cambio vital.

Estas hipótesis se contrastaron mediante la prueba t-student para diferencias de medias con un índice de significación  $= 0,05$  y con  $(n_1 + n_2 - 2) = 98$  grados de libertad.

Los datos procesados con el programa SPSS 16 dieron los siguientes resultados

**CUADRO N°- 31.**

Estadísticos descriptivos del procedimiento Prueba t-student para las Unidades de Cambio Vital de los grupos Control y DDATM.

	Grupos de estudio	N	Media	Desviacion Tipica	Error tipico de la media
Unidades de cambio vital	Control	50	478.32	171.961	24.319
	Con DDATM	50	694.72	270.022	38.187

Fuente: Cuadros N°-1 y 2

**CUADRO N°- 32.**

Resumen del procedimiento Prueba t-student para muestras independientes en las Unidades de Cambio Vital de los grupos Control y DDATM.

		Unidades de cambio vital	
		Asumiendo varianzas iguales	No asumiendo varianzas iguales
Prueba de Levene para la igualdad de varianzas	F	8.769	
	Sig.	.004	
Prueba T para la igualdad de medias	t	-4.780	-4.780
	gl	98	83.131
	Sig. (bilateral)	.000	.000
	Diferencia de medias	-216.400	-216.400
	Error tipico de la diferencia	45.273	45.273
	95% Intervalo de confianza para la diferencia	Inferior	-306.243
	Superior	-126.557	-126.356

Fuente: Cuadros N°-1 y 2.

Interpretación.

El cuadro N°-31 muestra los datos descriptivos de los grupos control y DDATM respecto a la variable unidades de cambio vital. El cuadro N°-32 despliega la prueba de igualdad de varianzas de Levene, en la cual un  $F = 8,769$  con una significación de 0,004, menor que 0,05; por lo que debe rechazarse la hipótesis de igualdad de varianzas y asumir que son distintas. En consecuencia, no asumiendo varianzas iguales se tiene un valor  $t = -4,780$  con una significación de  $0,000 <$  lo que permite rechazar la hipótesis de nulidad 1 ( $H_{01}$ ). Es decir con 95% de confianza se afirmaría que la diferencia en cuanto al promedio en las unidades de cambio vital entre el grupo control y el grupo con DDATM es estadísticamente significativa. Es así que, como el promedio de unidades de cambio vital del grupo con DDATM es 694,72; superior a 478,32 UCV obtenido del grupo control, esto permite considerar que el impacto de los acontecimientos vitales influye en la disfunción dolorosa de la ATM.

### **Tratamiento estadístico N°-2.**

Para el análisis del índice de reactividad al estrés en los diferentes grupos de estudio se seleccionó un contraste de hipótesis sobre medias, para lo cual se aplicó la prueba t de Student para dos muestras independientes. Derivado de la hipótesis específica 2 se formuló la siguiente hipótesis de trabajo:

*Hipótesis Operacional 2.*

El promedio de los índices de reactividad al estrés obtenido por los pacientes con disfunción dolorosa de la ATM es superior al obtenido por los pacientes del grupo control.

De esta hipótesis se enunciaron las hipótesis estadísticas respectivas:

Hipótesis de Nulidad 2 ( $H_{02}$ ): El promedio de los índices de reactividad al estrés obtenido por los grupos control y DDATM son iguales.

Hipótesis Alternativa 2 ( $H_{12}$ ): El promedio de los índices de reactividad al estrés obtenido por los grupos control y DDATM son diferentes.

Simbólicamente:

$$H_{02}: \mu_{D2} = \mu_{C2}$$

$$H_{12}: \mu_{D2} \neq \mu_{C2}$$

Donde:

$\mu_{D2}$  = Promedio del grupo DDATM en los índices de reactividad al estrés.

$\mu_{C2}$  = Promedio del grupo control en los índices de reactividad al estrés.

Estas hipótesis se contrastaron mediante la prueba t-student para diferencias de medias con un índice de significación = 0,05 y con  $(n_1 + n_2 \text{ ó } 2) = 98$  grados de libertad. Los datos procesados con el programa SPSS 16 dieron los siguientes resultados

**CUADRO N°- 33.**

Estadísticos descriptivos del procedimiento Prueba t-student para los Índices de Reactividad al Estrés de los grupos Control y DDATM.

	Grupos de estudio	N	Media	Desviación típica	Error típico de la media
Vegetativo	Control	50	.6060	.34291	.04849
	Con DDATM	50	1.2366	.53963	.07631
Emocional	Control	50	.5852	.42935	.06072
	Con DDATM	50	1.6680	.67686	.09572
Cognitivo	Control	50	1.0760	.56408	.07977
	Con DDATM	50	1.7360	.74114	.10481
Conductual	Control	50	.9618	.42881	.06064
	Con DDATM	50	1.4380	.59112	.08360
IRE Total	Control	50	.8090	.29838	.04220
	Con DDATM	50	1.5212	.54115	.07653

Fuente: Cuadros N°-3 y 4

**CUADRO N°- 34.**

Resumen del procedimiento Prueba t-student para muestras independientes en los Índices de Reactividad al Estrés.

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias					95% Intervalo de confianza para la diferencia	
		F	Sig.	t	gl.	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error tip. de la diferencia	Inferior	Superior
Vegetativo	Asumiendo varianzas iguales	11.170	.001	-6.974	98	.000	-.63060	.09042	-.81003	-.45117
	No asumiendo varianzas iguales			-6.974	83.025	.000	-.63060	.09042	-.81044	-.45076
Emocional	Asumiendo varianzas iguales	15.282	.000	-9.552	98	.000	-1.08280	.11336	-1.30775	-.85785
	No asumiendo varianzas iguales			-9.552	82.937	.000	-1.08280	.11336	-1.30826	-.85734
Cognitivo	Asumiendo varianzas iguales	9.682	.002	-5.011	98	.000	-.86000	.13172	-.92139	-.39861
	No asumiendo varianzas iguales			-5.011	91.506	.000	-.86000	.13172	-.92162	-.39838
Conductual	Asumiendo varianzas iguales	4.523	.036	-4.611	98	.000	-.47620	.10328	-.68115	-.27125
	No asumiendo varianzas iguales			-4.611	89.387	.000	-.47620	.10328	-.68140	-.27100
IRE Total	Asumiendo varianzas iguales	15.733	.000	-8.149	98	.000	-.71220	.08739	-.88563	-.53877
	No asumiendo varianzas iguales			-8.149	76.273	.000	-.71220	.08739	-.88625	-.53815

Fuente: Cuadros N°-3 y 4

**Interpretación.**

El cuadro N°-33 muestra los datos descriptivos de los grupos control y DDATM respecto a la variable índice de reactividad al estrés en las facetas vegetativo, emocional, cognitivo, conductual y total. El cuadro N°-34 despliega la prueba de igualdad de varianzas de Levene, en la cual los índices de reactividad al estrés en las facetas vegetativo, emocional, cognitivo, conductual y total presentan un F de 11,170; 15,282; 9,682; 4,523; y 15,733 con una significación de 0,001; 0,000; 0,002; 0,036 y 0,000 respectivamente, todas menores que 0,05; por lo que debe rechazarse la hipótesis de igualdad de varianzas y asumir que son distintas. En consecuencia, no asumiendo varianzas iguales se tienen los valores t de -6,974; -9,552; -5,011; -4,611 y -8,149 para los índices de reactividad al estrés en las facetas vegetativo, emocional, cognitivo, conductual y total; además todos presentan una significación de  $0,000 <$  lo que permite rechazar la hipótesis de nulidad 2 ( $H_{02}$ ). Es decir con 95% de confianza se afirmaría que la diferencia en cuanto al promedio en los índices de reactividad al estrés entre el grupo control y

el grupo con DDATM es estadísticamente significativa. Es así que, como los promedios de los índices de reactividad al estrés total y en todas sus facetas del grupo con DDATM son superiores a los índices respectivos obtenidos por el grupo control, esto permite considerar que la reactividad al estrés en sus facetas vegetativo, emocional, cognitivo y conductual, así como en su totalidad, influyen en la disfunción dolorosa de la ATM.

### **Tratamiento estadístico N°-3.**

Para el análisis de los síntomas de psicopatología en los diferentes grupos de estudio se seleccionó un contraste de hipótesis sobre medias, para lo cual se aplicó la prueba t de Student para dos muestras independientes. Derivado de la hipótesis específica 3 se formuló la siguiente hipótesis de trabajo:

#### *Hipótesis Operacional 3.*

El promedio de los puntajes directos en los síntomas de psicopatología obtenido por los pacientes con disfunción dolorosa de la ATM es superior al obtenido por los pacientes del grupo control.

De esta hipótesis se enunciaron las hipótesis estadísticas respectivas:

Hipótesis de Nulidad 3 ( $H_{03}$ ): El promedio de los puntajes directos en los síntomas de psicopatología obtenido por los grupos control y DDATM son iguales.

Hipótesis Alternativa 3 ( $H_{13}$ ): El promedio de los puntajes directos en los síntomas de psicopatología obtenido por los grupos control y DDATM son diferentes.

Simbólicamente:

$$H_{03}: \mu_{D3} = \mu_{C3}$$

$$H_{13}: \mu_{D3} \neq \mu_{C3}$$

Donde:

$\mu_{D3}$  = Promedio del grupo DDATM en los puntajes directos en los síntomas de psicopatología.

$\mu_{C3}$  = Promedio del grupo control en los puntajes directos en los síntomas de psicopatología.

Estas hipótesis se contrastaron mediante la prueba t-student para diferencias de medias con un índice de significación  $\alpha = 0,05$  y con  $(n_1 + n_2 - 2) = 98$  grados de libertad.

Los datos procesados con el programa SPSS 16 dieron los siguientes resultados



**CUADRO N°- 35.**

Estadísticos descriptivos del procedimiento Prueba t-Student para los puntajes directos en los Síntomas de Psicopatología de los grupos Control y DDATM.

	Grupos de estudio	N	Media	Desviación típica	Error típico de la media
Somatización	Control	50	.4998	.42339	.05988
	Con DDATM	50	1.4464	.71532	.10116
Obsesión-compulsión	Control	50	.6340	.36790	.05203
	Con DDATM	50	1.6260	.55025	.07782
Sensibilidad interpersonal	Control	50	.5232	.28017	.03962
	Con DDATM	50	1.6238	.74882	.10590
Depresión	Control	50	.5326	.38926	.05505
	Con DDATM	50	1.7160	.66461	.09399
Ansiedad	Control	50	.6320	.55381	.07832
	Con DDATM	50	1.2580	.62567	.08848
Hostilidad	Control	50	.6514	.57694	.08159
	Con DDATM	50	1.3720	.79470	.11239
Ansiedad fóbica	Control	50	.4192	.38337	.05422
	Con DDATM	50	1.0280	.71584	.10124
Ideación paranoide	Control	50	.6198	.40793	.05769
	Con DDATM	50	1.5642	.80970	.11451
Psicoticismo	Control	50	.3566	.28964	.04096
	Con DDATM	50	1.0940	.76942	.10881
Índice de severidad global	Control	50	.5332	.26298	.03719
	Con DDATM	50	1.4734	.58068	.08212

Fuente: Cuadros N°-5 y 6

Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features

**CUADRO N°-36.**

Resumen del procedimiento Prueba t-Student para muestras independientes para los puntajes directos en los Síntomas de Psicopatología.

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias					95% Intervalo de confianza para la diferencia	
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error tip. de la diferencia	Inferior	Superior
Somatizacion	Asumiendo varianzas iguales	15.583	.000	-8.052	98	.000	-.94660	.11755	-1.17988	-.71332
	No asumiendo varianzas iguales			-8.052	79.580	.000	-.94660	.11755	-1.18056	-.71264
Obsesion-compulsion	Asumiendo varianzas iguales	9.656	.002	-10.597	98	.000	-.99200	.09361	-1.17776	-.80624
	No asumiendo varianzas iguales			-10.597	85.512	.000	-.99200	.09361	-1.17810	-.80590
Sensibilidad interpersonal	Asumiendo varianzas iguales	42.761	.000	-9.734	98	.000	-1.10060	.11307	-1.32498	-.87622
	No asumiendo varianzas iguales			-9.734	62.455	.000	-1.10060	.11307	-1.32659	-.87461
Depresion	Asumiendo varianzas iguales	23.123	.000	-10.864	98	.000	-1.18340	.10893	-1.39956	-.96724
	No asumiendo varianzas iguales			-10.864	79.079	.000	-1.18340	.10893	-1.40021	-.96659
Ansiedad	Asumiendo varianzas iguales	2.526	.115	-5.298	98	.000	-.62600	.11817	-.86050	-.39150
	No asumiendo varianzas iguales			-5.298	96.577	.000	-.62600	.11817	-.86054	-.39146
Hostilidad	Asumiendo varianzas iguales	5.717	.019	-5.189	98	.000	-.72060	.13888	-.99621	-.44499
	No asumiendo varianzas iguales			-5.189	89.422	.000	-.72060	.13888	-.99654	-.44466
Ansiedad fobica	Asumiendo varianzas iguales	23.652	.000	-5.301	98	.000	-.60880	.11484	-.83669	-.38091
	No asumiendo varianzas iguales			-5.301	74.972	.000	-.60880	.11484	-.83757	-.38003
Ideacion paranoide	Asumiendo varianzas iguales	24.979	.000	-7.365	98	.000	-.94440	.12822	-1.19885	-.68995
	No asumiendo varianzas iguales			-7.365	72.368	.000	-.94440	.12822	-1.19998	-.68882
Psicoticismo	Asumiendo varianzas iguales	39.826	.000	-6.342	98	.000	-.73740	.11627	-.96813	-.50667
	No asumiendo varianzas iguales			-6.342	62.614	.000	-.73740	.11627	-.96977	-.50503
Indice de severidad global	Asumiendo varianzas iguales	25.741	.000	-10.429	98	.000	-.94020	.09015	-1.11910	-.76130
	No asumiendo varianzas iguales			-10.429	68.288	.000	-.94020	.09015	-1.12008	-.76032

Fuente: Cuadros N°-5 y 6

### Interpretación.

El cuadro N°-35 muestra los datos descriptivos de los grupos control y DDATM respecto a la variable síntomas de psicopatología en donde se contemplan los síntomas: somatización, obsesión ó compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide, psicoticismo, además del índice de severidad global. El cuadro N°- 36 despliega la prueba de igualdad de varianzas de Levene, en la cual los síntomas psicopatológicos: somatización, obsesión ó compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide, psicoticismo, además del índice de severidad global presentan un F de 15,583; 9,656; 42,761; 23,123; 5,717; 23,652; 24,979; 39,826 y 25,741; con una significación de 0,000; 0,002; 0,000; 0,000; 0,019; 0,000; 0,000; 0,000 y 0,000 respectivamente, todas menores que 0,05; por lo que debe rechazarse en esos casos la hipótesis de igualdad de varianzas y asumir que son distintas; solo en el caso del síntoma psicopatológico ansiedad se acepta la hipótesis de igualdad de varianza, ya que para este síntoma se obtuvo un F de 2,526 con un nivel de significación de 0,115 mayor que 0,05. En consecuencia, no asumiendo varianzas iguales se tienen los valores t de -8,052; -10,597; -9,734; -10,864; -5,189; -5,301; -7,365; -6,342 y -10,429 para los síntomas psicopatológicos somatización, obsesión ó compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide, psicoticismo, así como del índice de severidad global; y por otro lado, asumiendo igualdad de varianzas, se tiene un valor t de -5,298 para el síntoma psicopatológico ansiedad; no obstante todos presentan una significación de  $0,000 <$  lo que permite rechazar la hipótesis de nulidad 3 ( $H_{03}$ ). Es decir con 95% de confianza se afirmarí que la diferencia en cuanto al promedio en los puntajes directos de los síntomas de psicopatología entre el grupo control y el grupo con DDATM son estadísticamente significativos. Es así que, como los promedios de los puntajes directos de los síntomas psicopatológicos del grupo con DDATM son superiores a los puntajes respectivos obtenidos por el grupo control, esto permite considerar que la somatización, obsesión ó

compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide, psicoticismo, además del índice de severidad global, influyen en la disfunción dolorosa de la ATM.

#### **Tratamiento estadístico N°-4.**

Para el análisis de los rasgos de personalidad en la dimensión temperamento en los diferentes grupos de estudio se seleccionó un contraste de hipótesis sobre medias, para lo cual se aplicó la prueba t de Student para dos muestras independientes. Derivado de la hipótesis específica 4 se formuló la siguiente hipótesis de trabajo:

##### *Hipótesis Operacional 4.*

El promedio de las puntuaciones de los rasgos de personalidad en su dimensión temperamento obtenido por los pacientes con disfunción dolorosa de la ATM es superior al obtenido por los pacientes del grupo control.

De esta hipótesis se enunciaron las hipótesis estadísticas respectivas:

Hipótesis de Nulidad 4 ( $H_{04}$ ): El promedio de las puntuaciones de los rasgos de personalidad en su dimensión temperamento obtenido por los grupos control y DDATM son iguales.

Hipótesis Alternativa 4 ( $H_{14}$ ): El promedio de las puntuaciones de los rasgos de personalidad en su dimensión temperamento obtenido por los grupos control y DDATM son diferentes.

Simbólicamente:

$$H_{04}: \mu_{D4} = \mu_{C4}$$

$$H_{14}: \mu_{D4} \neq \mu_{C4}$$

Donde:

$\mu_{D4}$  = Promedio del grupo DDATM en las puntuaciones de los rasgos de personalidad en su dimensión temperamento.

$\mu_{C4}$  = Promedio del grupo control en las puntuaciones de los rasgos de personalidad en su dimensión temperamento.

Estas hipótesis se contrastaron mediante la prueba t-student para diferencias de medias con un índice de significación  $\alpha = 0,05$  y con  $(n_1 + n_2 - 2) = 98$  grados de libertad.

Los datos procesados con el programa SPSS 16 dieron los siguientes resultados

**CUADRO N°- 37.**

Estadísticos descriptivos del procedimiento Prueba t-student para las puntuaciones de los rasgos de personalidad en su dimensión temperamento de los grupos Control y DDATM.

	Grupos de estudio	N	Media	Desviacion típica	Error tipico de la media
Busqueda de novedad	Control	50	96.08	12.605	1.783
	Con DDATM	50	97.78	12.743	1.802
Evitación del daño	Control	50	87.76	13.663	1.932
	Con DDATM	50	115.08	15.642	2.212
Dependencia de la recompensa	Control	50	102.46	12.987	1.837
	Con DDATM	50	92.26	11.237	1.589
Persistencia	Control	50	115.86	19.242	2.721
	Con DDATM	50	107.22	19.145	2.708

Fuente: Cuadros N°-7 y 8

**CUADRO N°- 38.**

Resumen del procedimiento Prueba t-Student para muestras independientes en los rasgos de personalidad en su dimensión temperamento.

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias				95% Intervalo de confianza para la diferencia		
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error tip. de la diferencia	Inferior	Superior
Búsqueda de novedad	Asumiendo varianzas iguales	.771	.382	-.671	98	.504	-1.700	2.535	-6.730	3.330
	No asumiendo varianzas iguales			-.671	97.988	.504	-1.700	2.535	-6.730	3.330
Evitación del daño	Asumiendo varianzas iguales	2.732	.102	-9.301	98	.000	-27.320	2.937	-33.149	-21.491
	No asumiendo varianzas iguales			-9.301	96.259	.000	-27.320	2.937	-33.150	-21.490
Dependencia de la recompensa	Asumiendo varianzas iguales	.552	.459	4.200	98	.000	10.200	2.429	5.380	15.020
	No asumiendo varianzas iguales			4.200	96.017	.000	10.200	2.429	5.379	15.021
Persistencia	Asumiendo varianzas iguales	.101	.751	2.251	98	.027	8.640	3.839	1.022	16.258
	No asumiendo varianzas iguales			2.251	97.998	.027	8.640	3.839	1.022	16.258

Fuente: Cuadros N°-7 y 8

**Interpretación.**

El cuadro N°-37 muestra los datos descriptivos de los grupos control y DDATM respecto a la variable rasgos de personalidad en su dimensión temperamento en donde se contemplan las facetas: búsqueda de novedad, evitación del daño, dependencia de la recompensa y persistencia. El cuadro N°-38 despliega la prueba de igualdad de varianzas de Levene, en la cual los rasgos de personalidad en su dimensión temperamento a saber: búsqueda de novedad, evitación del daño, dependencia de la recompensa y persistencia presentan un F de 0,771; 2,732; 0,552 y 0,101; con una significación de 0,382; 0,102; 0,459 y 0,751 respectivamente, todas mayores que 0,05; por lo que debe rechazarse en esos casos la hipótesis de no igualdad de varianzas y asumir que son iguales. En consecuencia, asumiendo varianzas iguales se tienen los valores t de -9,301; 4,200 y 2,251 con una significación de 0,000; 0,000 y 0,027 para los rasgos de personalidad evitación del daño, dependencia de la recompensa y persistencia en ese orden, todos ellos menores que lo que permite rechazar la hipótesis de nulidad 4 ( $H_{04}$ ). Es decir con 95% de confianza se afirmaría que la diferencia en

cuanto al promedio en las puntuaciones de los rasgos de personalidad en su dimensión temperamento, evitación del daño, dependencia de la recompensa y persistencia entre el grupo control y el grupo con DDATM son estadísticamente significativos. Por el contrario, en el caso del rasgo de personalidad búsqueda de novedad se obtuvo un valor t de -0,671 con una significación de  $0,504 > \alpha$ , por lo tanto se admite la hipótesis de nulidad 4 ( $H_{04}$ ) en este caso, es decir el promedio en las puntuaciones del rasgo búsqueda de novedad entre los pacientes del grupo control y los del grupo con DDATM son iguales, por lo tanto este rasgo no influye en la disfunción dolorosa de la ATM. Por otro lado como el promedio de las puntuaciones del rasgo evitación del daño del grupo con DDATM es superior a las puntuaciones respectivas obtenidas por el grupo control, esto permite considerar que el rasgo de personalidad en su dimensión temperamento, evitación del daño, influye en la disfunción dolorosa de la ATM; no así los rasgos dependencia de la recompensa y persistencia.

#### **Tratamiento estadístico N°-5.**

Para el análisis de los rasgos de personalidad en la dimensión carácter en los diferentes grupos de estudio se seleccionó un contraste de hipótesis sobre medias, para lo cual se aplicó la prueba t de Student para dos muestras independientes. Derivado de la hipótesis específica 5 se formuló la siguiente hipótesis de trabajo:

##### *Hipótesis Operacional 5.*

El promedio de las puntuaciones de los rasgos de personalidad en su dimensión carácter obtenido por los pacientes con disfunción dolorosa de la ATM es superior al obtenido por los pacientes del grupo control.

De esta hipótesis se enunciaron las hipótesis estadísticas respectivas:

Hipótesis de Nulidad 5 ( $H_{05}$ ): El promedio de las puntuaciones de los rasgos de personalidad en su dimensión carácter obtenido por los grupos control y DDATM son iguales.

Hipótesis Alternativa 5 ( $H_{15}$ ): El promedio de las puntuaciones de los rasgos de personalidad en su dimensión carácter obtenido por los grupos control y DDATM son diferentes.

Simbólicamente:

$$H_{05}: \mu_{D5} = \mu_{C5}$$

$$H_{15}: \mu_{D5} \neq \mu_{C5}$$

Donde:

$\mu_{D5}$  = Promedio del grupo DDATM en las puntuaciones de los rasgos de personalidad en su dimensión carácter.

$\mu_{C5}$  = Promedio del grupo control en las puntuaciones de los rasgos de personalidad en su dimensión carácter.

Estas hipótesis se contrastaron mediante la prueba t-student para diferencias de medias con un índice de significación  $\alpha = 0,05$  y con  $(n_1 + n_2 - 2) = 98$  grados de libertad.

Los datos procesados con el programa SPSS 16 dieron los siguientes resultados



**CUADRO N°- 39.**

Estadísticos descriptivos del procedimiento Prueba t-student para las puntuaciones de los rasgos de personalidad en su dimensión carácter de los grupos Control y DDATM.

	Grupos de estudio	N	Media	Desviacion típica	Error tipico de la media
Autodireccion	Control	50	148.96	22.168	3.135
	Con DDATM	50	136.58	19.639	2.777
Cooperacion	Control	50	141.24	17.013	2.406
	Con DDATM	50	131.00	16.753	2.369
Autotrascendencia	Control	50	80.90	13.109	1.854
	Con DDATM	50	73.60	17.338	2.452

Fuente: Cuadros N°-9 y 10

**CUADRO N°- 40.**

Resumen del procedimiento Prueba t-Student para muestras independientes en los rasgos de personalidad en su dimensión carácter.

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias					95% Intervalo de confianza para la diferencia	
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error tp. de la diferencia	Inferior	Superior
Autodirección	Asumiendo igualdad de varianzas	2.736	.101	2.956	98	.004	12.380	4.188	4.068	20.692
	No asumiendo igualdad de varianzas			2.956	96.596	.004	12.380	4.188	4.067	20.693
Cooperación	Asumiendo igualdad de varianzas	.745	.390	3.033	98	.003	10.240	3.377	3.539	16.941
	No asumiendo igualdad de varianzas			3.033	97.977	.003	10.240	3.377	3.539	16.941
Autotrascendencia	Asumiendo igualdad de varianzas	7.789	.006	2.375	98	.020	7.300	3.074	1.200	13.400
	No asumiendo igualdad de varianzas			2.375	91.224	.020	7.300	3.074	1.194	13.406

Fuente: Cuadros N°-9 y 10

**Interpretación.**

El cuadro N°-39 muestra los datos descriptivos de los grupos control y DDATM respecto a la variable rasgos de personalidad en su dimensión carácter en donde se contemplan las facetas: autodirección, cooperación y autotrascendencia. El cuadro N°-40 despliega la prueba de igualdad de varianzas de Levene, en la cual los rasgos de personalidad en su dimensión carácter: autodirección y cooperación presentan un F de 2,736 y 0,745; con una significación de 0,101 y 0,390 respectivamente, las dos mayores que 0,05; por lo que debe rechazarse en esos casos la hipótesis de no igualdad de varianzas y asumir que son iguales; solo en el caso del rasgo de personalidad autotrascendencia se acepta la hipótesis de no igualdad de varianzas, ya que para este rasgo se obtuvo un F de 7,789 con un nivel de significación de 0,006 menor que 0,05. En consecuencia, asumiendo varianzas iguales se tienen los valores t de 2,956 y 3,033 para los rasgos de personalidad autodirección y cooperación; y por otro lado, asumiendo no igualdad de varianzas, se tiene un valor t de 2,375 para el rasgo de personalidad autotrascendencia; no obstante presentan una significación de 0,004; 0,003 y 0,020 todas < lo que permite rechazar la

hipótesis de nulidad 5 ( $H_{05}$ ). Es decir con 95% de confianza se afirmarí que la diferencia en cuanto al promedio en las puntuaciones de los rasgos de personalidad en su dimensión carácter entre el grupo control y el grupo con DDATM son estadísticamente significativos. Es así que, como los promedios de las puntuaciones de los rasgos de personalidad en su dimensión carácter del grupo con DDATM son inferiores a las puntuaciones respectivas obtenidas por el grupo control, esto permite considerar que la autodirección, la cooperación y la autotrascendencia no influyen en la disfunción dolorosa de la ATM.

#### **Tratamiento estadístico N°-6.**

En relación a la hipótesis específica 6 y con el objeto de determinar la significatividad de las diferencias obtenidas en el impacto de los aspectos psicológicos, a saber, impacto de los acontecimientos vitales, reactividad al estrés, síntomas psicopatológicos y rasgos de personalidad; en el desarrollo de la disfunción dolorosa de la articulación temporomandibular por los pacientes que acudieron al área de cirugía bucal y maxilofacial de pregrado y postgrado de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo y a la consulta privada del Centro Médico Dr. Rafael Guerra Méndez entre los años 2007 y 2009, como efecto atribuible al grupo con disfunción dolorosa de la ATM, se formuló la siguiente hipótesis operacional, la cual fue contrastada mediante el Modelo Lineal General de mediciones repetidas para los grupos con DDATM y control.

#### *Hipótesis Operacional 6.*

Los aspectos psicológicos observados en el grupo de pacientes con DDATM presenta niveles promedio más altos en los indicadores, unidades de cambio vital, índice de reactividad al estrés, puntajes directos de los síntomas de psicopatologías y los puntajes de los rasgos de personalidad en sus dimensiones temperamento y carácter, en comparación con los promedios logrados en los mismos indicadores por el grupo control.

Seguidamente se enunciaron las hipótesis estadísticas respectivas:

Hipótesis de Nulidad 6 ( $H_{06}$ ): Los niveles promedio en los indicadores de los aspectos psicológicos, unidades de cambio vital, índice de reactividad al estrés, puntajes directos de los síntomas de psicopatologías y los puntajes de los rasgos de personalidad en sus dimensiones temperamento y carácter, logrado por los pacientes de los grupos con DDATM y control son iguales.

Hipótesis Alternativa 6 ( $H_{16}$ ): En al menos un par de niveles promedio en los indicadores de los aspectos psicológicos, unidades de cambio vital, índice de reactividad al estrés, puntajes directos de los síntomas de psicopatologías y los puntajes de los rasgos de personalidad en sus dimensiones temperamento y carácter, logrado por los pacientes de los grupos con DDATM y control son diferentes.

Simbólicamente:

$$H_{06}: \mu_{D1} = \mu_{C1} \text{ y } \mu_{D2} = \mu_{C2} \text{ y } \mu_{D3} = \mu_{C3} \text{ y } \mu_{D4} = \mu_{C4} \text{ y } \mu_{D5} = \mu_{C5}$$

$$H_{16}: \mu_{D1} \neq \mu_{C1} \text{ ó } \mu_{D2} \neq \mu_{C2} \text{ ó } \mu_{D3} \neq \mu_{C3} \text{ ó } \mu_{D4} \neq \mu_{C4} \text{ ó } \mu_{D5} \neq \mu_{C5}$$

Donde:

$\mu_{D1}$  = Promedio en las unidades de cambio vital del grupo con DDATM.

$\mu_{C1}$  = Promedio en las unidades de cambio vital del grupo control.

$\mu_{D2}$  = Promedio en el índice de reactividad al estrés total del grupo con DDATM.

$\mu_{C2}$  = Promedio en el índice de reactividad al estrés total del grupo control.

$\mu_{D3}$  = Promedio en los puntajes directos de severidad global del grupo con DDATM.

$\mu_{C3}$  = Promedio en los puntajes directos de severidad global del grupo control.

$\mu_{D4}$  = Promedio en los puntajes del rasgo de personalidad temperamento del grupo con DDATM.

$\mu_{C4}$  = Promedio en los puntajes del rasgo de personalidad temperamento del grupo control.

$\mu_{D5}$  = Promedio en los puntajes del rasgo de personalidad carácter del grupo con DDATM.

$\mu_{C5}$  = Promedio en los puntajes del rasgo de personalidad carácter del grupo control.

Los resultados obtenidos con el programa SPSS 16 desplegaron lo siguiente

**CUADRO N°- 41.**

Factores inter-sujetos e intra-sujetos involucrados en el análisis de varianza modelo lineal general de mediciones repetidas.

**Factores Inter-sujetos**

		Etiqueta del valor	N
Grupos de estudio	1	Control	50
	2	Con DDATM	50

**Factores Intra-sujetos**

Medida: Promedio

Aspectos

Psicologicos      Variable Dependiente

1	UCV
2	IRETOT
3	ISG
4	BN
5	ED
6	DR
7	P
8	AD
9	C
10	AT

**CUADRO N° - 42.**

Prueba de contrastes multivariado del efecto de los aspectos psicológicos y del efecto de la interacción aspectos psicológicos por grupos de estudio.

**Prueba de Contrastes Multivariados<sup>b</sup>**

Efecto		Valor	F	Gl de la hipótesis	Gl del error	Sig.
Aspectos	Traza de Pillai	.998	5.758E3 <sup>a</sup>	9.000	90.000	.000
Aspectos * Grupo	Traza de Pillai	.615	15.998 <sup>a</sup>	9.000	90.000	.000

a. Estadístico exacto

b. Diseño: Intercept + Grupo  
Diseño Intra-sujetos: Aspectos

**CUADRON° - 43**

Prueba de esfericidad de Mauchly de las estimaciones de la variable Aspectos Psicológicos.

**Prueba de esfericidad de Mauchly<sup>b</sup>**

Medida: Promedio

Efecto intra-sujetos	W de Mauchly	Chi-cuadrado aprox.	Gl	Sig.	Epsilon <sup>a</sup>		
					Greenhouse-Geisser	Huynh-Feldt	Limite-inferior
Aspectos	.000	3309.657	44	.000	.118	.120	.111

Contrasta la hipótesis nula de que la matriz de covarianza error de las variables dependientes transformadas es proporcional a una matriz identidad.

a. Puede usarse para corregir los grados de libertad en las pruebas de significación promediadas. Las pruebas corregidas se muestran en la tabla Pruebas de los efectos Inter-sujetos.

b. Diseño: Intercept + Grupo  
Diseño Intra-sujetos: Aspectos

**CUADRO N° - 44.**

Prueba de los efectos dentro de las estimaciones de los procesos de Aspectos Psicológicos.

**Pruebas de los efectos Intra-sujetos**

Medida: Promedio

Fuente		Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadratica	F	Sig.
Aspectos	Esfericidad asumida	2.477E7	9	2751972.742	517.130	.000
	Greenhouse-Geisser	2.477E7	1.066	2.324E7	517.130	.000
	Huynh-Feldt	2.477E7	1.079	2.296E7	517.130	.000
	Limite inferior	2.477E7	1.000	2.477E7	517.130	.000
Aspectos * Grupo	Esfericidad asumida	1103423.610	9	122602.623	23.039	.000
	Greenhouse-Geisser	1103423.610	1.066	1035400.069	23.039	.000
	Huynh-Feldt	1103423.610	1.079	1022853.775	23.039	.000
	Limite inferior	1103423.610	1.000	1103423.610	23.039	.000
Error(Aspectos)	Esfericidad asumida	4693672.395	882	5321.624		
	Greenhouse-Geisser	4693672.395	104.438	44942.023		
	Huynh-Feldt	4693672.395	105.719	44397.445		
	Limite inferior	4693672.395	98.000	47894.616		

**CUADRO N° 45**

Análisis de varianza de mediciones repetidas prueba del efecto de los grupos en las diferencias de las estimaciones.

**Prueba de los efectos inter-sujetos**

Medida: Promedio

Variable transformada: Promedio

Fuente	Suma de cuadrados tipo III	Gl	Media cuadratica	F	Sig.
Interseccion	1.828E7	1	1.828E7	3.516E3	.000
Grupo	98319.520	1	98319.520	18.911	.000
Error	509500.608	98	5198.986		

Interpretación.

El cuadro N°-41 muestra diez dimensiones para el factor intra-sujetos llamados aspectos psicológicos donde se encuentran 1. Las unidades de Cambio Vitales, 2. El Índice de Reactividad al Estrés Total, 3. El Índice de Severidad Global del SCL-90-R, 4. La Búsqueda de la Novedad, 5. La Evitación del Daño, 6. La Dependencia de la Recompensa, 7. La Persistencia, 8. La Autodirección, 9. La Cooperación, 10. La Autotrascendencia, todos estos últimos pertenecientes a la personalidad. Y dos dimensiones para el factor inter sujetos para la obtener un gran total de 20 subgrupos diez del grupo control y diez del grupo con DDATM. Teniendo claro que los dos grupos son las variables independientes y los diez aspectos psicológicos son las variables dependientes. En la Prueba de Contrastes Multivariado correspondiente al cuadro N°-42, la Traza de Pillai con un  $F = 5.785$  y una significación  $p = 0,000$  menor  $0,05$  para los aspectos psicológicos, y un  $F = 15.998$  con una significación  $p = 0,000$  menor  $0,05$  para la intersección de los aspectos psicológicos con el grupos control y con el grupo DDATM; muestran



significación en los dos estadísticos de Pillai; se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa la cual dice que al menos un par de niveles promedios en los indicadores de aspectos psicológicos logrados por los pacientes del grupo con DDATM y control son diferentes.

En los modelos de un Factor con Medidas Repetidas se asume que la varianza-covarianza sea esférica o se exprese como un todo, como algo global y para corroborarlo se realiza la prueba de esfericidad de Mauchly, que se corresponde con el cuadro N°-43 donde dio un valor de W de Mauchly de 0,000 con un nivel de significación de  $p = 0,000$  menor que 0,05 lo que viene a señalar que no puede asumirse esfericidad, ya que el valor de significancia debe ser mayor de 0,05 y en consecuencia, las decisiones sobre los aspectos psicológicos no pueden basarse en un estadístico Univariado. Esto restringe la fortaleza y confiabilidad de los resultados del análisis mediante el Modelo Lineal General de Mediciones Repetidas, constituyéndose en una limitante de los hallazgos en esta investigación. Pero existe la alternativa de que, en el caso de que el estadístico W de Mauchly, lleve al rechazo de la hipótesis de esfericidad, es posible optar por dos soluciones alternativas: 1) basar la decisión sobre la hipótesis de igualdad de medidas en los Estadísticos Multivariados; lo cual se realizó y se demuestra en el cuadro N°- 42 y 2) utilizar el Estadístico F Univariado aplicando un índice corrector llamado épsilon expresado en la mitad derecha del cuadro N°- 43 este índice corrector expresa el grado en que la matriz de Varianza ó Covarianza se alejan de la esfericidad: ya que en condiciones de esfericidad perfecta épsilon vale 1; es el limite inferior del cuadro N°-43 el que expresa el valor que adoptaría épsilon en el caso de incumplimiento de esfericidad tal es el caso en la investigación, por lo que se hace necesario corregir los grados de libertad de F Univariado como se expresa en los cuadros N°- 44 y N°- 45; donde asumiendo esfericidad. En el cuadro N°-44 se observan los efectos dentro de las estimaciones de las dimensiones de los aspectos psicológicos, allí el valor  $F = 517,130$  con una probabilidad  $p = 0,000$  señala que el efecto del impacto de los aspectos psicológicos es estadísticamente significativo. Es decir que hay efecto diferencial en las estimaciones de los acontecimientos vitales, reactividad al estrés, síntomas

de psicopatología y los rasgos de personalidad en cuanto a temperamento y carácter que constituyen los aspectos psicológicos. Así mismo, un  $F = 23,039$  con una probabilidad  $p = 0,000$  evidencian un efecto importante de la interacción impacto de los aspectos psicológicos por grupos de estudio sobre las estimaciones de las variables involucradas. El cuadro N°-45 contiene información referente al factor inter-sujetos grupos de estudio, los resultados de esta prueba, con un  $F = 3,516$  y una significación de  $0,000$  para la intersección, además de un  $F = 18,911$  con una significación  $= 0,000$  para los grupos de estudio concluyen que igualmente existe efecto significativo para los grupos control y DDATM; rechazando la hipótesis de nulidad 6 ( $H_{06}$ ). Con lo que se puede afirmar que, los niveles promedios en los indicadores de los aspectos psicológicos, unidades de cambio vital, índice de reactividad al estrés, puntajes directos de los síntomas de psicopatologías y los puntajes de los rasgos de personalidad en sus dimensiones temperamento y carácter, logrado por los pacientes de los grupos con DDATM y control son diferentes. Esto significa, que el impacto de los aspectos psicológicos tiene efecto en la diferencia entre los grupos, en las diferencias dentro de las estimaciones y en la combinación grupo-aspectos psicológicos. Es decir que se puede afirmar con un 95% de confianza que el impacto de los aspectos psicológicos influye en el desarrollo de la disfunción dolorosa de la articulación temporomandibular.

## DISCUSIÓN

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor, define el dolor, como una experiencia sensorial y emocional no placentera asociada con daño tisular real o potencial o descrito en términos de tal daño. (52). Por consiguiente, el dolor está definido en términos de una experiencia humana, y al mismo tiempo, toma en consideración el hecho biológico del posible daño tisular (real o potencial) causado por estímulos que producen el dolor. En este sentido la definición reconoce dos elementos los cuales unidos son suficientes para que exista el dolor, es decir la percepción sensorial asociada con daño tisular real o potencial y sentimiento emocional no placentero que acompaña la percepción sensorial; el énfasis de esta definición de dolor está basada en una experiencia sensorial y emocional en la cual el dolor no está definido, exclusivamente, en términos de impulso nociceptivo, sino también en términos del estado biológico, así como en el caso del dolor presente en pacientes con disfunción temporomandibular.

González de Rivera et al, refiere que desde el punto de vista etiológico en la disfunción temporomandibular se describen cinco (5) grupos principales: anomalías congénitas, macrotraumas agudos, microtraumas crónicos, procesos fisiopatológicos sistémicos y factores psicosociales. Estos últimos de gran importancia por cuanto afectan a la capacidad del paciente para tolerar el dolor y la limitación funcional interfiriendo, de forma a veces decisiva en la curación del cuadro disfuncional. Además, en muchas situaciones la evolución del proceso es lenta lo que hace que el dolor adquiera un carácter crónico. Así mismo, señalan que todos los modelos conceptuales actuales sobre el dolor crónico, coinciden en la importancia de los factores psicológicos en la percepción y adaptación al dolor, de forma que diferentes pacientes con similar grado de lesión o disfunción puedan crear condiciones psíquicas distintas, dependiendo de sus características psicológicas, sus condicionamientos vitales y el enfoque terapéutico al que estén sometidos. (53) El sexo femenino es el más afectado en ambos grupos siendo mayor en el grupo con DDATM, al igual se aprecia que el grupo etario con mayor

frecuencia tanto en el grupo Control como en el de la DDTM está ubicado entre las edades de 34 a 41 años coincidiendo con los estudios epidemiológicos de la Disfunción Temporomandibular en general donde se menciona que en relación al sexo, el porcentaje de mujeres es considerablemente mayor que el de hombres, situándose entre un 70-90% (54); asimismo los datos indican que las pacientes femeninas presentan sintomatologías más frecuentes y de mayor gravedad, así como mayor tendencia a la cronicidad (55-57). Otro comentario al respecto son los datos reportados a nivel mundial que indican que solo un 17% de la población está libre de problemas articulares, mientras que el 43% presenta manifestaciones leves (sin dolor) y el 40% restante entre moderadas y graves (con dolor), más frecuente 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 (55,56).

Es importante señalar que, según Rahe, estreses pequeños, pero numerosos, pueden acumularse hasta producir efectos similares a los de un estrés único intenso. Este autor junto con Holmes ha elaborado una escala de posibles sucesos que requieren un reajuste vital asignando un valor relativo a cada uno de ellos, según su importancia. La suma total de puntos adquiridos en un periodo de tiempo comprendido entre seis meses y dos años es lo que determina la carga de estrés psicosocial, siendo mayores las posibilidades de enfermar; en la adaptación española de este cuestionario por González de Rivera y Morera(5,23) en 1983 aplicada en la investigación, dedujeron que el efecto acontecimientos vitales consiste en la mayor predisposición a enfermar que tienen los individuos que han acumulado mucha carga de unidades de cambio vital y se tiene mayor riesgo de enfermar; siendo esto lo observado en la presente investigación donde las unidades de cambio vitales presentan una paridad en los estadísticos descriptivos de los pacientes del grupo control y los pacientes con disfunción dolorosa de la ATM e igualmente en el análisis descriptivo de la totalidad de pacientes investigados se aprecia una mayor similitud en las unidades de cambio vital de acuerdo al sexo. De acuerdo a los grupos etarios establecidos en el presente trabajo hay que hacer notar que en los pacientes del grupo Control las unidades de

cambio vital son muy parecidas. Por el contrario en el caso de pacientes con DDATM las unidades de cambio vitales son más altas en las edades comprendidas entre los 34 y los 41 años. También es de hacer notar la amplitud que presentan los pacientes con DDATM siendo casi el doble de la amplitud mostrada por los pacientes del grupo Control (UCV amplitud de grupo Control: 748, UCV amplitud DDATM: 1374). Cabe resaltar que el grupo con DDATM presenta valores más altos en cuanto a las UCV que los presentados por el grupo Control. Sin embargo se observa una variabilidad mayor entre el grupo con DDATM en comparación con el grupo Control; se aplicó la prueba de Levene se seleccionó un contraste de hipótesis sobre medias dando como resultados no igualdad de varianzas, se aplicó la t de Student para dos muestras independientes y así corroborar la información obtenida en el análisis descriptivo; se procede a efectuársele el análisis inferencial a través de la prueba t de Student y no asumiendo igualdad de varianza se rechaza la hipótesis de nulidad por lo tanto se asume que las diferencias encontradas son significativas a nivel poblacional es así que como las UCV del grupo Control es menor a las UCV que el grupo con DDATM; (478,32 UCV; 694,72 UCV) respectivamente y se concluye que el impacto de los acontecimientos vitales influyen en la disfunción dolorosa de la ATM.

Según González de Rivera, 1990 diseña el Test Índice de Reactividad al Estrés (IRE. 32) (5), establece que puntuaciones menores de 0,6 se consideran bajas. Entre 0,6 y 1, algo altas, pero no preocupantes y puntuaciones mayores de 1 son definitivamente demasiado altas; en la presente investigación, los pacientes con DDATM es muy alto en todas las dimensiones tanto en el sexo femenino como en el masculino. Importante destacar que tanto en la dimensión vegetativa, emocional, cognitiva y conductual se presentan altas y presentan promedios casi iguales. El IRE es alto pero no preocupante en los pacientes del grupo Control del sexo masculino. Igualmente el grupo etario que presenta mayor IRE es el 34-41 años en el grupo con DDATM. Cabe destacar que, todas las gráficas muestran paridad entre los IRE en todas sus dimensiones entre los diferentes intervalos de edades de acuerdo a los grupos de estudio. Para corroborar la información

obtenida en el análisis descriptivo del grupo Control, con el de DDATM , se realiza el análisis inferencial , se despliega una igualdad de varianzas de Levene y no asumiendo igualdad de varianza se aplica la t de Student se rechaza la hipótesis de nulidad y asume que son distintas concluyendo que los promedios de IRE total y en todas sus facetas del grupo con DDATM son superiores a los índices respectivos obtenidos por el grupo Control y permite afirmar que la reactividad al estrés en sus facetas vegetativo, emocional, cognitivo y conductual así como en su IRE total, influye en la DDATM.

En cuanto a los síntomas psicopatológicos al observar los resultados de los puntajes directos se evidencia similitud de los promedios de los síntomas psicopatológicos entre los pacientes del sexo femenino y masculino tanto de los que pertenecen al grupo con disfunción dolorosa como los que pertenecen al grupo control, importante destacar que existe una ligera diferencia en los puntajes directos del síntoma hostilidad entre el sexo femenino y el sexo masculino de los pacientes del grupo control. En lo referente a los grupos etarios los puntajes directos de los síntomas psicopatológicos presentan igual similitud de promedios tanto en los pacientes pertenecientes al grupo con DDATM como a los pertenecientes al grupo Control. Es de hacer notar que entre los pacientes con DDATM sobresale un puntaje directo en los síntomas psicopatológicos correspondientes a obsesión compulsión en el intervalo de edad entre 50-57 años. Otra conclusión es que los datos suministrados por los pacientes con DDATM y los del grupo Control en la totalidad de los síntomas de psicopatología se encuentra diferencia notoria entre ambos, siendo los del grupo de DDATM superiores a los promedios presentados por el grupo control y para comprobar si estas diferencias en promedio son significativas a nivel poblacional se seleccionó un contraste de hipótesis sobre medias se aplicó la t de Student para dos muestras independientes obteniéndose datos descriptivos para el grupo control y con DDATM; Comprobando estos resultados en el análisis inferencial a través de la prueba de igualdad de varianzas de Levene teniendo que rechazarse la hipótesis de igualdad de varianzas y asumir que son distintas excepto en el síntoma psicopatológico en donde se acepta la hipótesis de igualdad de varianzas; no

obstante, todas presentan una significación de  $0,000 <$  lo que permite rechazar la hipótesis de nulidad 3 ( $H_{03}$ ) es decir que con el 95% de confianza se afirma que la diferencia en cuanto al promedio en los puntajes directos de los síntomas de psicopatología entre el grupo Control y el grupo con DDATM son estadísticamente significativos y permite considerar que la somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide, psicoticismo, además de índice de severidad global, influyen en la DDATM, hecho que se corrobora en el estudio de González de Rivera J, Hoz L y cols. Disfunción temporo-mandibular y psicopatología: un estudio comparativo con la población general y pacientes psiquiátricos ambulatorios (53,58).

Con respecto a los rasgos de personalidad en la dimensión temperamento es notable la similitud en los diferentes rasgos y facetas entre los pacientes del sexo masculino y femenino, tantos en los pertenecientes al grupo Control como los pertenecientes al grupo con DDATM. En lo referente a los diferentes grupos etarios tanto a los que pertenecen al grupo con DDATM como los que pertenecen al grupo Control es también notoria la similitud de los promedios en las puntuaciones de los diferentes rasgos y facetas, a saber, la búsqueda de la novedad, evitación del daño, dependencia a la recompensa y persistencia. En lo referente a los rasgos de personalidad en la dimensión temperamento en sus diferentes rasgos y facetas presentadas por los pacientes con DDATM y los pacientes del grupo Control se evidencia paridad de puntaje en los grupos lo que implica que ambos grupos se comportan igual. Sin embargo para determinar si las diferencias de promedio son significativas a nivel poblacional, se seleccionó un contraste de hipótesis sobre medias se aplicó la *t* de Student para dos muestras independientes obteniéndose datos descriptivos para el grupo Control y con DDATM; luego se despliega la prueba de igualdad de varianzas de Levene, en la cual los rasgos de personalidad en su dimensión temperamento (búsqueda de la novedad, evitación del daño, dependencia de la recompensa y persistencia) presentan una significación todas mayores que 0,05, por lo que se acepta la hipótesis de igualdad de varianzas y en consecuencia asumiendo varianzas iguales

con una significación de 0,000; 0,000 y 0,027 para la evitación del daño, dependencia de la recompensa y persistencia, en ese orden, todos ellos < permiten rechazar la hipótesis de nulidad 4 ( $H_{04}$ ), es decir que con un nivel de confiabilidad de un 95% en la dimensión temperamento en las facetas evitación del daño, dependencia de la recompensa y persistencia entre el grupo control y el grupo con DDATM son estadísticamente significativos mientras que la búsqueda de la novedad, tanto para el grupo Control como para el grupo con DDATM son iguales por lo que esto no influye en la DDATM, sin embargo, la evitación del daño con el grupo de DDATM es superior a las del grupo Control permitiendo considerar que la evitación del daño influye en la DDATM no así la recompensa y la persistencia. La evitación del daño en el grupo con DDATM nos indica que es más propenso a inhibirse, a proceder con cautela, a anticiparse a problemas futuros, a presentar conductas de evitación pasiva, a tener miedo a la incertidumbre, timidez ante los extraños y se fatiga rápidamente coincidiendo con los estudios reportados de Soutwell, Deary y Geissler citados por Rodríguez M, González de Rivera, J y cols. (53). Reactividad al estrés en disfunción temporomandibular mostrando un perfil de personalidad de mayor introversión y neuroticismo que el grupo control.

Con respecto a los rangos de personalidad en su dimensión carácter es evidente la similitud de los promedios en las puntuaciones de los diferentes rasgos y facetas (la autodirección, cooperación y la autotrascendencia) entre los pacientes de sexo femenino y masculino, tanto en los grupos de DDATM como en el grupo Control. De igual manera es notoria la similitud de los promedios entre los pacientes de los diferentes grupos etarios tanto los que pertenecen al grupo con DDATM como los pertenecientes al grupo Control. Seguidamente se analiza la dimensión carácter en sus diferentes facetas presentadas en ambos grupos y se evidencia paridad de puntaje en los grupos de estudio. Por otra parte en lo concerniente a su faceta de cooperación y autotrascendencia para los grupos Control y con DDATM se evidencia paridad y en contradicción en la faceta de autodirección los grupos de estudios presentan diferencias considerables siendo más alta en el grupo Control que el grupo con DDATM, pero en el rasgo



autoaceptación de la faceta autodirección de la dimensión carácter de la personalidad es más alto en el grupo DDATM que en el grupo Control; por lo que se puede afirmar que el grupo con DDATM, es más propenso a tener sentimientos de inferioridad, baja auto estima, tiende a culpar a los otros de sus problemas, dudan sobre su identidad o propósito y son inmaduros o presentan características infantiles, en comparación con los del grupo Control, sin embargo para constatar si estas diferencias en promedio son significativas, a nivel de la población se seleccionó un contraste de hipótesis sobre medias se aplicó la t de Student para muestras dos independientes obteniéndose datos descriptivos para el grupo Control y con DDATM; luego se despliega la prueba de igualdad de varianzas de Levene, en donde se rechaza la hipótesis de no igualdad y se acepta que son iguales es así como los promedios de las puntuaciones de los rasgos de la personalidad en su dimensión carácter del grupo con DDATM es inferior a los del grupo Control lo que permite considerar que la autodirección, la cooperación y la autotrascendencia no influyen en la DDATM.

En relación a los aspectos psicológicos (impacto de los acontecimientos vitales, reactividad al estrés, síntomas psicopatológicos y rasgos de la personalidad) en el desarrollo de la disfunción dolorosa de la articulación temporomandibular se le aplicó el análisis de varianzas modelo lineal general de mediciones repetidas en los factores inter- sujetos (Control, DDATM) y los factores intra-sujetos ( Unidad Cambio Vital, Índice Reactividad Estrés total, Índice Severidad Global, Búsqueda de la Novedad, Evitación del Daño, Dependencia de la Recompensa, Persistencia, Autodirección, Cooperación, Autotrascendencia ) se realiza también prueba de contraste multivariado (traza de Pillai) con una F de 5.875 y una significación menor de 0,05 y F de 15,998 con una significación menor de 0,05 para el impacto de los aspectos psicológicos por grupos de estudio manifiestan un efecto estadísticamente significativo por otra parte se le realizó la prueba de Mauchly para esfericidad con una significación menor de 0,05 por lo que se asume la no esfericidad; esto restringe la fortaleza y la confiabilidad de los resultados mediante el modelo lineal general de mediciones repetidas siendo una limitante en los hallazgos de esta investigación pero

importante destacar que existen autores que han comprobado experimentalmente que esta prueba es relativamente insensible a la falta de esfericidad; por lo que finalmente se realiza la prueba de los efectos intra sujetos de los aspectos psicológicos y con un valor de  $F = 517,130$  y una probabilidad igual  $0,000$  señala que el efectos de los aspectos psicológicos es estadísticamente significativo es decir hay efecto diferencial entre los acontecimientos vitales, la reactividad al estrés, los síntomas de psicopatologías, y los rasgos de la personalidad (temperamento y carácter) que constituyen los aspectos psicológicos estudiados y así mismo con una  $F = 23,039$  se evidencia un efecto importante de la interacción impacto de los aspectos psicológicos por grupos de estudio. En lo referente al factor inter sujetos grupos de estudio se concluye que existe efecto significativo para los grupos Control y DDATM, con lo que se puede afirmar que, los niveles promedios en los indicadores de los aspectos psicológicos logrados en los grupos Control y con DDATM son diferentes. Es decir que el impacto de los aspectos psicológicos tiene efecto en la diferencia entre los grupos, en las diferencias entre sujetos y en la combinación grupos- aspectos psicológicos. Y se puede afirmar con 95 % de confianza que el impacto de los aspectos psicológicos influye en el desarrollo de la disfunción dolorosa de la Articulación Temporomandibular.

Ockenson (59) enfatiza que, aun cuando no sea probable que ciertos estados emocionales alterados como la depresión, sea causal para la instalación de DDATM, si es posible que los pacientes que presenten dolor crónico, desarrollen depresión, de allí la importancia de los resultados obtenidos en la investigación, donde se demuestran que factores psicológicos como el impacto en los acontecimientos vitales, el índice de reactividad del estrés, los síntomas psicopatológicos y la personalidad deben ser las otras explicaciones o procedimientos en el diagnostico y tratamientos en las DDATM .

Porth, destaca que el dolor aunque se orienta básicamente hacia un significado biológico es decir, a la detección de una anomalía orgánica relacionada con el daño tisular, no siempre hay proporción entre la magnitud de las lesiones y el dolor percibido. Por lo que señala que el sufrimiento que provoca

el dolor, depende en mayor medida de la reacción del individuo ante el mismo, que de la propia intensidad del estímulo doloroso. (60)

En este sentido, es importante señalar que la percepción del dolor puede estar determinadas por múltiples circunstancias personales como las características de la personalidad, la atención, la motivación, la experiencia previa, el contexto y el significado del estímulo, elementos que pueden afectar la reacción y la habilidad de un sujeto para adaptarse ante el dolor crónico y reaccionar adecuadamente a éste, (60)

tal cual se pone de manifiesto en los resultados obtenidos en la presente investigación donde los aspectos psicológicos tales como el impacto de los acontecimientos vitales, el índice de reactividad al estrés, los síntomas psicopatológicos y la personalidad donde de forma individual y de manera en conjunto todos tienen influencia en el desarrollo de la DDTM.

## CONCLUSIONES

Este trabajo fue diseñado para contrastar si los resultados del impacto de los acontecimientos vitales, del índice de reactividad al estrés, niveles generales de síntomas psicopatológicos y los rasgos de la personalidad influyen sobre el desarrollo de la disfunción dolorosa de la Articulación Temporo Mandibular. Para este fin se evaluaron 100 pacientes divididos en dos grupos, ambos presentando disfunción temporomandibular solo que los integrantes del grupo A sin dolor y los del grupo B con dolor. A los cuales se les aplicaron cuatro instrumentos autoaplicados (Cuestionario de Holmes, IRE 32, el SCL-90-R y el TCI-R), obteniendo como conclusiones:

- 1.- El sexo femenino es el más afectado es en los pacientes con DDATM y el grupo etario es el encontrado entre la tercera y cuarta década de la vida.
- 2.- En lo referente a las unidades de cambio vital en el presente trabajo; el promedio de UCV de grupo con DDATM superior al obtenido del grupo control por lo que se permite considerar que el impacto de los acontecimientos vitales influye en la disfunción dolorosa de la ATM.
- 3.- Con respecto al IRE se concluye que los promedios de IRE total y en todas sus facetas del grupo con DDATM son superiores a los índices respectivos obtenidos por el grupo control y permite afirmar que la reactividad al estrés en sus facetas vegetativo, emocional, cognitivo y conductual así como en su IRE total, influye en la DDATM, y se advierte que se debe tener cuidado con las situaciones estresantes en el grupo de DDATM.
- 4.- Los síntomas de psicopatología entre el grupo control y el grupo con DDATM son estadísticamente significativos y permite considerar que la somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión,

ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide, psicoticismo, además de índice de severidad global, influyen en la DDATM El uso de estos índices hace más objetivos la evaluación del funcionamiento conductual y psicosocial, resulta importante ya que puede mejorar la confiabilidad diagnóstica e informar el plan de tratamiento. . La disponibilidad del cuestionario hace que puedan ser usados de inmediato (así como un estudio de sangre o radiográfico sería ordenado) tal como la Lista de Revisión de Síntomas 90-R. este instrumento provee a los clínicos de un método estandarizado de evaluación confiable del nivel actual de funcionamiento de un paciente. (61).

5.- Con respecto a la personalidad en su dimensión temperamento específicamente en la faceta evitación del daño; el grupo de DDATM es superior a las del grupo control permitiendo considerar que la evitación del daño influye en la DDATM no así el resto de las facetas de la dimensión del temperamento.

6.- Con respecto a los rasgos de la personalidad en su dimensión carácter el grupo con DDATM es inferior a los del grupo control; lo que permite considerar que la autodirección, la cooperación y la autotrascendencia no influyen en la DDATM.

7.- En cuanto a los grupos de estudio y grupos normativos para los niveles generales de los síntomas de Psicopatología de los pacientes objetos de la investigación, más de la mitad pertenecen al grupo normativo muestra psiquiátrica siendo mayor los del grupo DDATM.

8.- Por otra parte se pude afirmar, que el impacto de los aspectos psicológicos influye en el desarrollo de la disfunción dolorosa de la Articulación Temporomandibular.

9.- Es fundamental destacar que mientras el dolor en la disfunción temporomandibular persista en el tiempo, mayor será la probabilidad que el paciente este irritable, somáticamente preocupado y errático en la búsqueda de un alivio. Dado que la DDATM es una entidad muy compleja para ser adecuadamente diagnosticada usando un solo eje, por lo que según los resultados en esta investigación son de gran utilidad la incorporación de los factores psicológicos entre ellos los impactos de los acontecimientos vitales, el índice de reactividad al estrés, los síntomas psicopatológicos obtenidos a través del SCL-90-R y la personalidad, no solo para que se diagnostique adecuadamente si no para que se trate como una entidad que requiere la intervención de múltiples factores en el ámbito de la salud donde el psiquiatra pasa a tener una relevancia debido a que tanto odontólogos generales, como cirujanos buco maxilofaciales, como especialistas en ortodoncia etc. fracasan sin el reconocimiento del apoyo psiquiátrico, que esta patología demanda.

10.- Al hablar sobre dolor es importante considerar la cronicidad del mismo, y el impacto perjudicial sobre la vida cotidiana del individuo afectado siendo los aspectos psicológicos como los descritos en la investigación, los elementos que influyen negativamente sobre la intensidad del dolor, así como, en la capacidad de respuesta ante la evolución de la enfermedad, los que consecuentemente, pueden llegar a provocar alteraciones en la actividad social, laboral y somática; afectando aspectos sustanciales en la vida de los individuos y las colectividades (ausentismo laboral, disminución de la productividad, gastos individuales y sufrimientos de familiares y personas del entorno) (62,63).



*Your complimentary  
use period has ended.  
Thank you for using  
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

11.- Finalmente se puede considerar a la DDATM como una Enfermedad Psicosomática donde por simple definición es la enfermedad que se provoca o se agrava por factores psicológicos (23) como se demuestra en todos los resultados obtenidos en este trabajo.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.-Herrera P, Gonzalez I, Soler S. Metodología para evaluar el impacto de los acontecimientos vitales de la familia en la salud familiar. Rev Cubana Med Gen Integr. 2002; 18 (2): 169-72.
- 2.-Soto M, Rojas G, Esguep A. Asociación entre alteraciones psicológicas y la presencia de Liquen plano oral, Síndrome boca urente y Estomatitis aftosa recidivante. Med Oral. 2004; 9:1-7.
- 3.-González de Rivera J, De la Hoz J, Rodríguez M, Monterrey A. Disfunción Témporo-Mandibular y Psicopatología: Un estudio comparativo con la población general y pacientes psiquiátricos ambulatorios. An. Psiquiatria. 1999; 15 (3): 91-95
- 4.-Franco V. Aspectos Inmunológicos del Estrés. Jornadas del Centenario del Hospital de Bermeo, Reinventando la Asistencia Psiquiátrica. 2000
- 5.-González de Rivera J. Crisis emocionales. 1era ed. Madrid: Editorial Espasa Calpe, S.A. 2006
- 6.-Cloninger C, Svrakic D, Przybeck T. A psychobiological model of temperament and character. Archives of General Psychiatry. 1993; 50: 975-990.
- 7.-Cloninger C, Przybeck T, Svrakic D. The Tridimensional Personality Questionnaire: U.S. normative data. Psychological Reports. 1991; 69: 1047-57
- 8.-Gomberoff L. Otto Kernberg, introducción a su obra. Santiago: Mediterráneo; 1999.
- 9.-Siutti W. Historia del dolor. FOUBA. 1995; 15(39):142-3.



- 10.-Peñarrocha M, Bagan J, Oltra M. Dolor orofacial: diagnóstico diferencial. Rev Act Odontoestomatol Esp. 1994; 54(434): 37-52.
- 11.-Castillo F, Chávez M, Piña C. Trastornos oclusales y craneomandibulares. 2da parte. Rev Ecu Estomatol. 1995; (2):18-23.
- 12.-Hirschhaut M. Desórdenes temporomandibulares y dolor facial crónico. Acta Odontol Venez. 1998; 36(3):85-90.
- 13.-Kruger G. Cirugía Buco Maxilofacial. 5ta ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1986.
- 14.-Clark T. Diagnóstico y tratamiento de las alteraciones temporomandibulares dolorosas. Clín Odontol Norteamer. 1996; 31(4): 801-29.
- 15.-Ramer E. Controversia sobre el padecimiento articular temporomandibular. Clin Odont Norteam. 1994;(1):122.
- 16.-Shafer W, Hine M, Levy B. Tratado de patología bucal. 4ed. México: Nueva Editorial Interamericana; 2000.
- 17.-Díaz J, Velázquez R, Reyes H. Efecto del tratamiento quirúrgico de los Terceros molares inferiores sobre el síndrome de Disfunción Temporomandibular. Rev Cubana Estomatol. 1996; 32(2):76.
- 18.-Irving J. Wood GD, Hackett AF. Does temporomandibular disorder pain dysfunction syndrome affect dietary intake?. Dent Update. 1999; 26(9):405-7.
- 19.-Munera M, Sierra C, Jimenez J. Disfunción de la articulación Temporo ó Mandibular en pacientes con prognatismo mandibular con y sin tratamiento ortodóncico ó quirúrgico. CES Odontol. 1995; 5(2):113-8.

- 20.-Oviedo A, Rambles Angeles. Guía diagnóstica del dolor orofacial. ADM 1994; 51(6):333-8.
- 21.-Pankhurst C. Controversies in the etiology of temporomandibular disorders. Pat 1. Temporomandibular disorders: all in the mind? Prim Dent Care. 1997; 4(1):25-30.
- 22.-Magnusson T, Egermark I, Carlsoon G. A longitudinal epidemiologic study of signs and symptoms of temporomandibular disorder from 15 to 35 years of age. J Orofac Pain. 2000; 14(4): 310-9.
- 23.-González de Rivera J. Medicina psicosomática. 3era ed. Madrid: ADES ediciones; 2003. 39-286.
- 24.-Fernández A, Gil J. Odontología conductual. Barcelona. Ediciones Martínez Roca. 1994; 16-21,118-26.
- 25.-Gay C. Patología disfuncional de la articulación temporomandibular Barcelona: Universidad de Barcelona; 1996.p.117-53.
- 26.-Madland G, Feinmann L, Newman S. Factors associated with anxiety and depression in facial arthromyalgia. J Orofac Pain. 2000; 84(2-3):225-32.
- 27.-Suvinen T, Reade P, Sunder B, Gerschman J, Koukounas E. Temporomandibular disorders: Part II. A comparison of psychologic profile in Australian and Finnish patients. J Orofac Pain 1997; 11(2):147-57.
- 28.-Epker J, Gatchel R. Prediction of treatment seeking behavior in acute temporomandibular disorder patients: practical application in clinical settings. J Orofac Pain 2000; 14(4):320-27.

- 29.-Brooke R. Biopsychosocial solutions to temporo mandibular disorder. *J Can Dent Assoc* 2000; 66(1):10.
- 30.-Siriun S, Srisin S, Akkaganont P. Psychometric profiles of Temporomandibular disorder patients in southern Thailand. *J Oral Rehabil.*1998; 25(7):541-4.
- 31.-Surinen T, Haves K, Cacos J, Readi P. Psychophysical subtypes of temporo mandibular disorder. *J Orofac Pain* 1997; 11(3):200-5.
- 32.-Boever J, Carlsoon G, Klineberg I. Need for occlusal therapy and Prosthodontic treatment in the management of temporomandibular disorder. Past I. Occlusal interferences and occlusal adjustmen. *J Oral Rehabil* 2000; 27(5):367-79.
- 33.-Morlin C. From bite to mind: temporomandibular disorder - a personal and literature review. *Int J Prosthodont* 1999; 12(3):279-88.
- 34.-Korszun A, Papadoporlas E, Demitrack M, Engleberg C, Crofford L. The relation between temporomandibular disorders and stress ó associated syndromes. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1998; 86(4):416-20.
- 35.-Ferrari R, Leonard M. Whiplash and temporo-mandibular disorder: a critical review. *J Amer Dent Assoc* 1998; 129(12):1739-45.
- 36.-Tailot A. Physical therapy in the management of myofacial pain dysfunction syndrome. *Ot Rhinol Laryng* 1996;(95):225.
- 37.-Díaz J, Yau V. Tratamiento del síndrome de disfunción muscular y de la articulación temporomandibular en adolescentes. *Rev Cubana Estomatol* 1995; 27(2):237.

- 38.-Steed P. Temporomandibular disorder treatment outcomes: a statistical assessment of the effects of psychological variables. *Cranio* 1998; 16(3):138 ó 42.
- 39.-Kuttil M, Xliemi P, Kuttilla S, Alane P, Le B. Temporomandibular disorder treatment need in relation to age, gender, stress and diagnostic subgroup. *J Orofac Pain* 1998; 12(1):67-74.
- 40.-Phillips J, Gatchel R, Wesley A, Ellis E. Clinical implications of sex in acute temporomandibular disorder. *J Amer Dent Assoc* 2001; 132(1):49-57.
- 41.-Velázquez H. Tratamiento de los desórdenes temporomandibulares. *Acta Clín Odontol* 1997; 14(27):21-5.
- 42.-Almagro Z, Santos L, Lorón L. Corrientes biodinámicas y galvánicas en el tratamiento de la disfunción temporomandibular. *Rev Cubana Estomatol* 1998; 35(3):73-9.
- 43.-Giménez, J. (2000) *El proceso de investigación* (primera edición). Valencia: Editorial el viaje del pez.
- 44.-Sampieri, R; Collado, C y Lucio, P (2003) *Metodología de la Investigación* (Tercera edición) Mexico: McGraw- Hill Interamericana.
- 45.-Gutiérrez, J. (2005) *La autonomía del sujeto investigador y la metodología de investigación* (primera edición) Mérida: centro editorial Litorama.
- 46.-Sierra, C. (2004) *Estrategias para la elaboración de un proyecto de investigación* (primera edición). Maracay: Insertos Médicos de Venezuela.
- 47.-Amarista F. La personalidad según Alberto Mateo Alonso (una concepción original). *Gac Méd Caracas*. 2005; 113 (1): 12-8.

- 48.-Mateos M, de la Gándara J. J. (2001): Temperamento, Carácter, Personalidad. Editorial SCM. Madrid, 2001.
- 49.-Rogers, C.R. (1961). On becoming a person. Boston: Houghton Mifflin. [Version en español de 1979. El proceso de convertirse en persona. Buenos Aires: Paidós].
- 50.-González de Rivera J, D las Cuevas C, Monterrey AL, Rodríguez F, Gracia R Stress Reactivity in the General Population. European Journal of Psychiatry. 1993; 7 (1):5-11
- 51.-Joan DS. Carácter y temperamento: similitudes y diferencias entre los modelos de personalidad de 7 y 5 factores. (TCI-R versus el NEO-FFI-R y el ZKPQ-50-CC). [Tesis Doctoral] Dirigida por: Dr. Anton Aluja Fabregat Co-director: Dr. Luis F. Garcia Rodriguez Programa interuniversitari de Doctorat: Personalitat, Desenvolupament i Comportament Anormal Universitat de Lleida, Departament de Pedagogia i Psicologia, Area de Personalitat, Avaluacio i Tractament Psicologic; Mayo, 2006.
- 52.-Garcia-Fajardo C. Dolor Odonto Estomatológico 1era Edición- Edit. (Madrid); Ripano 2007.
- 53.-Rodríguez M, González de Rivera J, Hoz L y Monterrey A. Reactividad al estrés en disfunción temporomandibular. Psiquiatria.com [online] 1999 [06/06/2008]; 3 (3) URL disponible en: [http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/vol3num3/artic\\_2.htm](http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/vol3num3/artic_2.htm).
- 54.-Carlsson G, De Boever. Epidemiology. Cap. 6. En: Temporomandibular joint and masticatory muscle disorders. Edit. Mosby; 1994:159-70.
- 55.-Alonso A, Albertini J, Bechelli A, Oclusión y diagnóstico en Rehabilitación Oral. Argentina: Panamericana; 2000.

- 56.- Richard F. Tratado de Osteopatía Craneal. Análisis Ortodóncico. Diagnóstico y Tratamiento Manual de los Síndromes Craneomandibulares. España: Panamericana; 2002.
- 57.-Mc Nelli C. Desórdenes Temporomandibulares: Guía para el manejo y diagnóstico. Asociación Dental de California; 2000; 19: 15-26.
- 58.-M. J. Rodríguez-Abuín, J. L. González de Rivera Revuelta, L. Hernández-Herrero, J. L. De la Hoz, A. L. Monterrey. Reactividad al estrés en disfunción Témpero-Mandibular. REVISTA ELECTRÓNICA DE PSIQUIATRÍA 1999 Vol. 3, No. 3, Septiembre ISSN 1137-3148.
- 59.-Okeson J. Tratamiento de Oclusión y Afecciones Temporomandibulares. 5th ed. España Madrid: Elsevier Mosby; 2007.
- 60.-Porth, C. Fisiopatología. Salud-Enfermedad: un enfoque conceptual. 7ma Ed. . España Panamericana; 2006.
- 61.-Merskey H, Bogduk N, Part III: Pain Terms, A Current List with Definitions and Notes on Usage, 209-214, Classification of Chronic Pain, Second Edition, IASP Task Force on Taxonomy, edited, IASP Press, Seattle, 1994.
- 62.-Brannon L, Feis J. Psicología de la Salud. 2da. ed. España: Paraninfo. Cap.8; 2001.



Your complimentary  
use period has ended.  
Thank you for using  
PDF Complete.

[Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

63.-Infante E, Vargas P. Estudio de las Variables Psicológicas en Pacientes Dolor crónico [Tesis Doctoral]. Universidad Autónoma de Barcelona. Facultad de Psicología. Barcelona; 2002.



*Your complimentary  
use period has ended.  
Thank you for using  
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

# Anexos



## Anexo 1

### Test de Holmes

Acontecimiento	UCV
1. Muerte del cónyuge	92
2. Separación	58
3. Divorcio 65	50
4. Matrimonio	60
5. Reconciliación de ruptura sentimental	62
6. Rotura de un noviazgo o relación similar	50
7. Enamorarse o iniciar una amistad íntima y profunda	57
8. Embarazo deseado	67
9. Embarazo no deseado	65
10. Aborto provocado	51
11. Aborto espontáneo	71
12. Relación sexual al margen del matrimonio	58
13. Ruptura de relación sexual al margen del matrimonio	49
14. Dificultades sexuales	67
15. Dificultades en la educación de los hijos	70
16. Niños bajo el cuidado de otras personas	57
17. Muerte de un familiar cercano	73
18. Enfermedades de un miembro cercano de la familia	61
19. Incorporación de un nuevo miembro a la familia	52
20. Un miembro de la familia deja de vivir en la casa	50
21. Ruptura de la familia, separación de los padres	79
22. Problemas con vecinos o familiares que no viven en casa	40
23. Desaparición de problemas con vecino o familiares	34
24. Periodo de alejamiento del hogar	53
25. Hijos lejos del hogar	68
26. Quedarse sin trabajo	82
27. Retiro laboral	58
28. Despido	81
29. Cambio de lugar de trabajo	42
30. El conyugue comienza o deja de trabajar fuera de casa	47
31. Ascenso en el trabajo	57
32. Problemas con superiores en el trabajo	55

33. Nuevo empleo en la misma línea de trabajo	42
34. Nuevo empleo en una nueva línea de trabajo	52
35. Cambio de horario de las condiciones de trabajo actual	37
36. Problemas con colegas o compañeros de trabajo	46
37. Préstamo o hipoteca de más de 32.000 Bs F.	67
38. Ingreso aumentado sustancialmente (25%)	48
39. Ingreso disminuido sustancialmente (25%)	61
40. Problema legal grave (riesgo de cárcel, embargoí )	84
41. Problema legal menor (multa de tráfico, sanción administrativaí )	47
42. Complicación en una pelea	52
43. Enfermedad o accidente que requiere guardar cama	66
44. Muerte de un amigo	68
45. Cambio de casa	37
46. Compra de casa	51
47. Accidente o situación de violencia física	66
48. Éxito personal de gran envergadura	67
49. Exámenes	61
50. Reforma en casa	41
51. Cambio en las costumbres personales	40
52. Cambio en opiniones religiosas	37
53. Cambio en opiniones políticas	32
54. Cambio en costumbres o actividades sociales	34
55. Cambio en el ritmo del sueño	43
56. Cambio en las costumbres alimenticias o del apetito	39
57. Vacaciones fuera de casa	48
58. Fiesta de navidad y reyes	51
59. Problemas relacionados con el alcohol o drogas	71
60. Enfermedad prolongada que requiere tratamiento medico	73
61. Repentino y serio deterioro de la audición o visión	81
UCV: Unidades de cambio vital, corresponde a la estimación en una escale de 1 a 100, del esfuerzo que hay que hacer para adaptarse a cada acontecimiento, o de lo estresante que es.	

## Anexo 2

### TEST DE ESTRÉS ÍNDICE DE REACTIVIDAD AL ESTRÉS

© J.L. González de Rivera

El estrés es una respuesta automática del organismo ante situaciones que exigen mayor esfuerzo de lo ordinario, o en las que puede suceder algo peligroso, nocivo o desagradable. Cada persona tiene una serie de reacciones características ante el estrés, y algunas de las más frecuentes se enumeran en la lista que sigue. Por favor, marque las respuestas que le parecen más próximas a su forma habitual de reaccionar en situaciones de estrés o tensión nerviosa. Puede modificar o añadir algo si lo desea. Gracias por participar en este estudio. Por favor, dirija los cuestionarios así como cualquier comentario o pregunta a:

**Prof. J.L. González de Rivera.**

Centro de Psicoterapia & Investigación Psicosomática  
Avenida de Filipinas, 52  
28003 Madrid - Spain

1. Inquietud, incapacidad de relajarme y estar tranquilo	0	1	2	3	4
2. Pérdida de apetito	0	1	2	3	4
3. Desentenderme del problema y pensar en otra cosa	0	1	2	3	4
4. Ganas de suspirar, opresión en el pecho, sensación de ahogo	0	1	2	3	4
5. Palpitaciones, taquicardia	0	1	2	3	4
6. Sentimientos de depresión y tristeza	0	1	2	3	4
7. Mayor necesidad de comer, aumento del apetito	0	1	2	3	4
8. Temblores, tics o calambres musculares	0	1	2	3	4
9. Aumento de actividad	0	1	2	3	4
10. Náuseas, mareos, inestabilidad	0	1	2	3	4
11. Esfuerzo por razonar y mantener la calma	0	1	2	3	4
12. Hormigueo o adormecimiento en las manos, cara, etc.	0	1	2	3	4
13. Molestias digestivas, dolor abdominal, etc.	0	1	2	3	4
14. Dolores de cabeza	0	1	2	3	4
15. Entusiasmo, mayor energía o disfrutar con la situación	0	1	2	3	4
16. Disminución de la actividad	0	1	2	3	4
17. Pérdida del apetito sexual o dificultades sexuales	0	1	2	3	4
18. Tendencia a echar la culpa a alguien o a algo	0	1	2	3	4
19. Somnolencia o mayor necesidad de dormir	0	1	2	3	4
20. Aprensión, sensación de estar poniéndome enfermo	0	1	2	3	4
21. Agotamiento o excesiva fatiga	0	1	2	3	4
22. Urinación frecuente	0	1	2	3	4

[Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

23. Rascarme, morderme las uñas, frotarme, etc.	0	1	2	3	4
24. Sentimientos de agresividad o aumento de irritabilidad	0	1	2	3	4
25. Diarrea	0	1	2	3	4
26. Beber, fumar o tomar algo (chicle, pastillas, etc.)	0	1	2	3	4
27. Necesidad de estar solo sin que nadie me moleste	0	1	2	3	4
28. Aumento del apetito sexual	0	1	2	3	4
29. Ansiedad, mayor predisposición a miedos, temores, etc.	0	1	2	3	4
30. Tendencia a comprobar repetidamente si todo está en orden	0	1	2	3	4
31. Mayor dificultad en dormir	0	1	2	3	4
32. Necesidad de estar acompañado y de ser aconsejado	0	1	2	3	4

### Anexo 3

#### SCL 90R

Por L.R. Derogatis. Versión española JLG de Rivera, 1988.

Lea atentamente la siguiente lista. Son problemas y molestias que casi todo el mundo sufre alguna vez. Piense si a usted le ha pasado en las últimas semanas, incluyendo el día de hoy.

Marque con una cruz (X) el cero (0) si no ha tenido esa molestia en lo absoluto; el uno (1) si la ha tenido un poco presente; el dos (2) si la ha tenido moderadamente; el tres (3) si la ha tenido bastante y el cuatro (4) si la ha tenido mucho o extremadamente:

0= Nada en absoluto.

1= Un poco.

2= Moderadamente.

3= Bastante.

4= Mucho o extremadamente.

HASTA QUE PUNTO SE HA SENTIDO MOLESTO POR:

1.Dolores de cabeza	0	1	2	3	4
2.Nerviosismo o agitación interior	0	1	2	3	4
3.Pensamientos, palabras o ideas no deseadas que no se van de su mente	0	1	2	3	4
4.Sensaciones de desmayo o mareo	0	1	2	3	4
5.Pérdida de deseo o de placer sexual	0	1	2	3	4
6.Ver a la gente de manera negativa, encontrar siempre faltas	0	1	2	3	4
7.La idea de que otra persona pueda controlar sus pensamientos	0	1	2	3	4
8.La impresión de que la mayoría de sus problemas son culpa de los demás	0	1	2	3	4
9.La dificultad para recordar las cosas	0	1	2	3	4
10.Preocupación acerca del desaseo, el descuido o la desorganización	0	1	2	3	4
11.Sentirse fácilmente molesto, irritado o enfadado	0	1	2	3	4
12.Dolores en el corazón o en el pecho	0	1	2	3	4
13.Sentir miedo de los espacios abiertos o en la calle	0	1	2	3	4
14.Sentirse bajo de energías o decaído	0	1	2	3	4
15.Pensamientos suicidas, o ideas de acabar con su vida	0	1	2	3	4
16.Oír voces que otras personas no oyen	0	1	2	3	4
17.Temblores	0	1	2	3	4
18.La idea de que uno no se puede fiar de la gente	0	1	2	3	4
19.Falta de apetito	0	1	2	3	4
20.Llorar fácilmente	0	1	2	3	4
21.Timidez o incomodidad ante el sexo opuesto	0	1	2	3	4
22.La sensación de estar atrapado o como encerrado	0	1	2	3	4
23.Tener miedo de repente y sin razón	0	1	2	3	4
24.Arrebatos de cólera o ataques de furia que no logra controlar	0	1	2	3	4
25.Miedo a salir de casa solo	0	1	2	3	4
26.Culparse a sí mismo de todo lo que pasa	0	1	2	3	4
27.Dolores en la parte baja de la espalda	0	1	2	3	4
28.Sentirse incapaz de hacer las cosas o terminar las tareas	0	1	2	3	4

29.Sentirse solo	0	1	2	3	4
30.Sentirse triste	0	1	2	3	4
31.Preocuparse demasiado por todo	0	1	2	3	4
32.No sentir interés por nada	0	1	2	3	4
33.Sentirse temeroso	0	1	2	3	4
34.Ser demasiado sensible o sentirse herido con facilidad	0	1	2	3	4
35.La impresión de que los demás se dan cuenta de lo que está pensando	0	1	2	3	4
36.La sensación de que los demás no le comprenden o no le hacen caso	0	1	2	3	4
37.La impresión de que otras personas son poco amistosas o que usted no les gusta	0	1	2	3	4
38.Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro de que las hace bien	0	1	2	3	4
39.Que su corazón palpite o vaya muy deprisa	0	1	2	3	4
40.Náuseas o malestar en el estómago	0	1	2	3	4
41.Sentirse inferior a los demás	0	1	2	3	4
42.Dolores musculares	0	1	2	3	4
43.Sensación de que las otras personas le miran o hablan de usted	0	1	2	3	4
44.Dificultad para conciliar el sueño	0	1	2	3	4
45.Tener que comprobar una y otra vez todo lo que hace	0	1	2	3	4
46.Dificultad en tomar decisiones	0	1	2	3	4
47.Sentir temor de viajar en coche, autobuses, metros o trenes	0	1	2	3	4
48.Ahogos o dificultad para respirar	0	1	2	3	4
49.Escalofríos, sentir calor o frío de repente	0	1	2	3	4
50.Tener que evitar ciertas cosas, lugares o actividades porque le dan miedo	0	1	2	3	4
51.Que se le quede la mente en blanco	0	1	2	3	4
52.Entumecimiento u hormigueo en alguna parte del cuerpo	0	1	2	3	4
53.Sentir un nudo en la garganta	0	1	2	3	4
54.Sentirse desesperanzado con respecto al futuro	0	1	2	3	4
55.Tener dificultades para concentrarse	0	1	2	3	4
56.Sentirse débil en alguna parte del cuerpo	0	1	2	3	4
57.Sentirse tenso o con los nervios de punta	0	1	2	3	4
58.Pesadez en los brazos o en las piernas	0	1	2	3	4
59.Ideas sobre la muerte o el hecho de morir	0	1	2	3	4
60.El comer demasiado	0	1	2	3	4
61.Sentirse incómodo cuando la gente le mira o habla acerca de usted	0	1	2	3	4
62.Tener pensamientos que no son suyos	0	1	2	3	4
63.Sentir el impulso de pegar, golpear o hacer daño a alguien	0	1	2	3	4
64.Despertarse de madrugada	0	1	2	3	4
65. Impulsos a tener que hacer las cosas de manera repetida (tocar algo, lavarse)	0	1	2	3	4
66.Sueño inquieto o perturbado	0	1	2	3	4
67.Tener ganas de romper o estrellar algo	0	1	2	3	4
68.Tener ideas o creencias que los demás no comparten	0	1	2	3	4
69.Sentirse muy cohibido o vergonzoso entre otras personas	0	1	2	3	4
70.Sentirse incómodo entre mucha gente, por ejemplo en el cine, tiendas, etc.	0	1	2	3	4
71.Sentir que todo requiere un gran esfuerzo	0	1	2	3	4
72.Ataques de terror o pánico	0	1	2	3	4
73.Sentirse incómodo comiendo o bebiendo en público	0	1	2	3	4
74.Tener discusiones frecuentes	0	1	2	3	4
75.Sentirse nervioso cuando se queda solo	0	1	2	3	4
76.El que otros no le reconozcan adecuadamente sus méritos	0	1	2	3	4

[Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

77.Sentirse solo aunque esté con más gente	0	1	2	3	4
78.Sentirse tan inquieto que no puede ni estar sentado tranquilo	0	1	2	3	4
79.La sensación de ser inútil o no valer nada	0	1	2	3	4
80.Presentimientos de que va a pasar algo malo	0	1	2	3	4
81.Gritar o tirar cosas	0	1	2	3	4
82.Tener miedo de desmayarse en público	0	1	2	3	4
83.La impresión de que la gente intentaría aprovecharse de usted si lo permitiera	0	1	2	3	4
84.Tener pensamientos sobre el sexo que le inquietan bastante	0	1	2	3	4
85.La idea de que debería ser castigado por sus pecados o sus errores	0	1	2	3	4
86.Pensamientos o imágenes estremecedoras o que le dan miedo	0	1	2	3	4
87.La idea de que algo serio anda mal en su cuerpo	0	1	2	3	4
88.Sentirse siempre distante, sin sensación de intimidad con nadie	0	1	2	3	4
89.Sentimientos de culpabilidad	0	1	2	3	4
90.La idea de que algo anda mal en su mente	0	1	2	3	4

#### Anexo 4

#### TCI-R

### CUESTIONARIO DE TEMPERAMENTO Y CARÁCTER DE CLONINGER, VERSION REVISADA

En este cuestionario encontrará una serie de frases que la gente utiliza normalmente para describir sus actitudes, opiniones, intereses u otros sentimientos personales. Intente describir cómo actúa y se siente *habitualmente*, no cómo se siente o actúa en este momento.

Para cada una de las siguientes preguntas, por favor marque con una *X* el número que mejor describa como se siente o actúa habitualmente (sólo un número para cada pregunta).

1	2	3	4	5
Falso	Casi todo probablemente falso	Igual cierto que falso	Casi seguro o probablemente seguro	Verdadero

Conteste a todos los enunciados aunque no esté completamente seguro de la respuesta. No es necesario estar mucho tiempo para decidir ya que no hay respuestas correctas o incorrectas, únicamente son descripciones de sus posibles opiniones personales o sentimientos.

Copyright 1987, 1992, 1996,1999 by C.R. Cloninger

Traducción española por: Fernández Aranda F.; Badia Casanovas A.; Bayón Perez C.; Aitken A.



TCI-R					
1. A menudo hago cosas nuevas simplemente por diversión o emoción, aunque la mayoría de la gente piense que es una pérdida de tiempo.	1	2	3	4	5
2. Suelo confiar en que todo irá bien, aunque sea en situaciones que preocuparían a la mayoría de la gente.	1	2	3	4	5
3. Siento con frecuencia que soy una víctima de las circunstancias.	1	2	3	4	5
4. Suelo aceptar a los demás tal y como son, aunque sean muy diferentes a mí.	1	2	3	4	5
5. Me gustan más los retos que los trabajos fáciles.	1	2	3	4	5
6. Con frecuencia pienso que mi vida tiene poco sentido o propósito.	1	2	3	4	5
7. Me gusta ayudar a encontrar soluciones a los problemas para que todo el mundo salga beneficiado.	1	2	3	4	5
8. Soy muy impaciente a la hora de empezar cualquier trabajo que tenga que hacer.	1	2	3	4	5
9. A menudo me siento tenso y preocupado en situaciones poco familiares, aún cuando otros piensan que no hay motivos para preocuparse.	1	2	3	4	5
10. Con frecuencia hago cosas en función de cómo me siento en ese momento sin pensar en cómo se han hecho en el pasado.	1	2	3	4	5
11. Suelo hacer las cosas a mi manera sin ceder a los deseos de los demás.	1	2	3	4	5
12. A menudo siento una poderosa sensación de unión con todas las cosas que me rodean.	1	2	3	4	5
13. Haría cualquier cosa dentro de la legalidad para llegar a ser	1	2	3	4	5

rico y famoso, aunque con ello perdiese la confianza de algunos buenos amigos.					
<b>14.</b> Soy más reservado y me controlo más que la mayoría de la gente.	1	2	3	4	5
<b>15.</b> Me gusta hablar abiertamente con mis amigos de mis experiencias y sentimientos, en vez de guardármelos para mí.	1	2	3	4	5
<b>16.</b> Tengo menos energía y me canso antes que la mayoría de la gente.	1	2	3	4	5
<b>17.</b> Casi nunca me siento libre para elegir lo que quiero hacer.	1	2	3	4	5
<b>18.</b> Me parece que no comprendo muy bien a la mayoría de la gente.	1	2	3	4	5
<b>19.</b> Con frecuencia evito conocer a extraños porque no me siento seguro con gente que no conozco.	1	2	3	4	5
<b>20.</b> Me gusta agradar a la gente todo lo que puedo.	1	2	3	4	5
<b>21.</b> A menudo deseo ser más inteligente que el resto de la gente.	1	2	3	4	5
<b>22.</b> Ningún trabajo es lo suficientemente duro como para impedir que dé lo mejor de mí.	1	2	3	4	5
<b>23.</b> A menudo espero que otro me solucione mis problemas.	1	2	3	4	5
<b>24.</b> Con frecuencia me gasto el dinero hasta quedarme sin nada o me endeudo por pedir demasiados créditos.	1	2	3	4	5
<b>25.</b> Con frecuencia, cuando estoy relajado, tengo inesperados destellos de intuición o comprensión.	1	2	3	4	5
<b>26.</b> No me preocupa mucho el que yo o mi manera de hacer las cosas le gusta a la gente.	1	2	3	4	5
<b>27.</b> Suelo intentar conseguir lo que quiero para mí ya que, de cualquier forma, es imposible satisfacer a todos.	1	2	3	4	5
<b>28.</b> No tengo paciencia con la gente que no acepta mis puntos de vista.	1	2	3	4	5

<b>29.</b> Algunas veces me siento tan en contacto con la naturaleza que todo parece ser parte de un solo ser viviente.	1	2	3	4	5
<b>30.</b> Cuando tengo que conocer a gente nueva soy más tímido que la mayoría de las personas.	1	2	3	4	5
<b>31.</b> Soy más sentimental que la mayoría de la gente.	1	2	3	4	5
<b>32.</b> Pienso que la mayoría de las cosas que se llaman milagros son pura casualidad.	1	2	3	4	5
<b>33.</b> Cuando alguien de alguna forma me hace daño suelo intentar vengarme.	1	2	3	4	5
<b>34.</b> Mis acciones están determinadas mayoritariamente por influencias que están fuera de mi control.	1	2	3	4	5
<b>35.</b> Cada día intento dar un paso más hacia mis metas.	1	2	3	4	5
<b>36.</b> Por favor haz un círculo en el número cuatro, este es un ítem de validez.	1	2	3	4	5
<b>37.</b> Soy una persona muy ambiciosa.	1	2	3	4	5
<b>38.</b> Suelo estar tranquilo y seguro en situaciones que la mayoría de la gente encontraría físicamente peligrosas.	1	2	3	4	5
<b>39.</b> Pienso que no es inteligente ayudar a gente débil que no puede ayudarse a sí misma.	1	2	3	4	5
<b>40.</b> No me siento tranquilo si trato a otra gente de forma injusta, aunque ellos hayan sido injustos conmigo.	1	2	3	4	5
<b>41.</b> Por lo general la gente me dice cómo se siente.	1	2	3	4	5
<b>42.</b> Algunas veces he sentido que formo parte de algo que no tienen límites ni fronteras en el espacio o en el tiempo.	1	2	3	4	5
<b>43.</b> Algunas veces siento un contacto espiritual con otra gente que no puedo explicar con palabras.	1	2	3	4	5
<b>44.</b> Me gusta que la gente pueda hacer lo que quiera, sin reglas estrictas ni normas.	1	2	3	4	5

<b>45.</b> Cuando fracaso en algo, todavía me esfuerzo más en hacerlo mejor.	1	2	3	4	5
<b>46.</b> Generalmente me preocupa más que la mayoría de la gente de que algo pueda ir mal en un futuro.	1	2	3	4	5
<b>47.</b> Suelo pensar en todos los detalles antes de tomar una decisión.	1	2	3	4	5
<b>48.</b> Tengo varios malos hábitos que me gustaría poder abandonar.	1	2	3	4	5
<b>49.</b> Los demás me controlan demasiado.	1	2	3	4	5
<b>50.</b> Me gusta ser útil a los demás.	1	2	3	4	5
<b>51.</b> Por lo general consigo que la gente me crea, incluso cuando sé que estoy exagerando o diciendo cosas que no son ciertas.	1	2	3	4	5
<b>52.</b> Algunas veces he sentido que mi vida era dirigida por una fuerza espiritual superior a cualquier ser vivo.	1	2	3	4	5
<b>53.</b> Tengo reputación de ser una persona muy práctica que no se deja llevar por las emociones.	1	2	3	4	5
<b>54.</b> Me conmueven profundamente las peticiones de caridad (por ej. cuando alguien me pide ayuda para los niños minusválidos).	1	2	3	4	5
<b>55.</b> Suelo tener tanto empeño por las cosas que continuo trabajando incluso después de que muchas personas se han dado por vencidas.	1	2	3	4	5
<b>56.</b> He tenido momentos de gran felicidad en los cuales, repentinamente, he tenido una clara y profunda sensación de unidad con todo lo que existe.	1	2	3	4	5
<b>57.</b> Sé lo que quiero hacer en mi vida.	1	2	3	4	5
<b>58.</b> A menudo no me enfrento a los problemas porque no sé lo que hay que hacer.	1	2	3	4	5
<b>59.</b> Prefiero gastar dinero a ahorrarlo.	1	2	3	4	5
<b>60.</b> A menudo me han llamado ñadicto al trabajoö debido a mi entusiasmo por trabajar mucho.	1	2	3	4	5

<b>61.</b> Me recupero rápidamente cuando me avergüenzan o me humillan.	1	2	3	4	5
<b>62.</b> Me gusta luchar por conseguir más y mejores cosas cada vez.	1	2	3	4	5
<b>63.</b> Por lo general necesito muy buenas razones para cambiar mi manera habitual de hacer las cosas.	1	2	3	4	5
<b>64.</b> Suelo estar relajado y despreocupado, incluso en situaciones en que casi todo el mundo tiene miedo.	1	2	3	4	5
<b>65.</b> Las películas y las canciones tristes me parecen bastante aburridas.	1	2	3	4	5
<b>66.</b> A menudo, las circunstancias me obligan a hacer cosas en contra de mi voluntad.	1	2	3	4	5
<b>67.</b> Generalmente disfruto siendo mezquino con gente que lo ha sido conmigo.	1	2	3	4	5
<b>68.</b> A menudo me fascina tanto lo que estoy haciendo, que pierdo la noción de todo, como si me desconectara del tiempo y del lugar.	1	2	3	4	5
<b>69.</b> Pienso que no tengo un propósito claro en mi vida.	1	2	3	4	5
<b>70.</b> A menudo me siento tenso y preocupado en situaciones poco familiares, aún cuando otros piensan que no existe peligro.	1	2	3	4	5
<b>71.</b> Suelo guiarme por intuición, corazonadas o instintos sin considerar todos los detalles.	1	2	3	4	5
<b>72.</b> Me gusta destacar en todo aquello que hago.	1	2	3	4	5
<b>73.</b> A menudo siento una fuerte conexión espiritual o emocional con la gente que me rodea.	1	2	3	4	5
<b>74.</b> Generalmente intento ponerme en el lugar de los otros para poder realmente comprenderles.	1	2	3	4	5
<b>75.</b> Principios como la honestidad y la justicia tienen poca importancia en algunos aspectos de mi vida.	1	2	3	4	5

<b>76.</b> Soy más trabajador que la mayoría de la gente.	1	2	3	4	5
<b>77.</b> Por lo general insisto en que las cosas se hagan de una forma ordenada y meticulosa, aún cuando los demás piensan que no es importante.	1	2	3	4	5
<b>78.</b> Me siento seguro y confiado en la mayoría de las situaciones sociales.	1	2	3	4	5
<b>79.</b> A mis amigos les resulta difícil conocer mis sentimientos porque raramente les comento lo que pienso.	1	2	3	4	5
<b>80.</b> Sé comunicar mis sentimientos a los demás.	1	2	3	4	5
<b>81.</b> Tengo más energía y me canso menos que la mayoría de la gente.	1	2	3	4	5
<b>82.</b> Con frecuencia interrumpo lo que estoy haciendo porque me preocupo sin razón, aunque mis amigos me digan que todo saldrá bien.	1	2	3	4	5
<b>83.</b> A menudo deseo ser más poderoso que los demás.	1	2	3	4	5
<b>84.</b> Es raro que los miembros de un equipo tengan un reparto justo.	1	2	3	4	5
<b>85.</b> No cambio mi manera de actuar por complacer a los otros.	1	2	3	4	5
<b>86.</b> No soy tímido con personas desconocidas.	1	2	3	4	5
<b>87.</b> Paso la mayor parte de mi tiempo haciendo cosas que parecen ser necesarias, pero que no tienen realmente importancia para mí.	1	2	3	4	5
<b>88.</b> No creo que en las decisiones de negocios deban influir principios religiosos éticos sobre lo que está bien o mal hecho.	1	2	3	4	5
<b>89.</b> A menudo, intento dejar a un lado mis propios valores y opiniones, para que pueda entender mejor las experiencias de los demás.	1	2	3	4	5
<b>90.</b> Muchos de mis hábitos me dificultan lograr metas que merecen la pena.	1	2	3	4	5
<b>91.</b> He hecho verdaderos sacrificios personales para hacer de	1	2	3	4	5

este mundo un lugar mejor donde vivir, tales como tratar de prevenir la guerra, pobreza e injusticia.					
<b>92.</b> Tardo tiempo en abrirme a los demás.	1	2	3	4	5
<b>93.</b> Siento placer viendo a mis enemigos sufrir.	1	2	3	4	5
<b>94.</b> Me gusta empezar los trabajos enseguida, independientemente de que sean muy duros.	1	2	3	4	5
<b>95.</b> A menudo la gente piensa que estoy en la luna porque soy poco consciente de lo que ocurre a mí alrededor.	1	2	3	4	5
<b>96.</b> En general me gusta ser frío y estar distanciado de los demás.	1	2	3	4	5
<b>97.</b> Llora con más facilidad que la mayoría de la gente cuando veo una película triste.	1	2	3	4	5
<b>98.</b> Me recupero con más rapidez que la mayoría de la gente de enfermedades leves y/o situaciones de estrés.	1	2	3	4	5
<b>99.</b> Con frecuencia pienso que soy parte de una fuerza espiritual de la que depende toda la vida.	1	2	3	4	5
<b>100.</b> Antes de ser capaz de confiar en mí mismo en situaciones tentadoras o difíciles de afrontar, necesito practicar más para desarrollar hábitos adecuados.	1	2	3	4	5
<b>101.</b> Por favor redondea el número uno, es un ítem de validez.	1	2	3	4	5
<b>102.</b> Me gusta tomar decisiones rápidas de forma que pueda ponerme cuanto antes a hacer lo que tenga que hacer.	1	2	3	4	5
<b>103.</b> Normalmente, me siento confiado haciendo cosas que los demás considerarían peligrosas (Como conducir un coche a mucha velocidad por una carretera mojada o helada).	1	2	3	4	5
<b>104.</b> Me gusta explorar nuevas formas de hacer las cosas.	1	2	3	4	5
<b>105.</b> Disfruto más ahorrando que gastándome el dinero en ocio o diversión.	1	2	3	4	5
<b>106.</b> He tenido experiencias personales en las que me he sentido en contacto con un poder divino y espiritual.	1	2	3	4	5

<b>107.</b> Tengo tantos defectos que no me gusto mucho.	1	2	3	4	5
<b>108.</b> La mayoría de la gente parece ser más eficiente de lo que yo soy (tener más capacidades).	1	2	3	4	5
<b>109.</b> Suelo desobedecer reglas y leyes cuando creo que no me van a pillar.	1	2	3	4	5
<b>110.</b> Incluso con amigos prefiero no abrirme mucho.	1	2	3	4	5
<b>111.</b> Cuanto más duro es un trabajo más me gusta.	1	2	3	4	5
<b>112.</b> A menudo, al mirar cosas cotidianas, me sucede algo maravilloso, tengo la sensación de que las estoy viendo por primera vez.	1	2	3	4	5
<b>113.</b> Me suelo sentir tenso y preocupado cuando tengo que hacer algo nuevo y poco familiar.	1	2	3	4	5
<b>114.</b> Soy muy impaciente cuando tengo que empezar a trabajar en alguna tarea asignada.	1	2	3	4	5
<b>115.</b> Tengo poca fuerza de voluntad para resistir tentaciones fuertes, aunque sepa que voy a sufrir las consecuencias.	1	2	3	4	5
<b>116.</b> Si me siento preocupado, suelo encontrarme mejor con amigos que estando solo.	1	2	3	4	5
<b>117.</b> Suelo conseguir más cosas de las que la gente espera de mí.	1	2	3	4	5
<b>118.</b> Experiencias religiosas me han ayudado a entender el verdadero propósito de mi vida.	1	2	3	4	5
<b>119.</b> Generalmente me esfuerzo más que el resto de la gente porque quiero hacer las cosas lo mejor que puedo.	1	2	3	4	5
<b>120.</b> Por favor redondea el número cinco, es un ítem de validez.	1	2	3	4	5
<b>121.</b> Me suelo sentir con más energía y confianza que la mayoría de la gente, incluso después de situaciones de estrés y/o enfermedades leves.	1	2	3	4	5
<b>122.</b> Cuando nada nuevo sucede suelo empezar a buscar algo	1	2	3	4	5



que me resulte excitante o novedoso.					
<b>123.</b> Me gusta pensar las cosas durante largo tiempo antes de tomar decisiones.	1	2	3	4	5
<b>124.</b> La gente que se relaciona conmigo tiene que aprender a hacer las cosas a mi manera.	1	2	3	4	5
<b>125.</b> Suelo establecer contactos muy afectuosos con la mayoría de la gente.	1	2	3	4	5
<b>126.</b> Con frecuencia soy descrito como excesivamente ambicioso.	1	2	3	4	5
<b>127.</b> Prefiero leer un libro que hablar acerca de mis sentimientos con otras personas.	1	2	3	4	5
<b>128.</b> Me gusta vengarme de la gente que me ha hecho daño.	1	2	3	4	5
<b>129.</b> Si algo no sale como tengo previsto tengo más tendencia a abandonarlo que a seguir intentándolo durante mucho tiempo.	1	2	3	4	5
<b>130.</b> Es fácil para otras personas acercarse a mí emocionalmente.	1	2	3	4	5
<b>131.</b> Probablemente me encontraría relajado y a gusto quedando con gente desconocida, aún cuando me hubieran dicho que eran poco amistosos.	1	2	3	4	5
<b>132.</b> Por favor redondea el número dos, es un ítem de validez.	1	2	3	4	5
<b>133.</b> En general no me gusta la gente que tiene ideas distintas a las mías.	1	2	3	4	5
<b>134.</b> Con frecuencia me cuesta iniciar un proyecto.	1	2	3	4	5
<b>135.</b> Por lo general soy hábil deformando o exagerando la realidad para contar una historia divertida o gastar una broma a alguien.	1	2	3	4	5
<b>136.</b> Me es muy difícil cambiar mi manera de hacer las cosas porque me pongo nervioso, me canso o me preocupo.	1	2	3	4	5
<b>137.</b> Soy más perfeccionista que la mayoría de la gente.	1	2	3	4	5

<b>138.</b> Con frecuencia la gente piensa que soy demasiado independiente porque no hago lo que ellos quieren.	1	2	3	4	5
<b>139.</b> Se me da mejor ahorrar que a la mayoría de la gente.	1	2	3	4	5
<b>140.</b> A menudo dejo una actividad si requiere más tiempo de lo que yo pensaba.	1	2	3	4	5
<b>141.</b> El que algo esté bien o mal es tan sólo una cuestión de opiniones.	1	2	3	4	5
<b>142.</b> A menudo aprendo mucho de otra gente.	1	2	3	4	5
<b>143.</b> Creo que la vida depende de un orden o poder espiritual que no puede ser explicado del todo.	1	2	3	4	5
<b>144.</b> A no ser que sea muy cuidadoso las cosas me suelen ir mal.	1	2	3	4	5
<b>145.</b> Soy más lento que la mayoría de la gente para entusiasarme con ideas y actividades nuevas.	1	2	3	4	5
<b>146.</b> Probablemente podría conseguir más cosas de las que logro, pero no veo la necesidad de exigirme más allá de lo estrictamente necesario.	1	2	3	4	5
<b>147.</b> Suelo permanecer alejado de situaciones sociales en las que tengo que conocer a gente nueva, incluso si me aseguran que serán amistosos.	1	2	3	4	5
<b>148.</b> A menudo me siento tan en conexión con la gente que tengo a mí alrededor, que es como si no hubiera separación entre nosotros.	1	2	3	4	5
<b>149.</b> En la mayoría de las situaciones mi forma natural de responder se basa en las buenas costumbres que he desarrollado.	1	2	3	4	5
<b>150.</b> Con frecuencia tengo que dejar lo que estoy haciendo, porque comienzo a preocuparme que algo salga mal.	1	2	3	4	5
<b>151.</b> Con frecuencia me dicen que soy distraído porque me meto tanto en lo que estoy haciendo que pierdo la noción de todo.	1	2	3	4	5
<b>152.</b> Generalmente, tengo en cuenta los sentimientos de otras	1	2	3	4	5

personas tanto como los míos.					
<b>153.</b> Con frecuencia soy descrito como muy poco ambicioso.	1	2	3	4	5
<b>154.</b> La mayor parte del tiempo prefiero hacer cosas arriesgadas (como conducir en una zona montañosa con curvas escarpadas) que estar quieto o inactivo durante horas.	1	2	3	4	5
<b>155.</b> Alguna gente piensa que soy demasiado tacaño o mirado con el dinero.	1	2	3	4	5
<b>156.</b> Prefiero las viejas formas de hacer las cosas, ñensayadas y correctasö, que intentar formas ñuevas y mejoresö.	1	2	3	4	5
<b>157.</b> Con frecuencia hago cosas para ayudar a evitar la extinción de animales y plantas.	1	2	3	4	5
<b>158.</b> A menudo me esfuerzo hasta el agotamiento o intento hacer más de lo que realmente puedo.	1	2	3	4	5
<b>159.</b> Cuando me pillan haciendo algo mal no soy muy bueno para salir del atolladero.	1	2	3	4	5
<b>160.</b> La práctica continuada de las cosas, me ha permitido adquirir buenos hábitos que son más fuertes que la mayoría de los impulsos que me aparecen temporalmente.	1	2	3	4	5
<b>161.</b> Pienso que tendré suerte en el futuro.	1	2	3	4	5
<b>162.</b> Me abro fácilmente con las demás personas, aún cuando no los conozco demasiado.	1	2	3	4	5
<b>163.</b> Cuando fracaso en conseguir alguna cosa al principio, el poder conseguirlo se convierte en mi reto personal.	1	2	3	4	5
<b>164.</b> No es necesario ser deshonesto para tener éxito en los negocios.	1	2	3	4	5
<b>165.</b> En las conversaciones suelo ser mejor escuchando que hablando.	1	2	3	4	5
<b>166.</b> No sería feliz en un trabajo donde no pudiese comunicarme con otras personas.	1	2	3	4	5
<b>167.</b> Mis actitudes están determinadas por influencias que están fuera de mi control.	1	2	3	4	5

<b>168.</b> A menudo desearía ser el más fuerte.	1	2	3	4	5
<b>169.</b> Suelo necesitar siestas o períodos de descanso extras porque me canso con facilidad.	1	2	3	4	5
<b>170.</b> Me cuesta mucho mentir, aunque lo tenga que hacer para no herir los sentimientos de otros.	1	2	3	4	5
<b>171.</b> Siempre pienso que las cosas saldrán bien, sea cual sea el problema.	1	2	3	4	5
<b>172.</b> Me cuesta disfrutar gastándome el dinero en mi mismo, aunque tenga mucho ahorrado.	1	2	3	4	5
<b>173.</b> A menudo hago mi mejor trabajo bajo circunstancias difíciles.	1	2	3	4	5
<b>174.</b> Me gusta guardarme los problemas para mí.	1	2	3	4	5
<b>175.</b> Tengo una imaginación muy viva y desarrollada.	1	2	3	4	5
<b>176.</b> Me gusta más estar en casa que viajar o explorar nuevos lugares.	1	2	3	4	5
<b>177.</b> Las relaciones de amistad intensas con las demás personas son muy importantes para mí.	1	2	3	4	5
<b>178.</b> A menudo tengo el deseo de seguir siendo siempre joven.	1	2	3	4	5
<b>179.</b> Me gusta leer todo lo que tengo que firmar.	1	2	3	4	5
<b>180.</b> Pienso que me encontraría confiado y relajado con desconocidos, aunque me dijeran que están enfadados conmigo.	1	2	3	4	5
<b>181.</b> Siento que es más importante ser afectivo y comprensivo con la gente que ser práctico e inflexible.	1	2	3	4	5
<b>182.</b> Con frecuencia desearía tener poderes especiales como Superman.	1	2	3	4	5
<b>183.</b> Me gusta compartir lo que he aprendido con los demás.	1	2	3	4	5
<b>184.</b> Suelo considerar las situaciones difíciles como desafíos u	1	2	3	4	5

oportunidades.					
<b>185.</b> La mayoría de la gente que conozco sólo miran por ellos mismos sin importarles quien salga perjudicado.	1	2	3	4	5
<b>186.</b> Para recuperarme de enfermedades leves o situaciones de estrés necesito mucho apoyo, descanso y tranquilidad.	1	2	3	4	5
<b>87.</b> Sé que existen principios en la vida que uno no puede violar sin sufrir las consecuencias a largo plazo.	1	2	3	4	5
<b>188.</b> No quiero ser más rico que los demás.	1	2	3	4	5
<b>189.</b> Cuando empiezo un trabajo me gusta ir lentamente aunque sea fácil de hacer.	1	2	3	4	5
<b>190.</b> Arriesgaría mi vida para hacer del mundo un lugar mejor.	1	2	3	4	5
<b>191.</b> Cuando la gente pasa mi trabajo por alto, me obstino más en tener éxito.	1	2	3	4	5
<b>192.</b> Con frecuencia desearía detener el paso del tiempo.	1	2	3	4	5
<b>193.</b> Odio tomar decisiones basadas únicamente en mi primera impresión.	1	2	3	4	5
<b>194.</b> Prefiero estar solo que tener que cargar con los problemas de otras personas.	1	2	3	4	5
<b>195.</b> No quiero ser más admirado que el resto de la gente.	1	2	3	4	5
<b>196.</b> Necesito mucha ayuda de los demás para que me enseñen a tener buenas costumbres.	1	2	3	4	5
<b>197.</b> Me gusta hacer los trabajos rápidamente y después ofrecerme para hacer más.	1	2	3	4	5
<b>198.</b> Me cuesta tolerar gente que es muy diferente a mí.	1	2	3	4	5
<b>199.</b> Cuando alguien me hace daño, prefiero ser amable antes que intentar vengarme.	1	2	3	4	5
<b>200.</b> Realmente, me gusta estar ocupado.	1	2	3	4	5

<b>201.</b> Intento cooperar lo máximo posible con los demás.	1	2	3	4	5
<b>202.</b> Suelo tener éxito gracias a mi ambición y a mi trabajo duro.	1	2	3	4	5
<b>203.</b> Por lo general, es fácil que me caiga bien gente que tiene valores distintos a los míos.	1	2	3	4	5
<b>204.</b> Las buenas costumbres se han convertido en parte de mí, y me salen de forma natural y espontánea casi todo el tiempo.	1	2	3	4	5
<b>205.</b> Odio cambiar mi manera de hacer las cosas aunque me digan que hay formas nuevas y mejores de hacerlas.	1	2	3	4	5
<b>206.</b> Pienso que no es sabio creer en cosas que no pueden ser explicadas científicamente.	1	2	3	4	5
<b>207.</b> Estoy dispuesto a sacrificarme mucho para tener éxito.	1	2	3	4	5
<b>208.</b> Me gusta imaginarme a mis enemigos sufriendo.	1	2	3	4	5
<b>209.</b> Por favor redondea el número tres, es un ítem de validez.	1	2	3	4	5
<b>210.</b> Me gusta prestar atención a los detalles en todo aquello que hago.	1	2	3	4	5
<b>211.</b> Por lo general me siento libre para elegir lo que quiero hacer.	1	2	3	4	5
<b>212.</b> A menudo me involucro tanto en lo que estoy haciendo que llego a olvidar donde estoy durante un instante.	1	2	3	4	5
<b>213.</b> Me gusta que los demás sepan que me preocupo por ellos.	1	2	3	4	5
<b>214.</b> La mayor parte del tiempo preferiría hacer algo arriesgado (como lanzarme en paracaídas o ala delta) antes que tener que quedarme quieto e inactivo durante unas horas.	1	2	3	4	5
<b>215.</b> Debido a que suelo gastar mucho dinero de forma impulsiva me cuesta ahorrar, incluso para cosas especiales como unas vacaciones.	1	2	3	4	5
<b>216.</b> A menudo cedo a los deseos de mis amigos.	1	2	3	4	5

<b>217.</b> Nunca me preocupo de las cosas terribles que puedan ocurrir en un futuro.	1	2	3	4	5
<b>218.</b> A la gente le resulta fácil acudir a mí en busca de ayuda, simpatía y comprensión.	1	2	3	4	5
<b>219.</b> La mayoría de las veces perdono con rapidez a quien me ha hecho daño.	1	2	3	4	5
<b>220.</b> Pienso que mi forma espontánea de actuar es consistente con mis metas y mis principios a largo plazo.	1	2	3	4	5
<b>221.</b> Al hacer cosas, prefiero esperar a que otro tome el mando.	1	2	3	4	5
<b>222.</b> Me divierte comprarme cosas.	1	2	3	4	5
<b>223.</b> He tenido experiencias que me han aclarado tanto mi papel en la vida, que me han hecho sentir muy feliz y emocionado.	1	2	3	4	5
<b>224.</b> Suelo respetar las opiniones de los demás.	1	2	3	4	5
<b>225.</b> Mi conducta se encuentra fuertemente guiada por determinadas metas que he establecido en mi vida.	1	2	3	4	5
<b>226.</b> Suele ser tonto favorecer el éxito de otra gente.	1	2	3	4	5
<b>227.</b> A menudo desearía poder vivir siempre.	1	2	3	4	5
<b>228.</b> Cuando alguien me señala mis fallos suelo trabajar más duro para corregirlos.	1	2	3	4	5
<b>229.</b> No dejaría de hacer lo que estoy haciendo sólo por haber tenido varios fracasos seguidos.	1	2	3	4	5
<b>230.</b> Generalmente tengo buena suerte en todo lo que intento.	1	2	3	4	5
<b>231.</b> Desearía ser el/la más guapo/a de todos.	1	2	3	4	5
<b>232.</b> Probablemente las experiencias místicas son sólo deseos difíciles de ocurrir en la realidad.	1	2	3	4	5

<b>233.</b> Los derechos individuales son más importantes que las necesidades de cualquier grupo.	1	2	3	4	5
<b>234.</b> La falta de honestidad sólo causa problemas si te descubren.	1	2	3	4	5
<b>235.</b> Los buenos hábitos me facilitan hacer las cosas en la forma que quiero.	1	2	3	4	5
<b>236.</b> Los demás y las circunstancias suelen ser los responsables de mis problemas.	1	2	3	4	5
<b>237.</b> Suelo poder rendir ña topeö todo el día sin tener que esforzarme.	1	2	3	4	5
<b>238.</b> Quiero ser el mejor en todo lo que hago.	1	2	3	4	5
<b>239.</b> Aunque los demás me pidan que tome una decisión rápida, casi siempre pienso en todos los hechos detenidamente antes de tomarla.	1	2	3	4	5
<b>240.</b> Cuando hay algo que hacer, suelo presentarme rápidamente como voluntario.	1	2	3	4	5



Republica Bolivariana de Venezuela  
Universidad de Carabobo  
Universidad Autónoma de Madrid  
Facultad de Medicina

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo \_\_\_\_\_, portador de la cédula de identidad \_\_\_\_\_, Doy mi consentimiento para que se me efectúen cuatro cuestionarios, como instrumentos de recolección de datos en la investigación que lleva por título:

**ACONTECIMIENTOS VITALES, INDICE DE REACTIVIDAD AL ESTRÉS, PSICOPATOLOGÍAS Y RASGOS DE LA PERSONALIDAD, EN PACIENTES CON DISFUNCIÓN DOLOROSA DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMADIBULAR.**

Entiendo que el objetivo de la presente investigación es contrastar si el impacto de los acontecimientos vitales, el índice de reactividad al estrés, niveles generales de psicopatología y los rasgos de la personalidad influyen sobre el desarrollo de la disfunción dolorosa de la articulación temporomandibular. Todo ello se determinará mediante la aplicación de los cuestionarios en donde yo no necesito construir ni redactar respuestas, solo necesito leer las preguntas identificarme con lo propuesto y marcarla, siendo contestados de acuerdo a las vivencias personales; declaro además que mi participación es voluntaria y que la negación de la colaboración solicitada no implica ningún tipo de represalia.

Por otra parte el investigador asume el compromiso de preservar la confiabilidad de los datos suministrados por mí como participante y utilizarlos solo para los fines de la presente investigación. Los resultados obtenidos a partir del procesamiento de los datos obtenidos mediante los cuestionarios serán utilizados para sustentar las conclusiones, los cuales podrán ser publicados en cualquier revista científica, póster y/o conferencia relacionada con el tema.

Investigador:

Oscar. A. Mora. R.

El Participante: