

Universidad de Oviedo

Departamento de Cirugía y Especialidades Médico-Quirúrgicas

Programa de doctorado: Ciencias de la salud

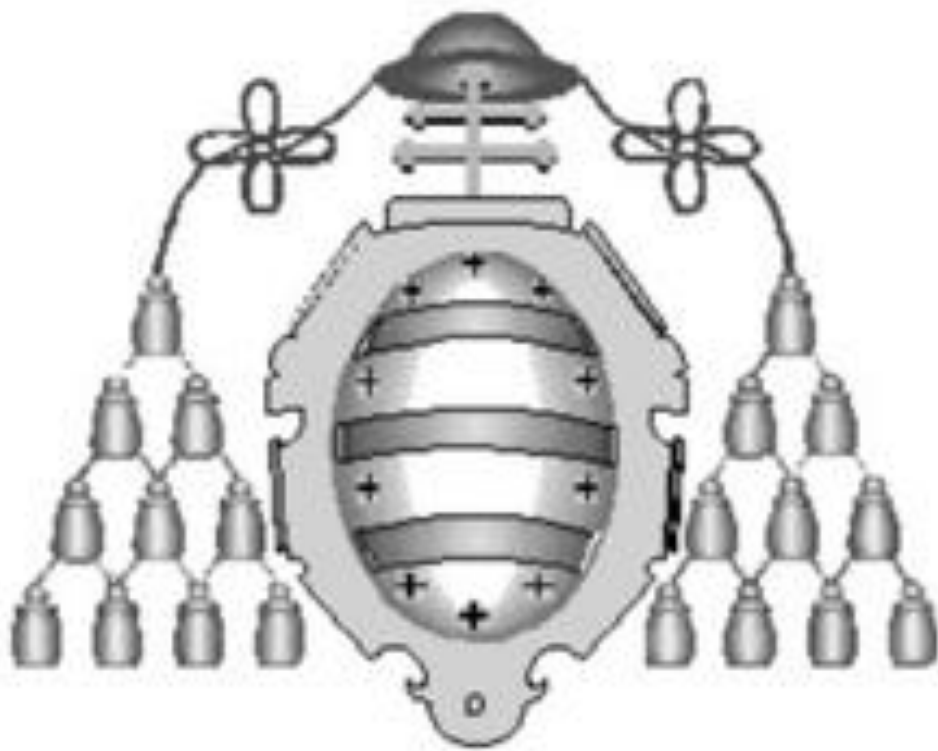
“Niveles de ansiedad en los pacientes oncológicos del área maxilofacial y su relación con las manifestaciones signo-sintomatológicas de la articulación temporo-mandibular”

**Eva María Fernández Cuervo
Oviedo, 2016**

Tesis Doctoral

ÍNDICE

Introducción	.....	3
Hipótesis y objetivos	.....	22
Material y métodos	.....	25
Resultados	.....	32
Discusión	.....	43
Conclusiones	.....	59
Bibliografía	.....	61
Anexo I	.....	75
Anexo II	.....	77



Introducción

A lo largo de la ya dilatada historia de la Psicología, la ansiedad se ha revelado como la respuesta emocional más estudiada. Probablemente esto sea debido a dos razones fundamentales: la primera, su carácter de respuesta emocional específica y paradigmática; la segunda, porque los avances en su conocimiento revisten innumerables aplicaciones clínicas, dado su prevalente papel en numerosos trastornos psicopatológicos y psicosomáticos (Miguel Tobal, 1990).

La ansiedad es una parte de la existencia humana, todas las personas sienten un grado moderado de la misma, siendo ésta una respuesta adaptativa. Según el Diccionario de la Real Academia Española (vigésima primera edición), el término ansiedad proviene del latín *anxietas*, refiriendo un estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo, y suponiendo una de las sensaciones más frecuentes del ser humano, siendo ésta una emoción complicada y desagradable que se manifiesta mediante una tensión emocional acompañada de un correlato somático (Ayuso, 1988; Bulbena, 1986).

La característica más llamativa de la ansiedad es su carácter anticipatorio, es decir, posee la capacidad de prever o señalar el peligro o amenaza para el propio individuo, confiriéndole un valor funcional importante (Sandín y Chorot, 1995); además, tiene una función activadora y facilitadora de la capacidad de respuesta del individuo, concibiéndose como un mecanismo biológico adaptativo de protección y preservación ante posibles daños presentes en el individuo desde su infancia (Miguel Tobal, 1996). Sin embargo, si la ansiedad supera la normalidad en cuanto a los parámetros de intensidad, frecuencia o duración, o bien se relaciona con estímulos no amenazantes para el organismo, provoca manifestaciones patológicas en el individuo, tanto a nivel emocional como funcional (Vila, 1984).

Es conocida la dificultad que entraña el realizar un diagnóstico psicopatológico en el paciente con cáncer, debido a la convergencia de síntomas psicológicos y somáticos que dificultan el diagnóstico diferencial. La propia naturaleza de la enfermedad neoplásica es generadora de un malestar emocional (distress) que puede oscilar entre una reacción normal ante la enfermedad hasta la presencia de un conjunto de signos y síntomas que requieran una intervención específica desde el campo de la salud mental. Los trastornos del sueño pueden afectar seriamente al bienestar físico y mental, así como a la calidad de vida del paciente, y más pronunciado es en aquellos pacientes con enfermedades que amenazan la vida, como el cáncer (Beck, 2004).

El concepto de ansiedad ha evolucionado paralelamente a los paradigmas dominantes: dentro de la Psicología de la Personalidad, desde las teorías rasgo-estado (Cattell y Scheier, 1961), al enfoque situacionista (Mischel, 1968), y más tarde al interactivo (Endler y Magnusson, 1974); dentro de la Psicología de la Emoción, desde un enfoque unitario hasta una concepción multidimensional; dentro de la Psicología del Aprendizaje, desde un simple impulso o “drive”, hasta la inclusión de las variables cognitivas por parte del enfoque cognitivo-conductual. Esta evolución del concepto ha propiciado que en la actualidad sea entendida ésta como una respuesta emocional compleja, fruto de la interacción entre factores individuales y situaciones específicas (Endler y Parker, 1992), que tiene su expresión a través de un patrón variable de respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras (Lang, 1968).

En psicología, la psicometría es la que garantiza que los instrumentos de medición elaborados cuenten con las garantías científicas para su uso. La psicometría es el conjunto de métodos, técnicas y teorías implicadas en la medición de variables psicológicas; estudia las propiedades métricas exigibles en las mediciones psicológicas y establece las bases para que dichas mediciones se realicen de forma adecuada. El objetivo de la psicometría es

proporcionar modelos para transformar los hechos en datos con la finalidad de asignar valores numéricos a los sujetos, sobre la base de sus respuestas (Muñiz, 1992).

Los instrumentos de evaluación de la ansiedad han seguido un tránsito paralelo al de los modelos que les servían de base teórica (Cano Vindel, 1989). A pesar de la posibilidad de utilizar otros procedimientos de evaluación de la ansiedad, tales como el uso de parámetros inmunológicos en su calidad de marcadores de “estado” (De Flores, 1994), los cuestionarios, inventarios y escalas han sido, con mucho, los más utilizados para este fin (Miguel Tobal, 1993). Destacan instrumentos como el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo, STAI (Spielberger, 1970), o la Escala de Ansiedad Manifiesta, MAS (Taylor, 1953), basados en el modelo de rasgo o concepción unitaria de la ansiedad. Por su parte, el modelo interactivo ha desarrollado inventarios tipo SxR (Situación-Respuesta) tales como el S-R Inventory of Anxiousness (Endler, 1962), el S-R Inventory of General Trait Anxiousness (Endler y Okada , 1975), las Escalas Multidimensionales de Ansiedad de Endler (Endler, Edward y Vitelli, 1991), el Inventario de Actitudes hacia Situaciones Diversas, IASD, (Bermúdez, 1983).

Aunando las aportaciones de los enfoques interactivo y conductual se desarrolló el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad, ISRA, (Miguel Tobal y Cano Vindel, 1986, 1988, 1994), un inventario en formato Situación-Respuesta, destinado a evaluar la frecuencia con que se manifiestan una serie de respuestas cognitivas (pensamientos y sentimientos de preocupación miedo, inseguridad, etc.), fisiológicas (diversos índices de activación del SNA y SNS) y motoras (varios índices de agitación motora) de ansiedad ante distintas situaciones (de evaluación, interpersonales, fóbicas y de la vida cotidiana).

El ISRA posee destacables propiedades psicométricas (Miguel Tobal, 1985), relativas a su validez convergente (Miguel Tobal y Cano Vindel, 1986), así como a su capacidad de

discriminación, tanto entre grupos con diversos trastornos de ansiedad (Miguel Tobal y Cano Vindel, 1995), como entre ansiedad y depresión (Sanz, 1991). También ha demostrado útil en la valoración de los factores emocionales asociados a diversas patologías en las que la ansiedad juega un destacado papel etiológico (Martínez Sánchez, 1993; Miguel Tobal, 1994; Pérez Pareja, 1994). En las adaptaciones que a otros países se han realizado, se ha mostrado así mismo como un instrumento válido y fiable, tanto para la práctica clínica (es altamente sensible a la detección de los cambios entre evaluación pre y postratamiento), como para la investigación (Williams, 1991). Se han elaborado también diversas adaptaciones del inventario original orientadas a la valoración de la ansiedad en contextos altamente específicos, tales como la ansiedad ante las revisiones médicas, mediante el IRA-RM, desarrollado para valorar la ansiedad en el aprendizaje del vuelo de los pilotos del Ejército del Aire. Sin embargo, entre las limitaciones del inventario original es preciso señalar sus exigencias de tiempo, para llevar a cabo la evaluación, así como de nivel cultural, exigido para los sujetos evaluados. Ante sujetos con bajo nivel cultural resulta prolijo y difícil completar los 224 ítems de los que consta, en una tarea que requiere cuarenta minutos aproximadamente, para sujetos sin esta dificultad.

Por todo lo antedicho, y a pesar del paso del tiempo, un instrumento de evaluación internacionalmente aceptado y validado de fácil aplicación y capaz de diferenciar entre las variables ansiedad rasgo y ansiedad estado es el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo, STAI (Spielberger, 1970), razón por la que se ha utilizado para la realización del presente trabajo. El STAI cuenta con más de 60 adaptaciones culturales y lingüísticas y con más de 14.000 citas en artículos de sus versiones para adultos (Muñiz y Fernández-Hermida, 2010).

1.2 STAI. Cuestionario de Ansiedad Estado -Rasgo

Fundamentación teórica

El Cuestionario STAI comprende escalas separadas de autoevaluación que miden dos conceptos independientes de la ansiedad, como estado (E) y como rasgo (R).

La ansiedad estado (AE) se describe como un estado o condición emocional transitoria del ser humano que se caracteriza por sentimientos subjetivos de tensión y aprensión, así como hiperactividad del Sistema Nervioso Autónomo. Puede variar con el tiempo y fluctuar en intensidad.

La Ansiedad rasgo (AR) consiste en una propensión ansiosa relativamente estable que diferencia a los individuos en su tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras y a elevar, consecuentemente, su ansiedad estado (AE). La ansiedad rasgo es similar a los constructos llamados “motivos” o “disposiciones que permanecen latentes hasta que son activadas por algunos estímulos de la situación”, o bien “disposiciones comportamentales adquiridas”.

Construcción del instrumento

En 1964 comenzaron los trabajos de construcción del cuestionario, en principio planteado como escala única para la evaluación tanto del rasgo como del estado. Los resultados preliminares vinieron a introducir cambios en la concepción teórica de la ansiedad, especialmente del rasgo.

En la redacción de los items se procuró que no hubiera connotaciones de rasgo. En la versión que ha dado lugar a la castellana quedan cinco items con la misma redacción y 15 de redacción específica para cada forma.

Aplicaciones

La escala AE se puede utilizar para medir los niveles de ansiedad provocados por procedimientos experimentales de inducción de ansiedad o como índice del nivel de “impulso”. También puede ser un indicador de los efectos de técnicas de relajación.

La variable AR puede utilizarse en la investigación para seleccionar sujetos con diferente predisposición a responder al estrés psicológico con diferentes niveles de intensidad del estado. También puede ser útil para identificar a personas con riesgo de padecer trastornos de ansiedad.

Instrucciones para la aplicación

El STAI fue diseñado para la autoaplicación y puede ser administrado de forma individual y colectiva. Las instrucciones necesarias para cada una de las partes están impresas en el ejemplar. Conviene que el examinador lea en voz alta las instrucciones mientras los evaluados lo hacen en silencio.

Aunque los items se refieren claramente a ansiedad, es preferible no emplear este término y referirse al STAI como “Cuestionario de autoevaluación”.

La validez del STAI se basa en que el evaluado entienda claramente las instrucciones referentes al Estado y reflejen sus impresiones sobre lo que siente “en ese momento”, mientras que la parte de Rasgo anote lo que siente “en general”.

Obtención de las puntuaciones

Cada subescala se conforma por un total de 20 ítems en un sistema de respuesta Likert de 4 puntos según la intensidad (0= casi nunca / nada; 1= algo / a veces; 2= bastante /

a menudo; 3= mucho / casi siempre). Las puntuaciones de las dos escalas del STAI pueden variar desde 0 hasta 60 puntos.

En la elaboración del STAI se han intercalado los items directos e inversos para evitar el efecto de aquiescencia.

La corrección se efectúa con plantilla, contando los puntos de los items de ansiedad positivos y los negativos y trasladando el valor resultante a la fórmula correspondiente.

Fiabilidad

El coeficiente alfa de los estudios originales oscila entre 0.83 y 0.92. En la muestra española los índices KR20 para AE oscilan entre 0.90 y 0.93 y en AR entre 0.84 y 0.87. La fiabilidad test-retest se obtuvo en un subgrupo de sujetos normales con diferentes intervalos. 1 hora 20 días 104 días.

Adaptación

La muestra española estuvo formada por 1.109 personas procedentes de centros educativos o profesionales de varios lugares de España.

En la versión original se utilizaron puntuaciones T, pero en la adaptación española se han empleado percentiles y decatipos. Los decatipos son una escala típica de media 5.5 y desviación igual a 2.

1.3 Normas de puntuación. Decatipo

Una vez que se elige una prueba se debe tener en cuenta el tipo de puntuaciones que proporciona, pues son las que van a regir la interpretación. Las pruebas psicológicas nos pueden proporcionar pruebas típicas o z, decatipos y percentiles.

Las puntuaciones típicas o z son aquellas derivadas de la curva normal, esto es, si al aplicar una prueba a la población elegida la distribución de las puntuaciones obtenidas por los sujetos evaluados sigue una distribución normal, se aprovechan las propiedades de la curva normal para determinar las puntuaciones. Este tipo de puntuaciones se encuentra en las pruebas que miden la inteligencia, desarrollo psicológico o las habilidades psicolingüísticas.

Entre la media y una desviación estándar a la derecha y a la izquierda se encuentra el 68,26% de los casos. Entre la media y dos desviaciones estándar se encuentra el 95,44% de la población evaluada y entre la media y tres desviaciones estándar se encuentra el 99,72% de la población evaluada (Fig. 1)

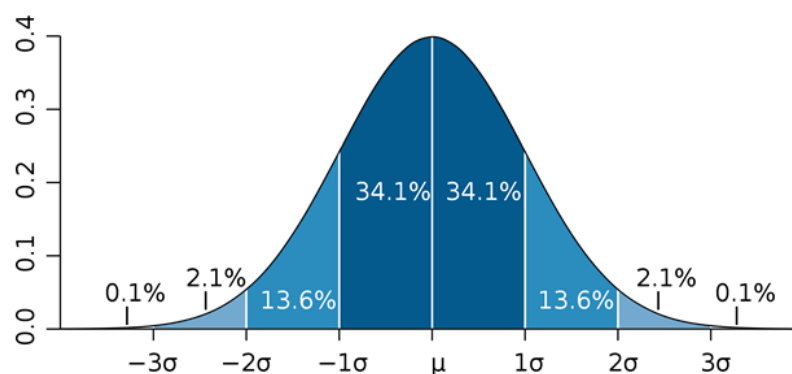


Fig. 1

Los decatipos son también puntuaciones derivadas de una distribución de curva normal, pero en lugar de tener la forma de campana de Gauss, es una curva normal platocúrtica, esto es, aplanada, en la que en lugar de dividirse en seis partes (la media más y menos tres desviaciones estándar), se divide en diez (la media más y menos cinco desviaciones estándar), variando los porcentajes de población que se encuentran dentro de cada porción. En los decatipos 1 y 10 se encuentra el 2,3% de la población. En los decatipos 2 y 9 se encuentra el 4,4%. En los decatipos 3 y 8 el 9,2%, en los 4 y 7 el 15% y en los decatipos centrales, 5 y 6, se encuentra el 19% de la población.

La interpretación se basa tomando como norma de comparación los cuatro decatipos centrales (4,5,6,y,7) y considerando puntuaciones extremas los decatipos 1, 2 y 3 del lado izquierdo de la curva que representan el 15,9% de la población con puntuaciones más bajas, y los decatipos 8, 9 y 10 a la derecha que representan el 15,9% con las puntuaciones más altas.

1.4 Ansiedad y cáncer

El diagnóstico de una enfermedad oncológica en un individuo se acompaña de un fuerte impacto emocional. La ansiedad es una reacción normal ante el cáncer. Uno puede experimentar ansiedad al someterse al examen de detección del cáncer, al esperar los resultados, al recibir el diagnóstico, al someterse a los tratamientos o al anticipar una recaída. La ansiedad asociada con el cáncer puede contribuir a un incremento en la sensación de dolor, alterar el sueño, causar náusea y vómito e interferir con la calidad de vida no sólo del paciente sino también de su familia.

Pero si entendemos que es necesaria una cierta ansiedad para enfrentarnos de forma adecuada a los acontecimientos diarios, la ansiedad se considera patológica cuando interfiere en esta capacidad adaptativa e impide realizar la actividad cotidiana, produce sentimientos de inseguridad y de devaluación personal, y dificulta el proceso de relación y adaptación al medio

Las personas con cáncer notarán que sus sentimientos de ansiedad tienden a aumentar o reducirse en diferentes épocas. El paciente puede experimentar mayor grado de ansiedad según vea el cáncer expandirse o al intensificarse el tratamiento. Los niveles de ansiedad varían de un paciente a otro. La mayoría de los pacientes logran reducir sus niveles de ansiedad aprendiendo más sobre su condición y los tratamientos que éste conlleva. Algunos pacientes, particularmente aquellos que ya habían experimentado episodios de ansiedad intensa antes del diagnóstico de cáncer, pueden verse afectados por una ansiedad abrumadora que puede interferir con el tratamiento (Andrea, 1996)

La psicóloga María Die Trill expone que en los niños y adolescentes que se van a someter a un tratamiento quirúrgico, las instrucciones e información preoperatorias constituyen la intervención psicológica más frecuentemente empleada. Ésta tiene varios objetivos. El primero consiste en informar al paciente sobre el procedimiento que se le va a realizar, de reacciones que posiblemente experimentará (por ejemplo, al despertar de la anestesia), de medicaciones que se le van a administrar, etc. El segundo objetivo es fomentar la expresión emocional por parte del paciente, dándole oportunidad para formular preguntas y dudas así como para comunicar sus temores y expectativas. Y, por último, se intenta establecer una relación entre paciente y personal sanitario basada principalmente en la confianza y en la comprensión. Con esto se consigue disminuir notablemente la angustia y la ansiedad experimentadas por el enfermo y su familia así como facilitar su adaptación al proceso quirúrgico (Die Trill, 1987).

A pesar de los estudios realizados durante las dos últimas décadas sobre la prevalencia de los trastornos mentales en los pacientes oncológicos, es de todos conocida la dificultad que entraña el realizar un diagnóstico psicopatológico en el paciente con cáncer, debido a la convergencia de síntomas psicológicos y somáticos que dificultan el diagnóstico diferencial. La enfermedad neoplásica puede ocasionar una reacción normal ante la enfermedad o desencadenar la presencia de un conjunto de signos y síntomas que requieran una intervención específica desde el campo de la salud mental. Los trastornos del sueño son frecuentes y pueden afectar seriamente al bienestar físico y mental así como a la calidad de vida del paciente. El 25-50% de los pacientes con cáncer avanzado presentan morbilidad psiquiátrica mantenida principalmente en forma de trastornos de ansiedad y depresivos (Savard y Morin, 2001).

Muchos de estos cuadros suelen ser ignorados, minusvalorados o aceptados por los profesionales, que los consideran comprensibles dada la situación del enfermo. La presencia de alteraciones psicopatológicas o trastornos mentales en pacientes con cáncer ha sido extensamente documentada a lo largo de las dos últimas décadas. Cabe resaltar el estudio multicéntrico llevado a cabo por Derogatis y colaboradores (1983), (PSYCOG, Psychosocial Collaborative Oncology Group) sobre una muestra de 215 pacientes oncológicos, en el cual se determinó que si bien el 53% presentaban buena adaptación al diagnóstico de cáncer, el 47% de los pacientes mostraban síntomas compatibles con un diagnóstico de trastorno psiquiátrico según el DSM-III. De éstos, el 32% presentaba un trastorno adaptativo con ansiedad o estado de ánimo deprimido; 6% manifestaban un trastorno depresivo mayor; 4% un trastorno mental orgánico; 3% un trastorno de la personalidad y 2% un trastorno de ansiedad.

Las personas que han recibido un diagnóstico de cáncer pasan por distintos niveles de estrés y angustia emocional. El miedo a la muerte, la interrupción de planes futuros, los

cambios en la percepción corporal y el amor propio, los cambios de su papel social y su estilo de vida, y las preocupaciones económicas y legales son asuntos importantes para cualquier persona con cáncer. La pérdida de vitalidad originada por la deficiencia del estado nutricional generada por los citostáticos, así como la mucositis, náuseas, anorexia y vómitos, desencadenan en los pacientes el temor a no volver a recuperar nunca el estado de salud previo (Cella, 1987).

La cirugía constituye un potente estresor complejo, y su carácter estresante no se encuentra aislado, depende no sólo de la hospitalización sino de la enfermedad, de acontecimientos y sus consecuencias, responsable todo ello, de las elevaciones de la ansiedad (López Roig, 1991). Son bien conocidos los agentes estresantes a los que se ve sometido el paciente dentro del mundo hospitalario como desorientación, pérdida de intimidad, abandono del entorno y roles habituales, etc (López Roig, 1993). Si a esto le añadimos las propias características del procedimiento quirúrgico, que lleva implícito una serie de temores: miedo a no despertar de la anestesia, sentir dolor durante la operación, al dolor que puedan provocar los procedimientos invasivos previos a la intervención, a revelar información personal debido a los efectos de la anestesia o a los resultados de la cirugía, por tanto, nos encontramos inmersos en una situación susceptible de provocar altos niveles de ansiedad repercutiendo en el sujeto desfavorablemente (Alorda, 1995). . El hecho de que el individuo afronte la cirugía con altos niveles de ansiedad puede tener influencias negativas en la recuperación físico-psíquica postquirúrgica, tales como largas estancias hospitalarias o mayor necesidad de analgésicos (Sáez Vay, 1996)

Los pacientes tienen mayor probabilidad de presentar ansiedad durante el tratamiento de cáncer si presentan cualquiera de las siguientes condiciones (Tabla 1):

Antecedentes de trastornos por ansiedad.
Dolor grave.
Ansiedad al momento del diagnóstico.
Incapacidad física.
Pocos familiares o amigos que los cuiden.
Cáncer que no responde al tratamiento.
Antecedentes de trauma físico o emocional.
Metástasis al sistema nervioso central
Corticoesteroides

Tabla 1

Se ha demostrado una correlación directa y significativa entre la autovaloración del dolor y los estados emocionales de temor y ansiedad. La relación entre dolor y ansiedad puede ser entendida con un marco multidimensional incluyendo los aspectos somáticos, emocionales, cognitivos y conductuales. El dolor por cáncer no es puramente nociceptivo y físico, sino que envuelve diferentes dimensiones del ser humano tales como personalidad, afecto, cognición, conductas y relaciones sociales. (Meneses, 2003; Porta, 2004)

Según McGarth y Hillier, aunque por lo común no se hacen distinciones en cuanto a los tipos de dolor agudo, éstos constituyen categorías especiales de dolor debido a los diferentes factores situacionales y emocionales únicos para cada contexto. A diferencia del

dolor crónico, en el dolor agudo el factor concomitante emocional más importante es la ansiedad (Torres, 2003).

Existen estudios en los que se afirma que el cáncer despierta gran temor en toda persona incluso en mayor grado que otras enfermedades incluso con índices de mortalidad más alto ((Bahnson, 1975; Levitt, 1980; Dilhuydi 1989). En el caso de cáncer cabeza y cuello (Mehta,1982) habrá que tener en cuenta que conlleva características muy especiales de “amenaza”, debido a que las estructuras afectadas son responsables de funciones (fonatorias, deglutorias, respiratorias) de capital importancia. Por tanto, estos pacientes van a sentirse muy alterados por su enfermedad, desarrollando reacciones emocionales y alteraciones psicológicas más o menos graves e importantes.

La necesidad de conocer estas alteraciones ha sido puesta de manifiesto desde hace ya varias décadas en algunos trabajos realizados con estos pacientes (Greene,1947; Pitkin 1953; Schall,1938). Sin embargo, las investigaciones son escasas y la mayoría están más relacionadas con la problemática en la rehabilitación fonatoria o deglutoria que con el análisis sistemático de los trastornos psicológicos presentes en los enfermos (Botey,1982; Gardner,1966; Locke B,1966).

1.5 La articulación temporomandibular

Hasta los años cincuenta, el manejo de los desórdenes o trastornos temporomandibulares estaba basado en testimonios, opiniones clínicas y una confianza ciega más que en una investigación científica.

En la historiografía se recoge que el manejo de esta patología se remonta a la civilización egipcia; así, un papiro descubierto por Edwin Smith que data de 1600 a. de C.,

contiene las normas de conducta a seguir ante las luxaciones de mandíbula (Rowe y Killey, 1968). Hipócrates (500 a. de C.) describió la anatomía de la articulación temporomandibular, la etiología de la dislocación mandibular, así como las maniobras conducentes a su resolución (Mc Neill, 1997).

Durante todo el siglo XIX existió un gran entusiasmo por el estudio de los movimientos articulares y la oclusión, por cuanto se creía que la salud de la articulación temporomandibular y sus músculos dependían únicamente de la misma. A finales del siglo XIX y principios del XX, algunos especialistas bien conocidos publicaron una serie de conceptos oclusales basados en modelos geométricos y funcionales para estabilizar el balance oclusal.

En los comienzos del siglo XX otorrinolaringólogos, odontólogos y anatomistas, fueron describiendo síntomas que eran provocados por alteraciones de la articulación temporomandibular. Fue Costen quien en 1934 describió una serie de síntomas del oído, que formarían parte de lo que se denominaría “síndrome de Costen”. Este autor justificó las manifestaciones clínicas de sus pacientes por una pérdida de la dimensión vertical, proponiendo la resolución de este problema, como hecho princeps para el tratamiento de los enfermos.

A lo largo de los años, los trastornos funcionales del aparato estomatognático se han identificado con distintos términos. En 1934, Costen popularizó el término “síndrome de Costen”. Posteriormente en 1955, Schwartz describió el denominado “síndrome de dolor-disfunción de la articulación temporomandibular”. Shore en 1959 el “síndrome de disfunción de la articulación temporomandibular”. Laskin utilizó en 1969 el término “síndrome de dolor-disfunción miofascial”.

Ulteriormente y por el influjo anglosajón fueron ganando popularidad los términos

trastornos internos y externos de la articulación temporomandibular (Farrar, 1978). El término desorden interno se usa generalmente para definir una relación anormal entre el disco articular, el cóndilo mandibular y la eminencia articular.

En la década de los 80 se acuñaron los conceptos “desórdenes craneomandibulares”, como denominación nada restrictiva en lo concerniente a las estructuras que pueden englobarse en tan abigarrada patología, y “desórdenes temporomandibulares” (DTM) (Bell en 1982), término este último adoptado por la American Academy of Orofacial Pain (AAOP), y definido por la misma como el conjunto de problemas clínicos que involucran a la musculatura masticatoria, las articulaciones temporomandibulares y las estructuras asociadas (Mc Neill, 1990).

Desde el año 1951 se han venido sucediendo diversas clasificaciones para la patología de la ATM. La AAOP, publicó en 1990, una clasificación del dolor orofacial, bajo la estructura básica del esquema de Bell pero con modificaciones adicionales (Mc Neill, 1990). Esta clasificación fue revisada y modificada en 1993 (Mc Neill) y 1996 (Okeson). La importancia de esta subdivisión de la patología estriba en el intento de orientación terapéutica que conlleva.

Desórdenes congénitos, del desarrollo y adquiridos de los huesos del cráneo y la mandíbula:

1.1 Desórdenes congénitos y del desarrollo:

a. Aplasia.

b. Hipoplasia.

c. Hiperplasia.

d. Displasia.

1.2. Desórdenes adquiridos:

a. Neoplasia.

b. Fracturas

Desórdenes de la articulación temporomandibular:

2.1. Alteraciones de la forma.

2.2. Desplazamientos discales:

a.- Con reducción.

b.- Sin reducción.

2.3. Dislocación. Luxación articular.

2.4. Procesos inflamatorios extraóseos:

a. Sinovitis.

b. Capsulitis.

2.5. Patología ósea inflamatoria o degenerativa:

a. Osteoartrosis.

b. Osteoartritis.

c. Poliartritis.

2.6. Anquilosis:

a. Anquilosis ósea.

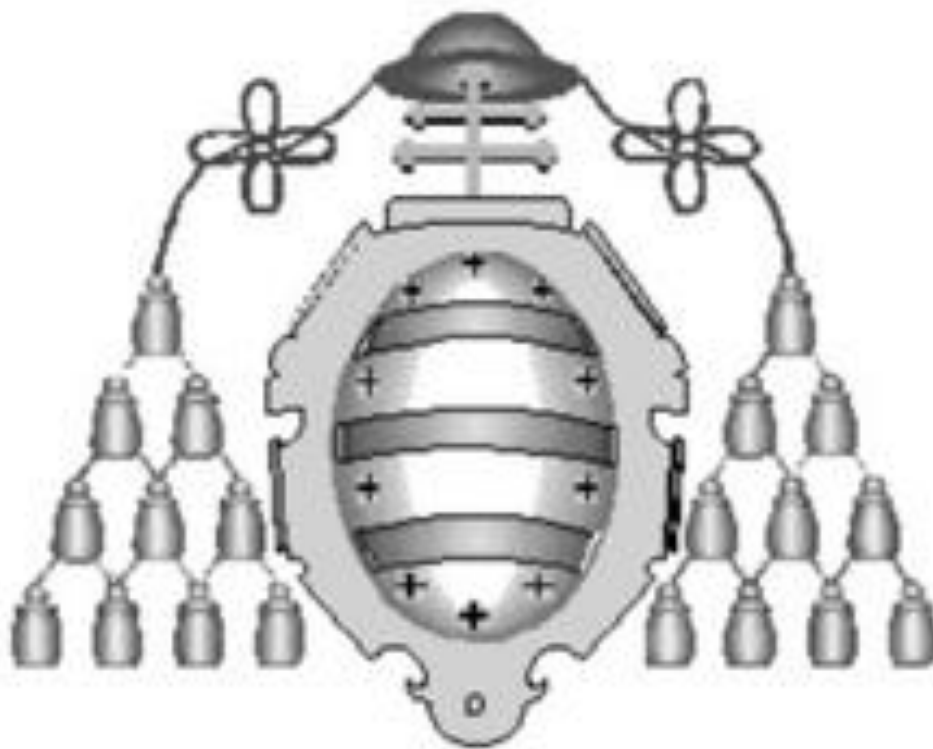
b. Anquilosis fibrosa.

Desórdenes miógenos:

- a. Dolor miofascial.**
- b. Miositis.**
- c. Espasmo.**
- d. Mialgia local inclasificable.**

Tabla 2

En el presente trabajo se pretendía una evaluación exclusivamente clínica de las articulaciones temporo-mandibulares, evaluando los principales signos y síntomas que configuran su conocido cotejo sindrómico, sin realizar estudios complementarios complejos.



Hipótesis y objetivos

La literatura sobre ansiedad y cáncer es abundante, pero confusa (Mate, 2004). En ella se mezclan variables metodológicas importantes que no siempre se analizan por separado. Así, por ejemplo, unas veces se habla de síntomas de ansiedad y otras de trastornos de ansiedad; unas veces se evalúa con cuestionarios, otras con entrevista diagnóstica. Por otra parte la variable sexo está asociada a importantes diferencias en ansiedad, tanto si hablamos de síntomas, como si hablamos de trastornos, pero no siempre en muchos de los trabajos revisados se dan cifras para varones y para mujeres.

El principal objetivo planteado en el presente estudio era el de resolver el siguiente interrogante:

¿Tienen los pacientes con cáncer en el territorio maxilofacial niveles más altos de ansiedad que la población general?

Sabemos que la ansiedad está presente en todas las personas, en mayor o menor grado, definiendo esta graduación la variable denominada **ansiedad rasgo** (*“lo que siente en general”*).

Si se padece una enfermedad como un cáncer, especialmente cuando este se ubica en un territorio de la importancia funcional y estética del área maxilofacial, sería presumible asumir que los niveles de ansiedad se incrementen por la connotación extraordinariamente negativa que la palabra lleva implícita. *En este momento (ansiedad estado)* los valores de ansiedad deberían ser superiores a los presentes en la población general.

En consecuencia los **objetivos planteados** con el presente trabajo son:

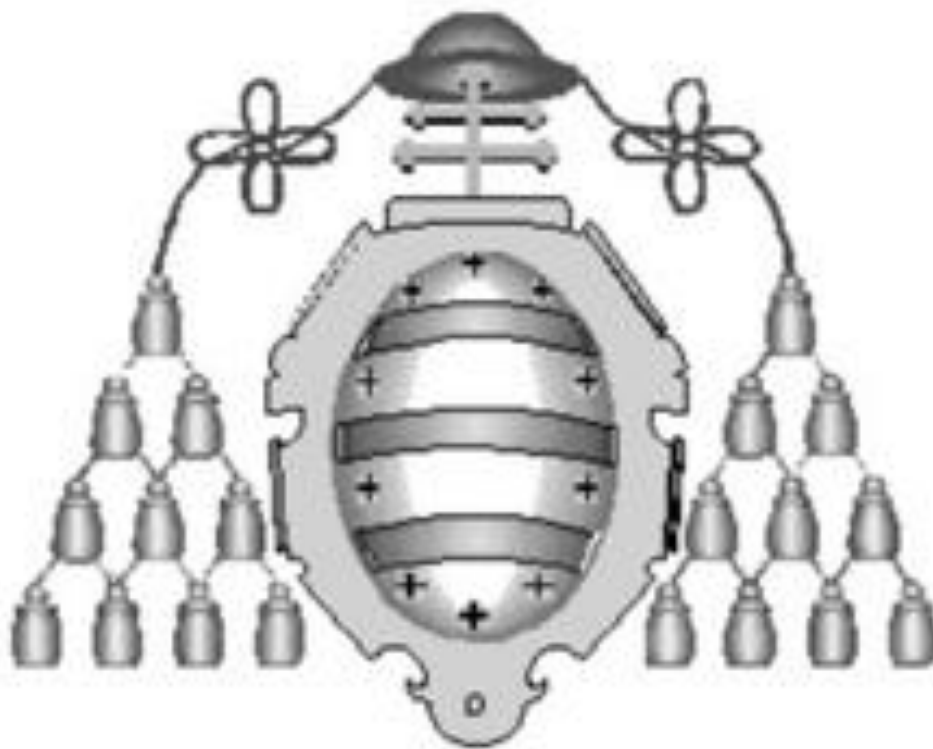
1.- *Cuantificar los niveles de ansiedad (rasgo y estado) en pacientes intervenidos de un cáncer en el territorio maxilofacial, seleccionados aleatoriamente y autoevaluados mediante el inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (State-Trait Anxiety Inventory, STAI).*

2. *Determinar si los niveles de ansiedad objetivados son dependientes de diferentes variables como: edad, sexo, estadio tumoral, y localización del tumor.*

3. *Identificar si los valores de ansiedad determinados guardan relación con la presencia de manifestaciones signo-sintomatológicas en las articulaciones temporo-mandibulares (ATMs).*

La hipótesis planteada se explicita de la siguiente forma:

“Los pacientes diagnosticados y tratados de un cáncer en el territorio maxilofacial presentan valores de ansiedad estado superiores a la población general y una mayor frecuencia de manifestaciones signo-sintomatológicas en sus articulaciones temporomandibulares”.



Material y métodos

3.1 Diseño del estudio

Se ha realizado un estudio analítico-observacional de carácter retrospectivo que incluía a 52 pacientes diagnosticados y tratados de un cáncer del área maxilofacial en el Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA). La selección de los pacientes se realizó de manera aleatoria entre los pacientes revisados por un sólo facultativo, intervenidos entre 1992 y 2011, que cumpliesen los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

Mayor de edad

Intervenido de un cáncer del área maxilofacial

Criterios de exclusión

Haber recibido tratamiento con radioterapia

Haber recibido tratamiento con quimioterapia

Presentar antecedentes de patología en la ATM

A todos los enfermos analizados se les explicó la naturaleza del trabajo y aceptaron voluntariamente la participación en el mismo.

La instrumentación y las determinaciones fueron realizadas de manera simultánea y consensuada por dos exploradores. De cada enfermo se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, localización del tumor primario, y año del tratamiento (tiempo de seguimiento).

3.2 Exploración de las articulaciones témporo-mandibulares

Todos los casos fueron explorados con la siguiente sistemática:

1º. Inspección visual cérvico-facial, con el paciente de pie enfrente del explorador.

2º. Valoración de la amplitud y calidad de los movimientos mandibulares. Estos movimientos se cuantificaron con un pie de rey, con la siguiente técnica (Fig. 2)



Figura 2: Pie de rey usado durante la exploración de la dinámica mandibular.

Sobre los dientes inferiores, se marcó con un rotulador fino de tinta indeleble la prolongación de la línea interincisal superior sobre la arcada inferior para poder valorar las desviaciones de la línea media interdientaria y alteraciones del cierre. Con un procedimiento similar, también se marcó la proyección del borde incisal de los incisivos centrales superiores sobre la cara vestibular de los incisivos inferiores. Al enfermo se le indicaba que abriese la boca hasta su máxima abertura. En esta posición y con el pie de rey, se cuantificaba la abertura oral máxima cómoda, como la distancia en milímetros entre los bordes incisales de los dientes centrales superior e inferior (Fig. 3).



Fig. 3. Determinación de la abertura oral no forzada en milímetros

Amplitudes de abertura superiores a 35 mm, se consideraron como normales.

3º. El dolor articular se exploró en reposo y durante la dinámica mandibular, tanto a nivel de la cara externa como posterior de la ATM.

4º. Los ruidos articulares se diagnosticaron mediante auscultación y/o palpación articular, sin medir los mm de abertura y cierre oral a los que se producían.

5º. Exploración muscular. La exploración neuromuscular completa no sólo incluyó la sensibilidad y el dolor generalizado, sino también la posible existencia de pequeños puntos gatillo hipersensibles asociados a dolor miofascial. Se diferenció entre dolor muscular de reposo, a la palpación y a la movilización. A la palpación se exploraron los músculos temporales, maseteros, y cervicales. Se efectuó manipulación funcional de los músculos pterigoideos, según el esquema propuesto por Okeson (1996)

	Músculo afecto		
	Pterigoideo interno	Pterigoideo externo (fascículo inferior)	Pterigoideo externo (fascículo superior)
Abertura amplia	Dolor	Dolor ligero	Sin dolor
Protrusión frente a resistencia	Dolor ligero	Dolor	Sin dolor
Apretar los dientes	Dolor	Dolor	Dolor
Apretar separador (unilateralmente)	Dolor	Sin dolor	Dolor
Protrusión frente a resistencia con separador unilateral	Dolor ligero	Dolor	Dolor ligero

Tabla 3. Evaluación funcional de los músculos pterigoideos, según la propuesta de Okeson.

3.3 Evaluación de la ansiedad estado/rasgo

Para la determinación cuantitativa de los valores de ansiedad se empleó el inventario *State Trait Anxiety Inventory*, STAI (Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo. C.D. Spielberger; R.L. Gorsuch; R.E. Lushene, 1970; adaptación española Departamento de I+D de TEA Ediciones, 2002) (**Anexo I**).

Es un cuestionario de autoinforme con dos escalas separadas que miden conceptos

independientes de la ansiedad: el estado (E) y el rasgo (R). Se ha mostrado útil para medir ambos conceptos tanto en escolares de estudios medios y superiores como en pacientes adultos de diversos grupos clínicos.

Está compuesto por 40 ítems, 20 por cada subescala, de respuesta múltiple tipo likert dónde 0 es casi nunca y 3 es casi siempre. Las propiedades psicométricas son aceptables y los índices alpha de consistencia interna para la subescala AE oscilan entre 0,90-0,93 y entre 0,84-0,87 para la subescala AR. La fiabilidad hallada por el procedimiento de las dos mitades es de 0,94 en AE y 0,86 en AR y para el test-retest en AR es de 0,65-0,86. Esta escala ha sido ampliamente empleada como medida de resultado primaria de ansiedad en la investigación en psicoterapia y goza de difusión internacional.

Una vez rellenados los formularios por el paciente, se procedió a la determinación cuantitativa de los valores obtenidos utilizando un modelo de plantilla registrado.

Para la interpretación de los resultados se atendió a los baremos internacionalmente admitidos que permiten diferenciar una puntuación de 1 a 10 decatipos, en función creciente a los niveles de ansiedad que sufre el paciente. También se puede hacer una clasificación por cuartiles o en función del valor absoluto obtenido en el test del paciente.

3.4 Análisis de los datos

Para el cálculo del tamaño de la muestra se consideraron los valores medios y la desviación estándar de la población de referencia (Anexo II) utilizando la siguiente fórmula, aceptando como objetivo clínico significativo diferencias iguales o superiores a 4 puntos en relación a la media de referencia. Se incrementó la muestra un 5% por las posibles pérdidas.

$$n = \left(\frac{\sigma (z_{1-\alpha/2} + z_{1-\beta})}{\mu - \mu_0} \right)^2$$

σ = Desviación estándar

α = Error tipo I de 5%

Potencia= 80%

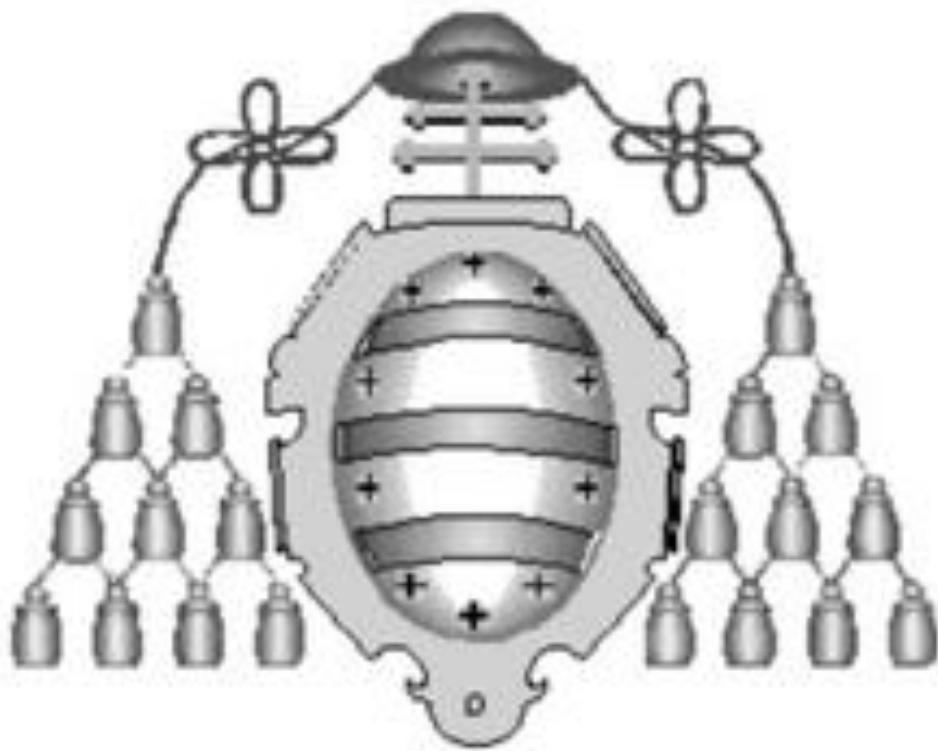
Media de referencia (μ_0)= 22

Desviación estándar de referencia= 10

Todos los pacientes oncológicos en revisión por un facultativo se incluyeron en una tabla a partir de la cual se obtuvo la muestra utilizando la aplicación informática. Los datos obtenidos procedentes de las diferentes variables debidamente codificados fueron introducidos en una base de datos, usando para su manejo el programa informático estadístico SPSS para Windows versión 15.0. Se realizó un análisis descriptivo de las variables. Las variables categóricas se expresaron como porcentajes y las continuas como media y desviación estándar.

Para estudiar la asociación entre los niveles de ansiedad y las variables demográficas y clínicas se utilizaron la prueba t para variables cuantitativas y la chi-cuadrado o el estadístico de Fisher para las variables categóricas.

Para valorar la concordancia entre los niveles de ansiedad rasgo y estado se empleó el índice kappa. Para descartar factores de confusión se emplearon pruebas de regresión logística. Se consideraron diferencias estadísticamente significativas aquellas en las que el valor de p fuese menor que 0,05.



Resultados

4.1 Estudios descriptivos

La muestra está constituida por 52 pacientes adultos, 14 mujeres y 38 varones, con una edad media de 69,42 años. Los pacientes fueron incorporados al estudio con una media de seguimiento de 3,58 años, (Tablas 4 y 5).

		<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje válido</i>	<i>Porcentaje acumulado</i>
Válidos	Mujer	14	26,9	26,9	26,9
	Varón	38	73,1	73,1	100,0
	Total	52	100,0	100,0	

Tabla 4. Distribución de la muestra por sexo

	<i>N</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>Media</i>	<i>Desv. típ.</i>
Edad	52	41	89	69,42	12,868
Seguimiento	52	1	18	3,58	3,621
N válido (según lista)	52				

Tabla 5. Edad y tiempo de seguimiento de los pacientes

Todos los pacientes fueron intervenidos de un tumor en el área maxilofacial. La localización del tumor se indica en la tabla 6.

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje válido</i>	<i>Porcentaje acumulado</i>
Lengua	18	34,6	34,6	34,6
Suelo oral	11	21,2	21,2	55,8
Mucosa yugal	6	11,5	11,5	67,3
Paladar	7	13,5	13,5	80,8
Parótida	10	19,2	19,2	100,0
Total	52	100,0	100,0	

Tabla 6. Localización del tumor

Con el objeto de clarificar la valoración posterior, se incluyó a los pacientes dentro de una variable dicotómica según que el tumor se localizase en la cavidad oral o en la glándula parótida. La distribución se muestra en la tabla 7.

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje válido</i>	<i>Porcentaje acumulado</i>
<i>Parótida</i>	10	19,2	19,2	19,2
<i>Cavidad oral</i>	42	80,8	80,8	100,0
<i>Total</i>	52	100,0	100,0	

Tabla 7. Localización del tumor

Otro de los datos incorporados al análisis fue el estadio de la enfermedad. La mayoría de los paciente presentaban un estadio II (tabla 8).

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje válido</i>	<i>Porcentaje acumulado</i>
<i>I</i>	19	36,5	36,5	36,5
<i>II</i>	30	57,7	57,7	94,2
<i>III</i>	3	5,8	5,8	100,0
<i>Total</i>	52	100,0	100,0	

Tabla 8. Estadio tumoral

4.2 Niveles de ansiedad

En este apartado se valorará si nuestra muestra de pacientes presentaba niveles de ansiedad rasgo y estado superiores a aquellos considerados normales. En este caso, la norma está constituida por el baremo de la versión española del cuestionario STAI, que distingue diferentes valores en función del sexo. Inicialmente vamos a considerar los valores absolutos (tabla 9).

	<i>N</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>Media</i>	<i>Desv. típ.</i>
<i>AnsiedadRasgo</i>	52	7	47	23,88	11,76
<i>AnsiedadEstado</i>	52	6	55	26,96	14,04

N válido (según lista)	52				
-------------------------------	-----------	--	--	--	--

Tabla 9. Niveles de ansiedad de los pacientes de la muestra

En el cuestionario STAI las puntuaciones son más elevadas en el sexo femenino. En la tabla 10 se recogen los resultados de nuestra muestra en este aspecto

			N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Ansiedad Rasgo	Sexo	Mujer	14	28,00	9,28	2,48
		Hombre	38	22,37	12,31	1,99
Ansiedad Estado	Sexo	Mujer	14	31,00	8,00	2,13
		Hombre	38	25,47	15,52	2,51

Tabla 10. Niveles de ansiedad en función del sexo

Para determinar si los pacientes presentaban niveles de ansiedad superiores a los de la población de referencia, se calculó la diferencia entre los niveles de ansiedad rasgo y estado y el baremo adaptado a nuestro país. Los resultados reflejan unos niveles de ansiedad superiores (AR: 2,40; AE: 5,67), alcanzando significación estadística la diferencia entre ansiedad estado y su valor poblacional (tabla 11).

	Media	Diferencia	Mínimo	Máximo	Intervalo de confianza 95%		Sig. (bilateral)
					Superior	Inferior	
Par 1 Ansiedad Rasgo- Baremo Rasgo	23,88 ----- 21,48	2,40	-13,19	26,81	-0,79	5,60	0,138
Par 2 Ansiedad Estado- Baremo Estado	26,96 ----- 21,28							5,67	-14,54	34,46	1,81	9,54	0,005

Tabla 11. Diferencias con el valor de referencia

Se ha determinado la influencia de las variables clínicas en la diferencia entre los niveles de ansiedad y el baremo (Diferencia Rasgo y Diferencia Estado). En relación al sexo, las mujeres presentaron diferencias superiores a los varones. La localización parotídea presentaba también diferencias mayores. Los pacientes con estadio III también presentaron

mayores niveles de ansiedad. Sin embargo, se trataría sólo de tendencias, pues en ninguno de estos apartados se alcanzó una asociación estadística (tablas 12-14).

			<i>N</i>	<i>Media</i>	<i>Desviación típ.</i>	<i>Prueba T Sig. (bilateral)</i>
<i>Diferencia Rasgo</i>	<i>Sexo</i>	<i>Mujer</i>	14	3,01	9,28	0,82
		<i>Hombre</i>	38	2,17	12,31	
<i>Diferencia Estado</i>	<i>Sexo</i>	<i>Mujer</i>	14	7,70	8,00	0,52
		<i>Hombre</i>	38	4,93	15,52	

Tabla 12. Diferencias según sexo

			<i>N</i>	<i>Media</i>	<i>Desviación típ.</i>	<i>Prueba T Sig. (bilateral)</i>
<i>Diferencia Rasgo</i>	<i>Localización</i>	<i>Parótida</i>	10	5,25	14,55	0,39
		<i>Cavidad oral</i>	42	1,72	10,74	
<i>Diferencia Estado</i>	<i>Localización</i>	<i>Parótida</i>	10	10,50	16,30	0,22
		<i>Cavidad oral</i>	42	4,52	13,19	

Tabla 13. Diferencias según localización

		<i>N</i>	<i>Media</i>	<i>Desviación típica</i>	<i>Intervalo de confianza para la media al 95%</i>		<i>ANOVA</i>
					<i>Límite inferior</i>	<i>Límite superior</i>	
<i>Diferencia Rasgo</i>	<i>I</i>	19	0,57	13,06	-5,71	6,87	0,15
	<i>II</i>	30	2,35	10,42	-1,54	6,24	
	<i>III</i>	3	14,47	2,88	7,30	21,64	
	<i>Total</i>	52	2,40	11,49	-0,79	5,60	
<i>Diferencia Estado</i>	<i>I</i>	19	5,02	16,76	-3,05	13,10	0,34
	<i>II</i>	30	4,94	12,08	0,43	9,45	
	<i>III</i>	3	17,12	7,57	-1,68	35,93	
	<i>Total</i>	52	5,67	13,87	1,81	9,54	

Tabla 14. Diferencias según estadio

Recordamos que los decatipos son puntuaciones derivadas de una distribución de curva normal, pero dividida en diez partes (la media más y menos cinco desviaciones estándar), variando los porcentajes de población que se encuentran dentro de cada porción. Se consideran puntuaciones extremas los decatipos 8, 9 y 10 a la derecha, que representan el 15,9% con las puntuaciones más altas.

Hemos comparado si el porcentaje de pacientes en nuestro estudio con decatipos extremos supera el porcentaje poblacional. Así, 18 pacientes (34,6%) de nuestra muestra presentaban niveles de ansiedad rasgo y estado dentro de los decatipos 8, 9 y 10. Hemos comprobado que el porcentaje de pacientes con niveles altos de ansiedad supera significativamente el porcentaje poblacional de referencia (tabla 15).

	Valor de prueba = 0.159					
	<i>t</i>	<i>gl</i>	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	95% Intervalo de confianza	
					<i>Inferior</i>	<i>Superior</i>
Decatipo AR8	2,809	51	,007	,187	,05	,32
Decatipo AE8	2,809	51	,007	,187	,05	,32

Tabla 15. Comparación entre proporciones (muestra vs referencia)

De los 18 pacientes que presentaban niveles de ansiedad rasgo extremos, 16 pacientes presentaban también niveles de ansiedad estado incluidos en los decatipos 8 9 y 10. El índice kappa de concordancia fue de 0,830 (p=0,001).

Se ha determinado la influencia de las variables clínicas en la presencia o no de niveles de ansiedad iguales o superiores al decatipo 8. En relación al sexo, las mujeres presentaron niveles altos de ansiedad estado más frecuentemente que los varones. La localización en la glándula parótida presentaba también frecuencias mayores tanto en la ansiedad rasgo como estado. Los pacientes con estadio III también presentaron mayores niveles de ansiedad. En ninguno de estos apartados las diferencias fueron significativas (tablas 16-17).

		Decatipo AR 1-7	Decatipo AR 8-10	Porcentaje	Prueba T Sig. (bilateral)
Sexo	Hombre	24	14	36,8%	0,74
	Mujer	10	4	28,6%	
Localización	Parótida	6	4	40%	0,723
	C. Oral	28	14	33,3%	
Estadio	I	14	5	26,3%	0,40
	II	20	10	33,3%	
	III	0	3	100%	

Tabla 16. Comparación entre proporciones (muestra vs referencia)

		<i>Decatipo AE 1-7</i>	<i>Decatipo AE 8-10</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Prueba T Sig. (bilateral)</i>
Sexo	<i>Hombre</i>	26	12	31,6%	0,44
	<i>Mujer</i>	8	6	42,9%	
Localización	<i>Parótida</i>	6	4	40%	0,723
	<i>C. Oral</i>	28	14	33,3%	
Estadio	<i>I</i>	13	6	31,6%	0,48
	<i>II</i>	20	10	33,3%	
	<i>III</i>	1	2	66,7%	

Tabla 17. Comparación entre proporciones (muestra vs referencia)

Por último, dentro de este apartado se ha comprobado que los pacientes con niveles de ansiedad estado con valores extremos son significativamente más jóvenes (64,44 años vs 72,06 años; $p=0,04$). Los pacientes con seguimientos más prolongados presentaban niveles de ansiedad rasgo y estado superiores sin alcanzar significación (tablas 18 y 19)

			<i>N</i>	<i>Media</i>	<i>Diferencia de medias</i>	<i>Sig. (bilateral)</i>
Edad	<i>Decatipo AR8</i>	<i>1-7</i>	34	71,29	5,40	0,15
		<i>8-10</i>	18	65,89		
Seguimiento	<i>Decatipo AR8</i>	<i>1-7</i>	34	2,76	-2,34	0,12
		<i>8-10</i>	18	5,11		

Tabla 18. Ansiedad rasgo en función de la edad y tiempo de seguimiento

			<i>N</i>	<i>Media</i>	<i>Diferencia de medias</i>	<i>Sig. (bilateral)</i>
Edad	<i>Decatipo AE8</i>	<i>1-7</i>	34	72,06	7,61	0,04
		<i>8-10</i>	18	64,44		
Seguimiento	<i>Decatipo AE8</i>	<i>1-7</i>	34	2,88	-2,01	0,15
		<i>8-10</i>	18	4,89		

Tabla 19. Ansiedad estado en función de la edad y tiempo de seguimiento

4.3 Niveles de ansiedad y articulación temporomandibular

Tras valorar la función de la articulación temporomandibular, se objetivó que 4 pacientes tenían dolor articular, 5 dolor miógeno, 10 presentaban ruidos articulares a la exploración y 14 pacientes limitación a la apertura oral. En porcentaje: dolor articular 7,7%, dolor miógeno 9,6%, ruidos articulares 19,2% y limitación de la apertura 26,9%.

Tras analizar la relación de los niveles elevados de ansiedad con las variables obtenidas de la exploración articular se encontró en estos pacientes más dolor articular y miógeno que el resto de la muestra. Esta asociación sólo alcanzó significación estadística en la variable “dolor miógeno”. Los pacientes con decatipos iguales o superiores a 8 presentaron significativamente más dolor miógeno que el resto de la muestra (tablas 20 y 21)

		<i>Dolor Articular</i>		<i>Dolor Miogeno</i>		<i>Ruidos ATM</i>		<i>Limitación</i>	
		<i>No</i>	<i>Si</i>	<i>No</i>	<i>No</i>	<i>No</i>	<i>Si</i>	<i>No</i>	<i>Si</i>
<i>Decatipo AR ≥ 8</i>	<i>No</i>	33 63,5%	1 1,9%	33 63,5%	1 1,9%	26 50,0%	8 15,4%	22 42,3%	12 23,1%
	<i>Si</i>	15 28,8%	3 5,8%	14 26,9%	4 7,7%	16 30,8%	2 3,8%	16 30,8%	2 3,8%
<i>p</i>		0,07		0,04		0,46		0,10	

Tabla 20. Relación entre los niveles elevados de ansiedad rasgo y los signos y síntomas articulares

		<i>Dolor Articular</i>		<i>Dolor Miogeno</i>		<i>Ruidos ATM</i>		<i>Limitación</i>	
		<i>No</i>	<i>Si</i>	<i>No</i>	<i>No</i>	<i>No</i>	<i>Si</i>	<i>No</i>	<i>Si</i>
<i>Decatipo AE ≥ 8</i>	<i>No</i>	33 63,5%	1 1,9%	33 63,5%	1 1,9%	24 46,2%	10 19,2%	22 42,3%	12 23,1%
	<i>Si</i>	15 28,8%	3 5,8%	14 26,9%	4 7,7%	18 34,6%	0 0%	16 30,8%	2 3,8%
<i>p</i>		0,07		0,04		0,10		0,10	

Tabla 21. Relación entre los niveles elevados de ansiedad estado y los signos y síntomas articulares

En último lugar se comprobó si existía alguna asociación que pudiera actuar como factor de confusión entre los signos y síntomas hallados tras la exploración articular realizada a los pacientes de nuestra muestra y las variables demográficas y clínicas: edad, sexo, localización del tumor, estadio y tiempo de seguimiento.

Tanto dolor miógeno como el dolor articular resultó más frecuente en pacientes jóvenes: (59 vs 70,5; $p=0,001$) (59,5 vs 70,25; $p=0,01$)

Los ruidos articulares fueron más frecuentes en las mujeres, 6 mujeres (42,9%) frente a 4 hombres (10,5%) $p=0,01$ y presentaban una media de edad significativamente superior (82,8 vs 66,2; $p=0,001$).

La limitación de la apertura oral también fue más frecuente en pacientes mayores (77 vs 66,6; $p=0,009$).

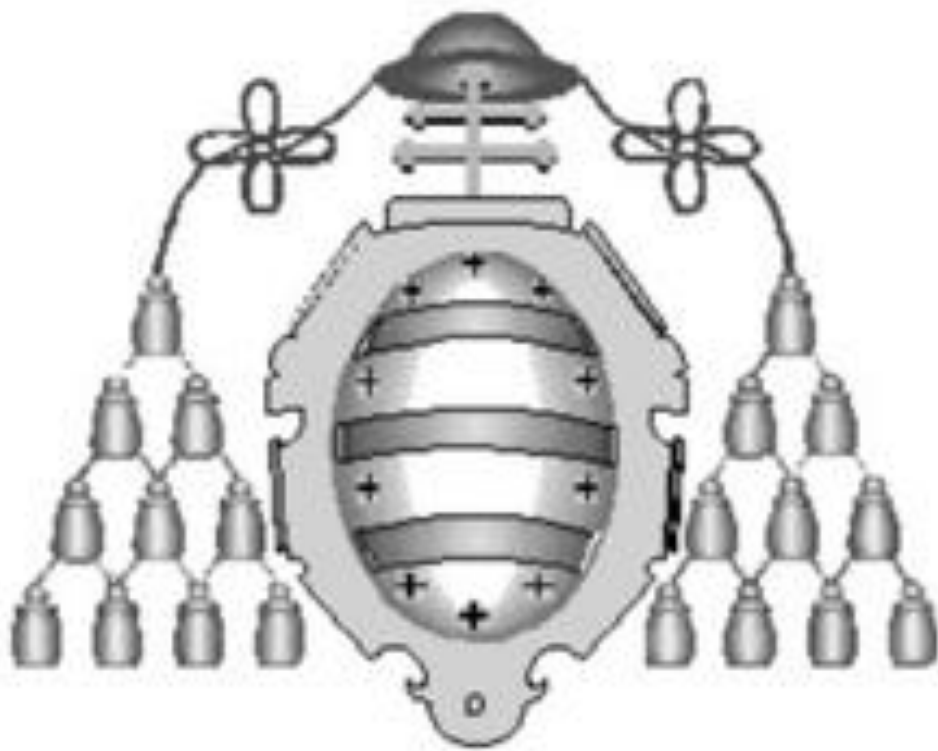
Se realizó un análisis de regresión logística para eliminar el posible factor de confusión de la edad de los pacientes (tablas 22 y 23). Se comprobó que la edad actuaba como factor de confusión. Los nuevos valores: $p=0,066$ y $p=0,078$ sólo permiten considerar la presencia de dolor miógeno en estos paciente como una tendencia.

		B	Sig.	Exp(B)	I.C. 95,0% para EXP(B)	
					Inferior	Superior
Paso 1(a)	DecatipoAR 8	2,326	,066	10,234	,855	122,562
	Edad	-,090	,101	,914	,820	1,018
	Constante	2,163	,497	8,701		

Tabla 22. Regresión logística para la ansiedad rasgo

		<i>B</i>	<i>Sig.</i>	<i>Exp(B)</i>	<i>I.C. 95,0% para EXP(B)</i>	
					<i>Inferior</i>	<i>Superior</i>
Paso 1(a)	<i>DecatipoAE 8</i>	2,253	,078	9,513	,780	116,092
	<i>Edad</i>	-,091	,112	,913	,816	1,022
	<i>Constante</i>	2,233	,497	9,325		

Tabla 23. Regresión logística para la ansiedad estado



Discusión

5.1 Niveles de ansiedad en los pacientes con cáncer maxilofacial

En el estudio ESEMED (European Study Epidemiology Mental Disorders) para Europa (Alonso J, 2004), que forma parte del estudio de la OMS, se encontró que la prevalencia de los trastornos de ansiedad en los seis países europeos en los que se llevó a cabo la investigación (Alemania, España, Bélgica, Francia, Italia y Holanda) era del 6,4%, pero con una importante diferencia asociada a la variable sexo (3,8% en varones y 8,7% en mujeres).

En otro estudio llevado a cabo en Japón en pacientes con cáncer en estadios avanzados, usando la entrevista diagnóstica, se encontró que el 6,7% presentaba un trastorno del estado de ánimo (Akechi T, 2004). Esta cifra es muy similar al 6,4% previamente referido para la población europea sin patología neoplásica.

Sobre una muestra representativa de casi cien mil adultos en Estados Unidos, el uso de los servicios de salud mental por parte de pacientes con cáncer es superior a la población sin cáncer, especialmente en mayores de 65 años (Hewit M, 2002). El 7,2% de los pacientes con cáncer, frente al 5,7% de las personas sin esta patología, usan los servicios de salud mental (razón de ventajas 1,6%).

No existe una evidencia científica determinante sobre la posibilidad de que los pacientes con cáncer tengan niveles más altos o más bajos de ansiedad que la población general medida por cuestionarios. De otra parte, es posible que la específica morbi-mortalidad inherente a la patología oncológica maxilofacial constituya un elemento diferenciador con respecto a otro tipo de cánceres.

En el año 2004 Taylor et al realizaron un estudio que pone de evidencia que el impacto de los tratamientos del cáncer de cabeza y cuello se acompaña no sólo de

alteraciones físicas, si no que puede ir asociado con diferentes alteraciones psicológicas, como la ansiedad o la depresión (Taylor JC, 2004).

En relación con la ansiedad los enfermos con cáncer de cabeza y cuello deben enfrentarse básicamente a dos momentos esenciales. Inicialmente, a la situación que emana del proceso diagnóstico (realización de pruebas, espera de resultados) y de la aplicación del tratamiento correspondiente. En este momento los principales factores desestabilizadores son la idea de la muerte y la preocupación por la desfiguración (Ichikura K, 2015).

Llewellyn et al (2013) señalan en su trabajo que las potenciales ventajas de un tratamiento psicológico sobre los “cambios beneficios para la vida” en estos pacientes no resultan significativos si se aplican en el intervalo de tiempo que media entre el proceso diagnóstico y el inicio del tratamiento. Por esta razón decidimos enfocar nuestro estudio sobre la identificación de los valores de ansiedad rasgo y ansiedad estado observables en el periodo postoperatorio.

En este segundo periodo de la enfermedad los principales factores desestabilizadores para los pacientes tienen que ver con la incertidumbre sobre la presencia de una posible recidiva o metástasis, así como de las consecuencias de la morbilidad derivada del tratamiento aplicado, especialmente en relación con el dolor (Badr H, 2014).

En general, se pasa a contemplar el cáncer como una enfermedad crónica, por lo que el paciente debe realizar cambios en su estilo de vida y adoptar estrategias de afrontamiento eficaces que le garanticen una mejor y rápida adaptación a su nueva condición, algo difícil de entender por el que sufre la enfermedad.

En un estudio realizado en Melbourne en el año 2009 con 102 pacientes con cáncer de cabeza y cuello también se observó un declive de la ansiedad en el período pre hasta el

post tratamiento, reduciéndose respectivamente los síntomas más severos de un 30 % hasta un 17 %. En ambos grupos las principales aspiraciones giraron en torno a recuperar la salud aunque coexisten otras relacionadas con la familia, el trabajo, las necesidades económicas y materiales. No obstante, para ambos grupos tienen vital importancia las redes de apoyo social, como la familia y los amigos, ya que precisamente éstas le brindan la ayuda y la comprensión que necesitan para un mejor afrontamiento de su enfermedad. Esta diferencia en cuanto a un nivel más bajo de ansiedad estado en los pacientes en etapa de control de su neoplasia se justifica en que existe la tendencia a percibirse más fuertes a la hora de enfrentar situaciones difíciles relacionadas con la enfermedad, así como pérdida del temor a los tratamientos y al propio hospital, no así en el tema de la imagen corporal donde persisten complejos asociados a la enfermedad y la sensación de inspirar lástima debido a las visibles secuelas de los tratamientos a que fueron sometidos (Chen S.C, 2010).

Se entienden por “cambios beneficiosos para la vida” al conjunto de modificaciones positivas del comportamiento de los enfermos que afectan a tres diferentes áreas: mejoras en la autopercepción, mejoras en las relaciones interpersonales y mejoras en su concepto de la vida y del trabajo diario (Carver C, 2004).

Como ya señalamos previamente, y aunque no es objeto del presente estudio, la sospecha de un posible diagnóstico de cáncer produce ansiedad anticipatoria, como se ha puesto de manifiesto en aquellas mujeres a las que se solicita una segunda mamografía, tras haber encontrado algún dato sospechoso en la primera prueba (Sandin B, 2001). Su ansiedad está relacionada con los pensamientos de anticipación de un posible resultado de diagnóstico de cáncer y se ve aliviada por la reducción del tiempo de incertidumbre (Hislop TG 2002), así como por estrategias de afrontamiento cognitivo de evitación (Heckman BD,2004).

Graner et al. (2016) utilizaron el mismo cuestionario de evaluación (STAI) que empleamos en nuestro trabajo. Estos autores analizaron a 49 pacientes en dos momentos concretos del proceso diagnóstico de su neoplasia maxilofacial. En el tiempo transcurrido entre la biopsia y el diagnóstico histológico definitivo observaron una alta prevalencia de depresión (36,7%) y de ansiedad (40,8%). Esta última se incrementaba significativamente (60%) en el periodo comprendido entre la confirmación histológica del diagnóstico del cáncer oral y el tratamiento. Inciden en su conclusión sobre la importancia que se debe dar a los aspectos psicológicos de cada paciente como forma de alcanzar una buena adhesión al tratamiento y de cara a mejorar su calidad de vida.

En general, el desarrollo de consecuencias emocionales negativas como resultado de la comunicación de malas noticias sigue un proceso en el que a lo largo del tiempo se van sucediendo pruebas y resultados. A corto plazo, se incrementa la ansiedad de manera importante en casi un 50% de las pacientes que tienen que repetir una prueba, o hacer otra que descarte el diagnóstico o la recurrencia de un cáncer (Lampic C, 2001). Si las nuevas pruebas arrojan resultados negativos, se produce una disminución estadísticamente significativa del nivel de ansiedad; mientras que si hay resultados positivos, o continúan las pruebas, se mantienen los niveles altos de ansiedad (Lampic C, 2001).

Una de las aportaciones más recientes en el campo de la oncología son las pruebas de susceptibilidad genética. La comunicación del resultado de las pruebas genéticas de vulnerabilidad al cáncer ofrece resultados diferentes en función del resultado y del momento de la evaluación. Por lo general, las pruebas genéticas suponen una amenaza cuando el sujeto todavía no conoce el resultado, lo que conduce a incrementar el nivel de ansiedad (Loader S, 2004). Cuando ya se conoce el resultado, la ansiedad tiende a disminuir (Butow P, 2015), si dicho resultado ha sido negativo, mientras que tiende a aumentar, en caso

contrario (Loader S, 2004). No obstante, no siempre se obtienen resultados significativos sobre la reducción de la ansiedad (Braithwaite D, 2004).

Además del estudio de Graner et al. (2016) existen pocos estudios, que nosotros sepamos, en la literatura revisada que utilicen como instrumento evaluador el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo, STAI (Spielberger, 1970) en cáncer de cabeza y cuello.

Cavell y Broadbent en un trabajo realizado en Nueva Zelanda publicado en 2016 emplean la versión 6-respuestas del STAI sobre una muestra de 90 enfermos tratados de un cáncer de cabeza y cuello. (Cavell, 2016; Brief STAI, Marteu T, 1992). Las principales diferencias entre su estudio y el presente trabajo pueden sintetizarse en dos grandes bloques. Por un lado, nuestra muestra es más homogénea en la localización del tumor (oral y glándulas salivales), pero incluye mayoritariamente pacientes con estadios poco avanzados de la enfermedad. En el trabajo neozelandés, un 56% de los pacientes tenían un cáncer en estadio IV y había recibido diferentes tipos de tratamiento que incluían radioterapia y/o quimioterapia.

En nuestro estudio se excluyeron los pacientes que hubieran recibido radioterapia pues uno de los objetivos secundarios del mismo era identificar la posible influencia que la ansiedad pudiera tener en las manifestaciones signo-sintomatológicas de disfunción de la ATM. Es conocida la limitación en la abertura oral que acompaña al empleo de radioterapia cérvico-facial, por lo que uno de las exploraciones en la funcionalidad de la ATM podría verse seriamente distorsionada.

De otra, el objetivo principal del trabajo de Cavell y Broadbent era el de dirimir la posible influencia de la ansiedad sobre la calidad de vida de sus enfermos, observando que no parece tener una influencia tan negativa, como la generada por el avanzado estadio de la enfermedad.

En nuestro estudio se pone en evidencia que los niveles de ansiedad rasgo y ansiedad estado en los enfermos con cáncer del territorio maxilofacial son superiores a los presentes en la población (AE: 5,67; AR: 2,40), alcanzado valor significativo la diferencia en relación con la variable ansiedad estado. Esta observación resulta importante pues nos permite vincular la situación emocional de nuestros enfermos con su proceso neoplásico y por tanto conocer que puede variar con el tiempo y también en su intensidad. Sin embargo no observamos la existencia de diferencias en los niveles de ansiedad en la muestra examinada en función del tiempo de control que incluía enfermos desde el año 1992 hasta el 2011.

Profundizando sobre esta línea, y aceptando que lógicamente un proceso oncológico en el área maxilofacial supone un impacto emocional sobre el individuo, hemos querido incidir especialmente sobre aquellos pacientes que presentaban niveles de ansiedad extremos. Empleando las puntuaciones derivadas de los decatipos hemos podido comprobar que en nuestra muestra los pacientes con decatipos extremos (superior a 8) superan significativamente los niveles de ansiedad con respecto al porcentaje poblacional de referencia (34,6% vs 15,9%).

Estos valores extremos de ansiedad parecen relacionarse con determinadas variables clínicas. En relación a la edad, los pacientes con niveles de ansiedad estado con valores extremos son significativamente más jóvenes (64,44 años vs 72,06 años). Valorando otros factores, encontramos niveles de ansiedad superiores en los carcinomas parotídeo y en aquellos pacientes con enfermedad más avanzada (mayor estadio de la neoplasia). Estas dos asociaciones no alcanzaron significación estadística, por lo que se trataría sólo de tendencias a considerar en futuras investigaciones.

Con relación sexo otros autores (Rana M, 2015) han evidenciado previamente la existencia de unos mayores niveles de ansiedad rasgo y ansiedad estado en el sexo femenino, por lo que nuestros resultados deben calificarse como esperados. En nuestra serie, las mujeres presentaron mayores diferencias absolutas en relación a los valores de referencia y una mayor proporción de pacientes con decatipos superiores a 8 de ansiedad estado (42,9% vs 31,6%) sin alcanzar significación.

Respecto a la edad, diferentes trabajos (Howren MB, 2010; Laraway DC,2012) ponen en evidencia la menor calidad de vida que por diferentes cuestionarios (Kanatás A,2012 y 2015; Saracino RM, 2015) parecen tener los pacientes tratados de un carcinoma de cabeza y cuello con menor edad. Sin embargo, para otros autores, la mejor formación cultural de los pacientes jóvenes suele asociarse con una mejor respuesta emocional al proceso neoplásico (Koizumi A,2013).

Que nosotros sepamos no existe información consistente en relación con los carcinomas parotídeos y la ansiedad. Kwok H et al. (2002) evaluaron la calidad de vida de 40 pacientes sometidos a cirugía de la parótida y/o del temporal. Concluyeron que algunos de los factores clínicos que razonablemente los cirujanos considerarían *a priori* como razonablemente desfavorables (parálisis facial grado III de House-Brackmann, importante desfiguración facial) no tenían el peso esperado. Justifican su observación en la variabilidad de las situaciones vitales que cada enfermo puede tener. No se contempla igual la misma situación clínica para un joven telefonista que para un paciente varón que vive en el campo.

Por el contrario, diversos trabajos han analizado los niveles de ansiedad en los pacientes con parálisis facial, coincidiendo sus observaciones con nuestros resultados.

Pouwels S et al (2016) utilizando la escala HADS (Hospital Ansiedad Depresión Escala) compararon los niveles de ansiedad-depresión en 59 pacientes con parálisis facial (la

mayoría no tumoral) con una muestra homogénea de individuos sanos. El 30% de los pacientes enfermos tenían niveles de ansiedad moderados o altos, significativamente mayores que los pacientes del grupo control.

Por regla general, los sujetos con mayor ansiedad rasgo presentarán una mayor ansiedad estado porque encuentran más situaciones potencialmente amenazadoras. Las diferencias encontradas están en relación con la percepción de la situación específica por un determinado individuo. En nuestra muestra, de los 18 pacientes que presentaban niveles de ansiedad rasgo extremos, 16 pacientes presentaban también niveles de ansiedad estado incluidos en los decatipos 8 9 y 10. El índice kappa de concordancia fue elevado (0,830), coincidente con lo observado por otros autores (Basak F 2015; Delgado-Guay M 2015). Esta relación es fundamental para identificar una de las principales utilidades de los cuestionarios que valoran la ansiedad, nos permite identificar de manera sencilla a aquellos pacientes “predispuestos” a presentar una mayor respuesta ansiosa en relación a su enfermedad.

En la práctica clínica habitual, generalmente se realiza una evaluación personalizada de los pacientes oncológicos, de tal manera que solicitamos, en caso necesario, consulta preoperatoria a otros servicios si sospechamos complicaciones determinadas que pueden condicionar la intervención o el postoperatorio. Son habituales las valoraciones previas en los Servicios de Cardiología, Neumología, Endocrinología, etc. La realización previa del cuestionario STAI permitiría incluir dentro del protocolo habitual una valoración psicológica pretratamiento en aquellos casos identificados como susceptibles de presentar una mala adaptación a su proceso patológico

De manera general, podemos concluir que nuestros resultados permiten evidenciar la existencia de una ansiedad estado elevada en la etapa de control de la enfermedad, con relación a la media poblacional. Predominaron síntomas comunes como preocupación,

irritabilidad, temor a la muerte y a los tratamientos, relacionados con la situación vital de incertidumbre.

En el territorio maxilofacial la periodicidad y la duración de las revisiones oncológicas obliga a evaluaciones no menores de una vez al año durante un mínimo de 5 años. Si bien en nuestro trabajo no observamos una relación consistente entre el tiempo de seguimiento y los valores de ansiedad no podemos dejar de pasar por alto el hecho de que el tamaño de la muestra no permitía la elaboración de grupos de seguimiento consistentes.

La atención psicológica continua siendo fundamental en la atención al paciente oncológico. En nuestro estudio logramos constatar que durante el control de la enfermedad persiste esta necesidad, sin embargo, ninguno de los pacientes recibió un tratamiento profesional, acudiendo en algunos casos a la automedicación.

Se ha estudiado en los últimos años la proporción de pacientes con cáncer que llegan a desarrollar un trastorno de estrés postraumático a lo largo de su proceso evolutivo. (American Psychiatric,1994; American Psychiatric 2000). No hay una conclusión definitiva sobre estos estudios debido a las importantes diferencias metodológicas de los mismos (Olivares Crespo ME, 2004).

Con respecto al curso de la enfermedad neoplásica se observa un decremento significativo del nivel de ansiedad, pero no del nivel de depresión (Van't Spijker,1997)). Los niveles de ansiedad y depresión medidos por cuestionario a los seis meses del diagnóstico dependen en gran medida de los niveles de ansiedad y depresión observados tras el diagnóstico (Zigmond AS,1983). Los resultados de este estudio parecen sugerir que en buena medida la ansiedad y depresión dependen de la emocionalidad negativa previa (o característica del sujeto) y del apoyo social recibido.

A la vista de esta información se refuerza la consideración de incluir en el historial del enfermo oncológico una encuesta de ansiedad como la aplicada en el presente trabajo. La información obtenida podría servir de referencia para la previsión de asociar al tratamiento físico de la neoplasia un tratamiento psicológico del paciente de riesgo.

La evaluación de la ansiedad y la depresión en pacientes con cáncer presenta el problema de la confusión de síntomas propios de su enfermedad con algunos síntomas somáticos de la ansiedad y la depresión. Para evitar este problema Zigmond y Snaith construyeron la Escala de Ansiedad-Depresión en Hospital, HADS (Zigmond AS, 1983; Tejero A, 1986), un breve cuestionario de catorce ítems, basado en la escala de Hamilton de ansiedad, suprimiendo los síntomas somáticos que pueden confundirse (cuestiones impares), más los síntomas de depresión (ítems pares), centrados especialmente en la pérdida de placer o anhedonia. El análisis factorial de este instrumento con amplias muestra de pacientes con cáncer y controles muestra una estructura similar, con dos factores altamente correlacionados ($r=0.52$) y un único factor de malestar emocional en el análisis confirmatorio (Smith AB, 2002). Una puntuación igual o superior a 8 en cada subescala es considerada como clínica. Pero la utilización de puntos de corte para el cribado de pacientes exige una investigación a fondo que demuestre que dicho instrumento, con esos puntos de corte son adecuados.

En una investigación en pacientes con metástasis se encontró que el mejor punto de corte para el cribado de estos pacientes era una puntuación global de 19 puntos, que arrojaba una sensibilidad del 68% y una especificidad del 67%, por lo que los autores concluyen que no se use sólo el HADS como prueba de cribado (Lloyd-Williams M, 2001). Comparadas con sus esposos o parejas, las pacientes con cáncer de ovario presentan niveles más bajos de ansiedad y similares niveles de depresión en el HADS (Hipkins J, 2004).

En un estudio realizado en España (Rodríguez Vega, 2002) el 36,4% de los cuidadores alcanzaron o superaron la puntuación clínica de la subescala de ansiedad de la HADS (8 puntos), frente al 15,7% de los pacientes con cáncer. A su vez, el 9,2% de los cuidadores alcanzaron o superaron la puntuación clínica de la subescala de depresión (8 puntos) del mismo inventario, frente al 14,6% de los pacientes con cáncer. Por tanto, el cáncer no sólo provoca una cierta carga emocional en el paciente, sino que su influencia se extiende a todo su entorno afectivo (Visser A, 2004). De hecho, los problemas de ansiedad pueden ser superiores en algunos familiares que en sus respectivos pacientes, como se describe en los estudios previos. Por lo tanto, los profesionales no deberían olvidar la atención al entorno familiar de los pacientes.

La consideración del aspecto emocional del paciente oncológico no es prioritaria en la práctica habitual, quedando relegada a un nivel secundario. Generalmente se recurre a medidas terapéuticas, en muchas ocasiones farmacológicas y de aplicación tardía, cuando las consecuencias de la ansiedad son evidentes. El papel de cuestionarios como el utilizado en nuestro trabajo tiene que ser reforzado como método eficaz, económico y sencillo para la detección de aquellos pacientes que emocionalmente pueden no ser capaces de superar la enfermedad y su tratamiento.

El término “desórdenes de la articulación témpormandibular” (DATM) se aplica para agrupar diferentes signos y síntomas que afectan a la musculatura masticatoria, las propias articulaciones y/o a diferentes estructuras asociadas. Su etiología es multifactorial e incluye desde hábitos parafuncionales, desequilibrios oclusales o posturales, trauma y microtraumas, hasta alteraciones psicológicas entre las que se incluye la ansiedad y la depresión (Reiter S, 2015).

En la bibliografía clásica, el papel de los factores psicosociales parece bien establecido en la literatura. El DATM comparte características con otras patologías en las que el dolor crónico está presente, en cuanto a factores sociales psicológicos y relacionados con el comportamiento del paciente. La tendencia actual es integrar este componente psico-social dentro de la clasificación de los trastornos temporomandibulares. Esto toma forma con la publicación del “Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders” (RDC/TMD) de Dworkin y LeResche, publicado en 1992. La principal novedad de este cuestionario es que clasifica y cuantifica, tanto el componente físico como el psico-social de los DATM. Se trata de un test que se divide en dos partes o ejes. Con el eje I se obtiene una valoración del diagnóstico físico, basado en la fisiopatología, clasificando al paciente en tres grupos diagnósticos: patología muscular, desplazamientos discales y otras patologías articulares. El eje II se centra en los parámetros psicológicos: severidad del dolor, aspectos psicosociales, somatización y alteraciones del estado de ánimo (Guarda-Nardini L, 2012).

Para Yap (2004) existe una comorbilidad manifiesta entre el DATM la ansiedad, el estrés y la depresión. Sin embargos persisten muchos interrogantes, en la medida en la que

no se tiene plena certeza en si la depresión o la ansiedad son causados por el dolor, o si estas alteraciones psicológicas amplifican la percepción del dolor (Tesch, 2004).

Algunos autores, consideran que en los DATM los trastornos de la personalidad, solos o combinados con ansiedad o depresión, parecen estar asociados con el síndrome miofascial y no tanto con la patología intrínseca de la articulación (Vazquez-Delgado 2004). En definitiva, la relación entre los trastornos temporomandibulares y los factores psicológicos continúa siendo fruto de debate hoy en día.

En nuestro estudio partíamos de una población definida por un problema (cáncer en el territorio maxilofacial) en la que pudimos identificar mediante un cuestionario validado la existencia de dos subgrupos de pacientes. Uno de ellos con niveles de ansiedad elevados (decatipo igual o mayor de 8) y otro con niveles de ansiedad en el rango de la normalidad.

El objetivo era discriminar si los pacientes con mayor niveles de ansiedad presentaban con mayor frecuencia signos o síntomas de DATM, pudiendo comprobar que había dos síntomas concretos (dolor articular y dolor miógeno) que se incrementaban en este grupo de enfermos, aunque sólo uno de ellos (dolor miógeno) significativamente. Esta observación coincide con las referencias de otros autores (Vázquez-Delgado, 2004; Giannakopoulos, 2010), pero en nuestro estudio se matiza tras la prueba de regresión logística que indica que puede estar condicionada por la variable edad.

Si bien existen diferentes estudios que investigan la relación entre ansiedad y DATM en diferentes poblaciones de “riesgo”, no hemos podido recoger ninguno que analizaran esta cuestión en pacientes oncológicos del área maxilofacial.

Oliveira et al. (2015), evaluaron la posible relación objeto de estudio sobre una muestra de 80 enfermeras de un hospital de primer nivel utilizando el cuestionario IDATE

que clasifica esta variable en tres niveles (leve, moderada y alta) observando una relación entre la severidad del DATM y los niveles altos de ansiedad estado. Para algunos autores esta asociación puede justificarse por incrementos crónicos de la actividad del músculo masetero (Khawaja SN et al, 2015). Esta teoría constituye la base de la denominada hipótesis de hiperactividad-estrés que sostiene que el estado psicológico induce una hiperactividad muscular que promovería la signo-sintomatología de los DATMs (Flor H, y Turk DC. (1989).

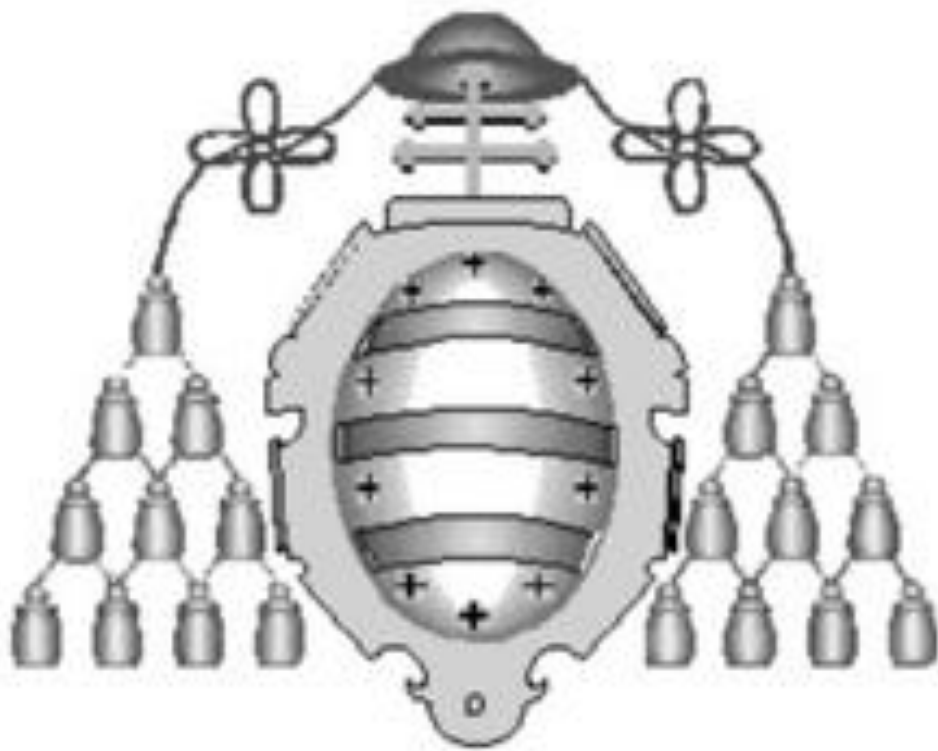
Dıraçoğlu et al. (2015) analizan la posible relación entre ansiedad y DATM sobre una muestra de 273 pacientes que acude para valoración de una posible disfunción de la articulación. Clasifican a la muestra en tres grupos (DATM miógena, DATM articular y DATM mixta). A todos los enfermos se les somete al cuestionario HAD (Hospital Anxiety Depression). Observan relaciones significativas en el análisis univariante para las variables edad, DATM miógeno y falta de apoyo social y familiar. Estos resultados, aunque con un enfoque totalmente distinto a nuestro estudio, son bastantes concordantes con el mismo. Similarmente en su modelo de regresión lineal confirman la importancia de las variables sexo (mujer 3,7 veces más riesgo de asociación ansiedad-DATM y dolor miógeno 1,2 veces más riesgo), pero no aportan información sobre la variable edad.

Nuestro trabajo presenta varias fortalezas en relación a otros estudios publicados. En primer lugar la identificación de la variable ansiedad está bien definida y el grupo enfermos así etiquetados está bien caracterizado. El concepto de ansiedad puede resultar confuso y en muchos trabajos se incluye a pacientes con bruxismo o no se categoriza (estado-rasgo) adecuadamente (Manfredini D, 2009). De otra parte, nuestras observaciones en el grupo objeto de estudio se basan en las diferencias obtenidas con el grupo control evaluadas con la misma metodología.

Sin embargo, el presente trabajo también presenta varias limitaciones. En primer lugar, sería necesario para confirmar la asociación *cáncer oral-elevados niveles de ansiedad-dolor miógeno* realizar a este grupo de enfermos un estudio electromiográfico que valide su afección y posibiliten un posible control de la terapias aplicadas. De otra parte, la signo-sintomatología de los DATM puede variar espontáneamente en el tiempo. Para Augthum et al. (1988), la validez diagnóstica de los parámetros clínicos convencionales (dolor, ruidos) sería limitada defendiendo como de mayor consistencia la existencia o no de alteraciones en la dinámica mandibular. En su estudio de casos y controles, no observaron correlación clínica entre sanos y enfermos en algunas de las manifestaciones signo-sintomatológicas capitales de la DATM.

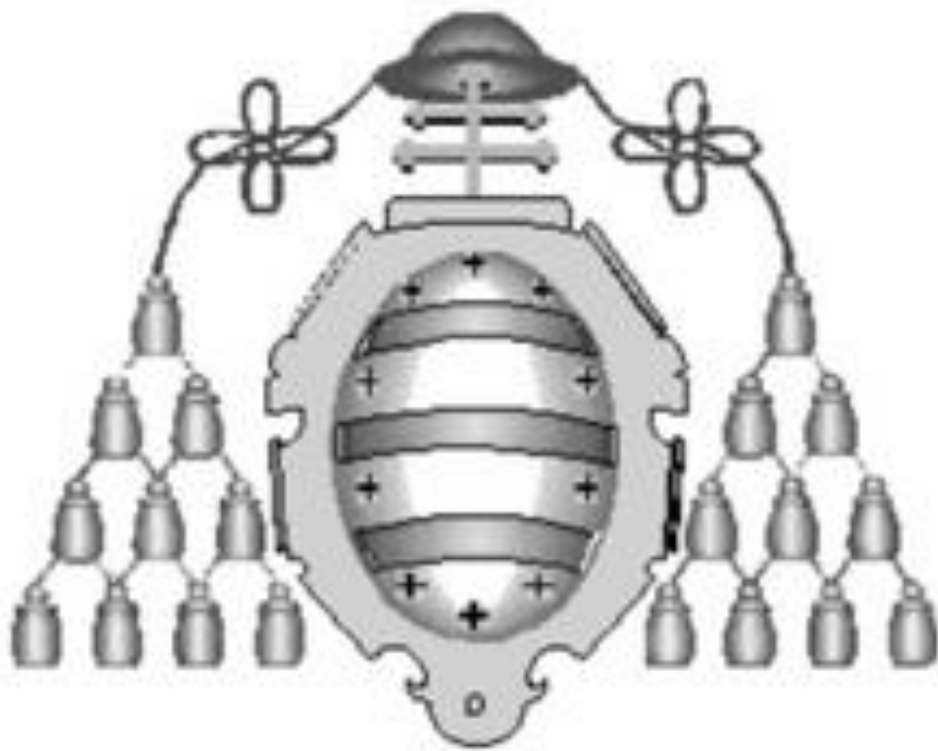
Dworkin et al. (1990) encontraron que la exploración de los ruidos articulares podía variar en un 50% de una exploración a otra. Esto, junto a la subjetividad de la cuantificación del dolor, llevó a pensar a Stegenga (1991) que los signos y síntomas que definen la mecánica articular son los más seguros. Para otros autores como Paesani y cols. (1992), la exactitud diagnóstica de la exploración clínica en comparación con una resonancia magnética es baja (43%), postulando que el simple análisis de la signo-sintomatología no es válido para determinar el estado articular de los pacientes con DATM. Estos autores, estudiaron las articulaciones de 110 pacientes, y encontraron falsos positivos clínicos en 39 articulaciones, falsos negativos clínicos en 31 articulaciones.

En definitiva el presente trabajo muestra asociaciones sintomatológicas entre la ansiedad y la articulación temporomandibular que no implican la existencia de un verdadero DATM, o al menos conlleven a un tratamiento específico del mismo.



Conclusiones

1. En la muestra examinada, constituida por pacientes intervenidos de un cáncer en el territorio maxilofacial, los valores de ansiedad rasgo y ansiedad estado fueron respectivamente 23,88 y 26,96 puntos.
2. El valor de la variable ansiedad estado en la muestra objeto de estudio fue significativamente mayor que el valor de referencia, con una diferencia de 5,67 puntos con respecto a su valor poblacional
3. El 34,6% de los enfermos de la muestra examinada presentaban un decatipo extremo (igual o superior a ocho) de ansiedad rasgo y estado, superando significativamente el porcentaje poblacional de referencia.
4. En el grupo de pacientes con decatipo extremo (igual o superior a ocho) el índice Kappa de concordancia entre ansiedad rasgo y ansiedad estado fue de 0,83.
5. Existe una tendencia a la asociación entre las variables clínicas, sexo femenino, localización parotídea del cáncer y mayor estadio de la neoplasia al diagnóstico y unos mayores niveles de ansiedad estado pero sin alcanzar la significación.
6. Los pacientes con niveles de ansiedad estado con decatipo extremo (igual o superior a ocho) son significativamente más jóvenes (64,44 años vs 72,06 años).
7. Aunque condicionados por la edad, los enfermos con decatipos extremos de ansiedad tienden a presentar con mayor frecuencia dolor miógeno en los músculos del aparato estomatognático.



Bibliografía

- 1) Akechi T, Okuyama T, Sugawara Y, Nakano T, Shima Y, et al. (2004). Suicidality in terminally ill Japanese patients with cancer. *Cancer* 100: 183–191.
- 2) Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project.
- 3) Alorda Teresa, C; Tomás Vidal, MA; Sánchez Flores, MI.(1995). Paciente en el quirófano. En rev. Rol año XVII. Barcelona: Ediciones Rol, S.A ;188: 53-60.
- 4) American Psychiatric Assn Washington DC US.(1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.
- 5) American Psychiatric Assn Washington DC US. (2000) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th, Text Revision ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.
- 6) Andrea J. (1996). The effect of written information and reassurance on patient satisfaction anxiety, and intent to return for emergency care. Univ. of San Diego.
- 7) Augthun M., Muller-Leisse C., Bauer W. et al. (1988). Anterior disk displacement off the temporomandibular joint. Significance of clinical signs and symptoms in the diagnosis //J. Orofac. Ortop. Vos. 59,(N1). - 39-46.
- 8) Ayuso, J. L. (1988). Trastornos de angustia. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.
- 9) Badr H, Gupta V, Sikora A, Posner M. (2014). Psychological distress in patients and caregivers over the course of radiotherapy for head and neck cancer. *Oral Oncol*; 50(10):1005-11.
- 10) Bahnson,C.B .(1975) Psychology And Emotional Issues In Cancer: Tite Pychoterapeutic care of tite cancerpatient. *Seminary Lx Oncology*, 2:293-309.

- 11) Basak F, Hasbahceci M, Guner S, Sisik A, Acar A, Yucel M et al. (2015). Prediction of anxiety and depression in general surgery inpatients: A prospective cohort study of 200 consecutive patients. *Int J Surg*; 16.
- 12) Beck SL, Schwartz AL, Towsley G, Dudley W, Barsevick A. (2004). Psychometric Evaluation of the Pittsburgh Sleep Quality Index in Cancer Patients. *J Pain Symptom Manage*; 27 (2): 140-8.
- 13) Bell WE. (1982) *Clinical Management of Temporomandibular Disorders*. Chicago: Year Book Medical Publishers, Ins,
- 14) Bermudez, J. (1983). Modelo interactivo de ansiedad: implicaciones y contractación empírica. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 38, 1003-1030.
- 15) Botey,A (1982): "Los laringectomizados y mutilados de la voz". *Anales O.R.L Ibero Amer.*;X:461-467.
- 16) Braithwaite D, Emery J, Walter F, Prevost AT, Sutton S.(2004) Psychological impact of genetic counseling for familial cancer: a systematic review and meta-analysis. *J Natl Cancer Inst*;96 (2):122-34.
- 17) Bulbena, A. (1986). *Psicopatología de la psicomotricidad*. In J. Vallejo (Ed). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría* (pp. 236-255). Barcelona: Salvat.
- 18) Butow P, Price MA, Shaw JM, Turner J, Clayton JM, Grimison P et al. (2015). Clinical pathway for the screening, assessment and management of anxiety and depression in adult cancer patients: Australian guidelines. *Psychooncology*;24(9):987-1001.
- 19) Cano Vindel, A. (1989). *Cognición, emoción y personalidad: un estudio centrado en la ansiedad*. Tesis Doctoral. Madrid: Universidad Complutense.

- 20) Carver, C. S, Antoni, M. H. (2004). Finding benefit in breast cancer during the year after diagnosis predicts better adjustment 5 to 8 years after diagnosis. *Health Psychology*,26, 595-598.
- 21) Cattell, R. B., y Sheier, I. H. (1961). *The meaning and measurement of neuroticism and anxiety*. Madrid: Pirámide.
- 22) Cavell S, Broadbent E. (2016). Observations of benefit finding in head and neck cancer patients. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* ;273(2):479-85.
- 23) Cella DF, Orofiamma B, Holland JC, Silberfarb PM, Tross S, Feldestein M et al. (1987). The relationship of psychological distress, extent of disease and performance status in patients with lung cancer. *Cancer*.
- 24) Chen SC, Yu WP, Chu TL, Hung HC, Tsai MC, Liao CT. (2010). Prevalence and correlates of supportive care needs in oral cancer patients with and without anxiety during the diagnostic period. *Cancer Nurs*;33(4):280-9.
- 25) Costen, J. B. (1934). A syndrome of ear and sinus symptoms dependent upon disturbed function of the temporo-mandibular joint. *Ann. Otol. Rhin and laryng*; 43: 1-15.
- 26) De Flores, T. (1994). Impacto emocional y cambios inmunológicos en la notificación diagnóstica de seropositividad.
- 27) Delgado-Guay M, Ferrer J, Rieber AG, Rhondali W, Tayjasant S, Ochoa J et al. (2015). Financial Distress and Its Associations With Physical and Emotional Symptoms and Quality of Life Among Advanced Cancer Patients. *Oncologist*;20(9):1092-8.
- 28) Derogatis L.R. Morrow G.R, Fetting J, Penman.S, Schemale AM, D, Piastsky.(1983) The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA*, ; 249(6) 751-7.
- 29) Dilhuydy Jm; Dilhuydy Mh; & Col. (1989). "Reaction Psychologiques de patients du plan a l'anonce du plan de traitement d'un cancer du sein, apropos de six observations exemplaires. *Gynecol Obstet Biol Reprond (Paris)*. 18 (8), 10 17-23

- 30) Die Trill M. Niños y adolescentes con cáncer.(1987).Aspectos psicológicos. Humanidades médicas. Psicología y medicina ; 784.
- 31) Diraçoğlu D.et al. (2015). Temporomandibular dysfunction and risk factors for anxiety and depression. J Back Musculoskelet Rehabil; 26
- 32) Dworkin SF, Huggins KH, LeResche L, et al.(1990) Epidemiology of signs and symptoms of temporomandibular disorders: clinical signs in cases and controls. JADA.1990; 120: 273-281.
- 33) Dworkin SF, LeResche L.(1992). Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: review, criteria, examinations and specifications,critique. J Craniomandib Disord. Fall;6(4): 301-55
- 34) Endler, N.S., Hunt, J. y Rosentien, A.J. (1962). An S-R Inventory of Anxiousness.Psychological Monography; 76,17.
- 35) Endler, N.S. y Magnusson, D. (1974). Interactionism, trait, psychology, psychodynamics and situationism. Report from the Psychological Laboratories. University of Stockholm, 418.
- 36) Endler, NS. y Okada, MA. (1975). A multidimensional measure of trait anxiety: The S-R inventory of general trait anxiousness. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 43, 319-329.
- 37) Endler, N.S., Edwards, J.M. Vitelli, R. (1991). Endler.Multidimensional Anxiety Scales (EMAS). Manual.Western Psychological Services. California: Los Angeles.
- 38) Endler, N.S., Parker, J.D.A. (1992). Interactions revisited: reflections on the continuing crisis in the personality area. European Journal of Personality, 6, 177-189.
- 39) Farrar, W B. (1978) Characteristics of the condylar pathogenesis in internal derangement of the TMJ. J Prosthet Dent; 39: 319-323.

- 40) Flor H, Turk DC. (1989). Psychophysiology of chronic pain: do chronic pain patients exhibit symptom-specific psychophysiological responses? *Psychol Bull*; 105:215–259.
- 41) Gardner,W.H.(1966). Adjustment problems of laryngectomy women. *Arch of Otol*.83: 31-42.
- 42) Giannakopoulos NN, Keller L, Rammelsberg P, Kronmüller KT, Schmitter M. (2010).Anxiety and depression in patients with chronic temporomandibular pain and in controls. *J Dent*;38(5):369-76.
- 43) Graner et al. (2016). Feelings, perceptions, and expectations of patients during the process of oral cancer diagnosis. *Support Care Cancer*; 24(5):2323-32.
- 44) Greene, J. S. (1947). Laryngectomy and its psychologic implications. *N. J. StateYour Medical*, 47, 53-6.
- 45) Guarda-Nardini L, Pavan C, Arveda N, Ferronato G, Manfredini D. (2012). Psychometric features of temporomandibular disorders patients in relation to pain diffusion, location, intensity and duration. *J Oral Rehabil*;39(10):737-43.
- 46) Heckman BD, Fisher EB, Monsees B, Merbaum,M, Ristvedt S, Bishop C. (2004). Coping and anxiety in women recalled for additional, diagnostic procedures following an abnormal screening mammogram. *Health Psychol*; 23(1):42-8.
- 47) Hewitt M, Rowland JH. (2002). Mental health service use among adult cancer survivors: analyses of the National Health Interview Survey. *J Clin Oncol*; 20(23):4581-90.
- 48) Hipkins J, Whitworth M, Tarrier N, Jayson G.(2004) Social support, anxiety and depression after chemotherapy for ovarian cancer: a prospective study. *Br J Health Psychol*; 9(Pt 4):569-81.
- 49) Hislop TG, Harris SR, Jackson J, Thorne SE,Rousseau EJ, Coldman AJ et al (2002). Satisfaction and anxiety for women during investigation of an abnormal screening mammogram. *Breast Cancer Res Treat*; 76(3): 245-54.33.

- 50) Howren MB, Christensen AJ, Karnell LH, Funk GF. (2010). Health-related quality of life in head and neck cancer survivors: impact of pretreatment depressive symptoms. *Health Psychol*;29(1):65-71.
- 51) Ichikura K, Yamashita A, Sugimoto T, Kishimoto S, Matsushima E. (2015). Persistence of psychological distress and correlated factors among patients with head and neck cancer. *Palliat Support Care*;19:1-10.
- 52) Kanatas A, Ghazali N, Lowe D, Rogers SN. (2012). The identification of mood
53) and anxiety concerns using the patients concerns inventory following head and neck cancer. *Int J Oral Maxillofac Surg*;41(4):429-36.
- 54) Kanatas A, Humphris G, Lowe D, Rogers SN. (2015). Further analysis of the emotional consequences of head and neck cancer as reflected by the Patients' Concerns Inventory. *Br J Oral Maxillofac Surg*;53(8):711-8.
- 55) Khawaja SN et al.(2015). Association of Masseter Muscle Activities during Awake and Sleep Periods with Self-Reported Anxiety, Depression, and Somatic Symptoms. *Dent Health Oral Disord Ther.* ;2(1).
- 56) Koizumi A, Matsushima E, Mochizuki Y, Omura K, Amagasa T. (2013). Changes in the psychological characteristics of oral cancer patients in the perioperative period: a quantitative evaluation. *J Med Dent Sci*; 1;60(1):41-53.
- 57) Kwok HC, Morton RP, Chaplin JM, Mclvor NP, Sillars HA.(2002). Quality of life after parotid and temporal bone surgery for cancer. *Laryngoscope*;112(5):820-33.
- 58) Lampic C, Thurfjell E, Bergh J, Sjoden PO.(2001) Short- and long-term anxiety and depression in women recalled after breast cancer screening. *Eur J Cancer*; 37(4):463-9.
- 59) Lang, P.J. (1968). Fear reduction and fear behavior: problems in treating a construct. *En J.H. Shilen (De.) Research in psychotherapy, Vol. III, Washington: American Psychological Association.*

- 60) Laraway DC, Lakshmiah R, Lowe D, Roe B, Rogers SN. (2012). Quality of life in older people with oral cancer. *Br J Oral Maxillofac Surg*;50(8):715-20.
- 61) Laskin DM. (1969). Etiology of the pain-dysfunction syndrome. *Journal of the American Dental Association* ; 79(1): 147-53.
- 62) Levitt, E, E (1980). "Tite psychology of anxiety". Erlbaum,Hillsdale.Pag 67-92
- 63) Llewellyn CD et al. (2013). Assesing the psychological predictors of benefit finding in poatients with head and neck cancer. *Psychooncology*.;22(1):97-105.
- 64) Lloyd-Williams M, Friedman T, Rudd N.(2001) An analysis of the validity of the Hospital Anxiety and Depression scale as a screening tool in patients with advanced
- 65) Loader S, Shields CG, Rowley PT.(2004) Impact of genetic testing for breast-ovarian cancer susceptibility. *Genet Test*; 8(1):1-12.
- 66) Locke, E. A. (1966). The relationships of intentions to level of performance. *Journal of Applied Psychology*, 50, 60-66.
- 67) López Roig, S; et al (1991). Ansiedad y cirugía: Un estudio con pacientes oftalmológicos. En rev. *Revista de Psicología General y Aplicada*. Madrid: Ediciones Pirámide, S.A., Enero. Volumen 44: 87-93.
- 68) López Roig, S, Pastor, MA; Rodríguez Marín, J.(1993) Programas de preparación psicológica para la cirugía. En *Intervención conductual en contextos comunitarios I*. Madrid: Ediciones Pirámide, S.A., : 169-233
- 69) Maté J, Hollenstein MF, Gil FL(2004). Insomnio, ansiedad y depresión en el paciente oncológico. *Psicooncología*; 1(2-3): 211-30.
- 70) Manfredini D, Lobbezoo F.(2009). Role of psychosocial factors in the etiology of bruxism. *J Orofac Pain*; 23(2):153–166).

- 71) Marteau TM, Bekker H. 1992 The development of a six-item short-form of the state scale of the Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (STAI). *Br J Clin Psychol.*;31 (Pt 3):301-6.
- 72) Martínez-Sánchez, F., Sánchez, A.M., Muela, J.A. y Moreno,P.J. (1993). Factores situacionales y patrones de respuestas de ansiedad en sujetos con cefaleas crónicas. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 25, 20-25.
- 73) Meneses A, Ruiz- Godoy L .(2003). Cap. 3 Etiología del cáncer. *Manual de alivio de dolor y cuidados paliativos del paciente con cáncer*. Editorial McGraw Hill. : 31
- 74) McGrath, P. A., & Hillier, L. M. (Eds.). (2001). *The child with headache: Diagnosis and treatment*. Seattle, WA: IASP Press
- 75) Mc Neill Ch. (1990) *Craneomandibular Disorders-Guidelines for Evaluation, Diagnosis and management*. Chicago: Quintessence Publishing Co.
- 76) McNeill, Ch. (1993). *Temporomandibular disorders. Guidelines for classification, assessment, and management*. The American Academy of orfacial pain. The Quintessence Publishing Co, Inc. Chicago.
- 77) Mc Neill Ch.(1997) History and evolution of TMD concepts. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*; 83: 51-60.
- 78) Miguel Tobal, J.J. (1985). *Evaluación de respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras de ansiedad*. Tesis Doctoral. Madrid: Universidad Complutense.
- 79) Miguel Tobal, J.J. (1990). La ansiedad. En Mayor, J. y Pinillos, J.L. (Eds.) *Tratado de Psicología General*. Vol. Motivación y Emoción. Madrid: Alhambra.
- 80) Miguel Tobal, J.J. (1993). Cuestionarios, inventarios y escalas. En F.J. Labrador, J.A. Cruzado y M. Muñoz (Eds.) *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Madrid: Pirámide.
- 81) Miguel-Tobal, J. J. (1996). *La ansiedad*. Madrid: Santillana.

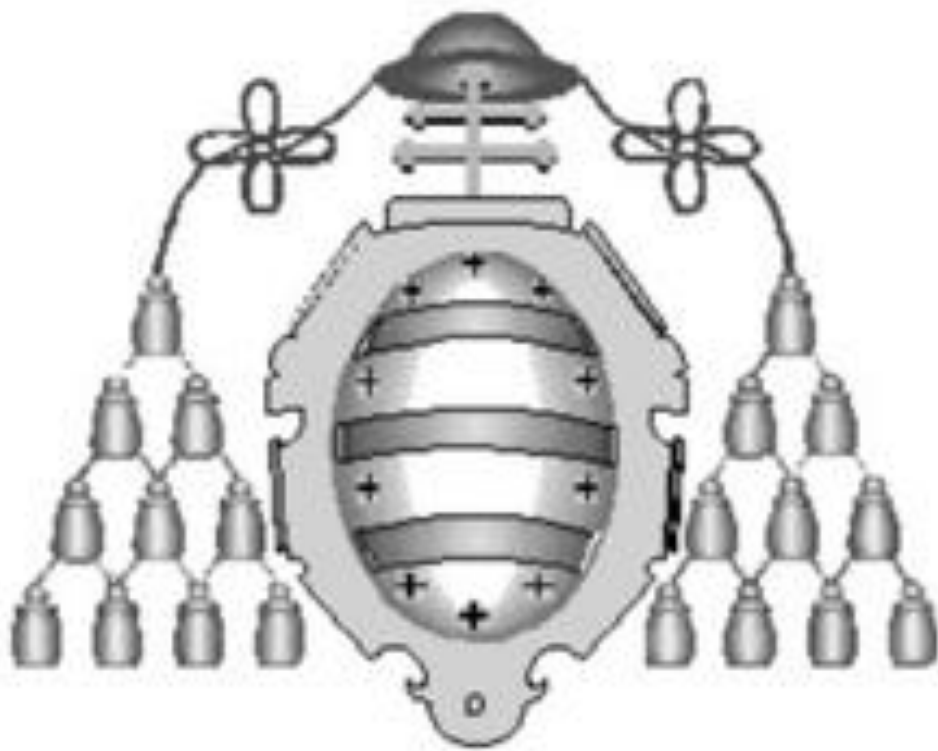
- 82) Miguel Tobal, J.J. y Cano Vindel, A. (1986). Manual del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad - ISRA-. Madrid: TEA. (2ª Ed., 1988; 3ª Ed., 1994).
- 83) Miguel Tobal J.J y Cano Vindel, A. (1988). Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad (ISRA). Madrid;Tea.
- 84) Miguel Tobal, J.J., Cano Vindel, A., Casado, M.I. y Escalona, A. (1994). Emociones e hipertensión. Implantación de un programa cognitivo-conductual en pacientes hipertensos. *Anales de Psicología*, 10(2), 199-216.
- 85) Miguel Tobal J.J y Cano Vindel A. (1995). Pérofiles diferenciales de los trastornos de ansiedad. *Ansiedad y stress*; 1, 37-60.
- 86) Mischel W. (1968). *Personality and assessment*. New York:Wiley.
- 87) Muñiz, J. (1992). *Teoría clásica de los tests*. Madrid: Pirámide.
- 88) Muñiz, J. y Fernández-Hermida, J. R. (2010). La opinión de los psicólogos españoles sobre el uso de los tests. *Papeles del Psicólogo*, 31, 108-121.
- 89) Olivares Crespo ME, Sanz Cortes A, Roa,Alvaro A.(2004) Trastorno de Estrés Postraumático asociado a cáncer: revisión teórica. *Ansiedad y Estrés*;10(1):43-61.
- 90) Oliveira LK, Almeida Gde A, Leis ÉR, Tavares M, Fernandes Neto AJ. (2015). Temporomandibular disorder and anxiety, quality of sleep, and quality of life in nursing professionals. *Braz Oral Res*;29: 1-7.
- 91) Okeson JP.(1996) Anatomía funcional y biomecánica del sistema masticatorio. En: *Oclusion y afecciones temporomandibulares*, 3ª edición. Mosby, Capítulo 1: 22-23.
- 92) Osborne RH, Elsworth GR, Sprangers MA, Oort FJ, Hopper JL.(2004) The value of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) for comparing women with early onset breast cancer with population-based reference women. *Qual Life Res* ; 13(1):191-206.
- 93) Paesani D et al. (1992). Accuracy of clinical diagnosis for TMJ internal derangement and arthrosis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.*;73(3):360-3.

- 94) Pérez Pareja, F.J., Borrás, C. y Palmer, A.L. (1994). Ansiedad y estrés como predictores del síndrome premenstrual. *Ansiedad y Estrés*, 0, 65-76.
- 95) Pitkin, Y.N. (1953). "Factors affecting psychologic adjustment in total laryngectomized cancer patients". *Arch. of Otolaryng.*, 58: 38-4
- 96) Porta, X. Gómez Batista. (2004) Cap. 8 Síntomas Psiquiátricos. En: Porta X, Gómez Batista, *Manual de síntomas en pacientes con cáncer avanzado y Terminal*. México. Editorial Aran; 181-197
- 97) Pouwels S, Beurskens CH, Kleiss IJ, Ingels KJ. (2016). Assessing psychological distress in patients with facial paralysis using the Hospital Anxiety and Depression Scale. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*.
- 98) Rana M, Gellrich NC, Rana M. (2015). Comparison of health-related quality of life of patients with different precancer and oral cancer stages. *Clin Oral Investig*; 19(2):481-8.
- 99) Reiter S, Emodi-Perlman A, Goldsmith C, Friedman-Rubin P, Winocur E. (2015). Comorbidity between depression and anxiety in patients with temporomandibular disorders according to the research diagnostic criteria for temporomandibular disorders. *J Oral Facial Pain Headache*; 29(2):135-43.
- 100) Rodríguez Vega, Ortiz Villalobos, Palao Tarrero, Avedillo, Sánchez Cabezudo, Chinchilla (2002). Síntomas de ansiedad y depresión en un grupo de pacientes oncológicos y en sus cuidadores. *Eur J Psychiatry (Ed. esp.)*; 16 (1):27-38.
- 101) Rowe NL, Killey NM. (1968) The evolution of the treatment of maxillofacial injuries. In *Fractures of the Facial Skeleton*. 2 edn. London: Livingstone, 825-856.
- 102) Sáez Vay, F; et al. (1996). Atención integral al paciente quirúrgico. En *rev. Enfermería Científica*. Madrid: Ediciones Gráficas Alberdi, S.A., Marzo-Abril, 168-169: 48-52
- 103) Sandín, B. (2001). *Estrés, hormonas y psicopatología*. Madrid: Klinik.

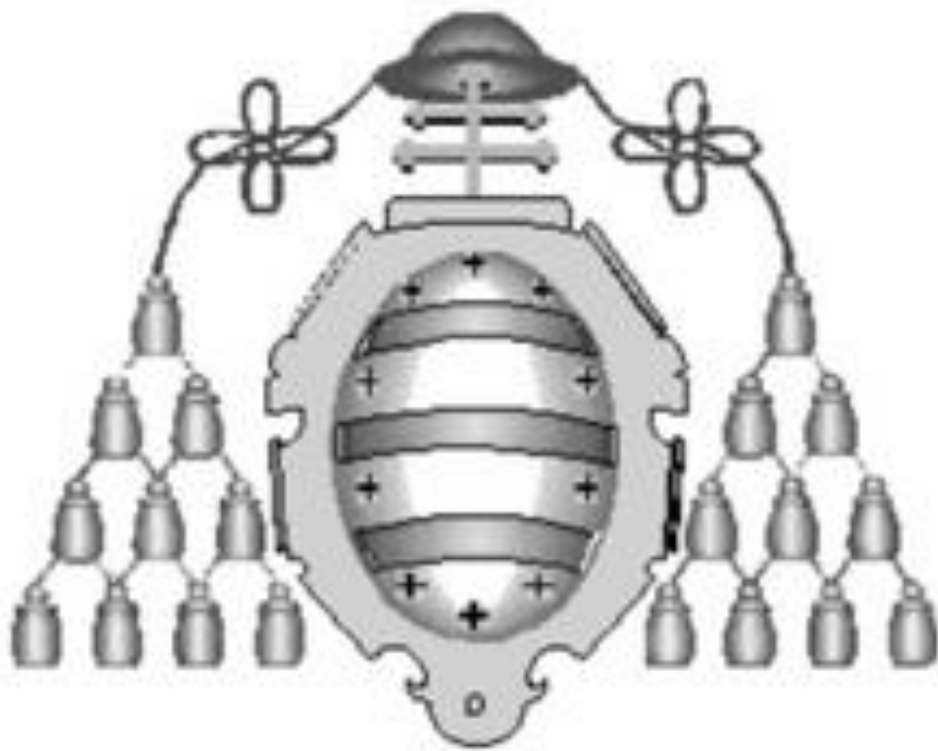
- 104) Sandín, B. & Chorot, P. (1995). Concepto y categorización de los trastornos de ansiedad. In A. B. Belloch, B. Sandín & F. Ramos (Eds.), Manual de psicopatología (Vol. 2 pp.53-80). Madrid: McGraw-Hill.
- 105) Sanz, J. (1991). The specific traits of anxiety in the Anxiety Situations and Responses Inventory (ISRA): Construct validity and relationship to depression. *Evaluación Psicológica/Psychological Assessment*, 2, 149-173.
- 106) Saracino RM, Rosenfeld B, Nelson CJ. (2015). Towards a new conceptualization of depression in older adult cancer patients: a review of the literature. *Aging Ment Health*;27:1-13.
- 107) Savard J, Morin CM.(2001). Insomnia in the context of cancer: a review of a neglected problem.*JClinOncol*;19:895-908.
- 108) Schall, L.A.(1938). Psychology of laryngectomized patients.*Archives of Otolaryngology*; 28, 581-4.
- 109) Schwartz LL.(1955) Pain associated with the temporomandibular joint. *J Am Dent Assoc* ; 61:394-397.
- 110) Shore N A.(1959) Temporomandibular joint dysfunction and occlusal equilibration Philadelphia: J B Lippincott, 3-4.
- 111) Smith AB, Selby PJ, Velikova G, Stark D,Wright EP, Gould A, et al.(2002) Factor analysis of the Hospital Anxiety and Depression Scale from a large cancer population. *Psychol Psychother* ; 75(Pt 2):165-76.
- 112) S Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. y Lushene, R.E. (1970). Manual for the State-Trait Anxiety Inventory, Palo Alto: Consulting Psychologist Press. (Adaptación española en Editorial TEA.)

- 113) Stegenga, B. (1991). Temporomandibular joint osteoarthritis and internal derangement. Diagnostic and therapeutic outcome assessment. Thesis. University of Groningen, London.
- 114) Taylor, J. A. (1953). A personality scale of manifest anxiety. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 48, 285-290
- 115) Taylor JC. (2004). University of Michigan Head and Neck Cancer Team. Disability in patients with head and neck cancer. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.*;130(6):764-9.
- 116) Tejero A, Guimerá E, Farré Jea. (1986). Uso clínico del HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale) en población psiquiátrica: un estudio de su sensibilidad, fiabilidad y validez. *Rev. Dep. Psiquiatr. Fac. Med. Barc.*;13:233-8
- 117) Tesch RS, Denardin OV, Baptista CA, 2004. Depression levels in chronic orofacial pain patients: a pilot study. *J Oral Rehabil.*;31(10):926-32.
- 118) Torres L., Elorza Julián y cols. (2003). MParte XI. Dolor agudo y posoperatorio. *Medicina del dolor. Madrid. Editorial Masson.* 630 -727
- 119) Vant Spijker A.(1997) Psychological sequelae of cancer diagnosis: a meta-analysis review of 58 studies after 1980. *Psychosom Med* ;59:280-93.
- 120) Vazquez-Delgado E et al.(2004). Psychological and sleep quality differences between chronic daily headache and temporomandibular disorders patients. *Cephalalgia* ; 24(6):446-54.
- 121) Vila, J. (1984). Técnicas de reducción de ansiedad. In J. Mayor & F. J. Labrador (Eds). *Manual de Modificación de conducta* (pp. 229-264). Madrid: Alhambra.
- 122) Visser A, Huizinga GA, van der Graaf WT, Hoekstra HJ, Hoekstra-Weebers JE. (2004)
- 123) The impact of parental cancer on children and the family: a review of the literature. *Cancer Treat Rev*; 30 (8):683-94.

- 124) Williams, S.J., Puente, A.E., Miguel Tobal, J.J. y Cano Vindel, A. (1991). Validity and reliability of the Inventory of Situations and Responses of Anxiety. Annual Meeting of the North Carolina Psychological Association. Atlantic Beach, North Carolina
- 125) Yap AUJ. (2004). Mood disorder; symptomatology. Depressive symptoms in Asian TMD patients and their association with non-specific physical symptoms reporting. British Dental Journal 197,245.
- 126) Zigmond AS, Snaith RP.(1983). The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatrica Scand ; 67(6):361-7



Anexo I



Anexo II

BAREMO STAI

Centiles	Puntuaciones directas								Decatipo
	Adolescentes				Adultos				
	<u>VARONES</u>		<u>MUJERES</u>		<u>VARONES</u>		<u>MUJERES</u>		
	Estado	Rasgo	Estado	Rasgo	Estado	Rasgo	Estado	Rasgo	
99	47-60	46-60	53-60	49-60	47-60	46-60	54-60	49-60	10
97	45	41	44	43	43	39-40	49	45	9
96	44	40	42-43	42	42	38	48	44	9
95	43	39	41	41	40-41	37	47	43	9
90	38	33	39	36	37	33	41	40	8
89	37	32	38	35	36	32	40	39	8
85	36	30	36	33	33	29	37	37	8
80	34	28	34	31	30	27	34	34	7
77	32	27	33	30	29	26	32	33	7
75	31	26	31	29	28	25	31	32	7
70	28	24	28	27	25	24	29	30	7
65	26	23	26	26	23	23	26	29	6
60	24	22	25	25	21	21	24	27	6
55	22	21	23	23	20	20	23	26	6
50	20	20	22	22	19	19	21	24	6
45	19	19	20	21	18	18	19	23	5
40	17	18	19	20	16	17	18	21	5
35	16	17	18	19	15	16	17	20	5
30	14	16	17	18	-	15	16	18	4
25	13	15	16	17	14	14	15	17	4
23	-	-	15	-	13	-	14	-	4
20	12	14	14	16	12	13	13	16	4
15	11	13	13	15	10	11	12	14	3
11	-	-	12	14	9	10	11	13	3
10	10	12	11	13	8	9	10	12	3
5	9	11	8	12	6	8	7	11	2
4	8	10	7	11	5	7	6	10	2
1	0-2	0-6	0-4	0-7	0-2	0-4	0-2	0-7	1
N	146	151	169	180	295	318	295	387	N
Media	22,35	21,30	23,28	23,42	20,54	20,19	23,30	24,99	Media
D. Típica	11,03	8,53	10,56	9,10	10,56	9,10	8,89	10,05	D. Típica