



Universitat
de les Illes Balears

TRABAJO DE FIN DE GRADO

Fisioterapia a modo de tratamiento para el síndrome temporomandibular agravado por situaciones de estrés

Pedro Llobera Torres

Grado de Fisioterapia

Facultad de Enfermería y fisioterapia

Año Académico 2020-21

Fisioterapia a modo de tratamiento para el síndrome temporomandibular agravado por situaciones de estrés

PEDRO LLOBERA TORRES

Trabajo de Fin de Grado

Facultad de: Enfermería y Fisioterapia

Universitat de les Illes Balears

Año Académico 2020-21

Palabras clave del trabajo:

Síndrome de la disfunción de la articulación temporomandibular, Fisioterapia, Estrés, Ansiedad, COVID-19

Nombre Tutor/Tutora del Trabajo: Alejandro Ferragut Garcías

Se autoriza la Universidad a incluir este trabajo en el Repositorio Institucional para su consulta en acceso abierto y difusión en línea, con fines exclusivamente académicos y de investigación

Autor		Tutor	
Sí	No	Sí	No
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Índice

Índice de siglas:	4
Resumen	5
Introducción.....	7
Objetivos.....	9
Estrategia de búsqueda	9
Resultados.....	11
Discusión	17
Conclusión	22
Bibliografía.....	23
Anexos.....	26

Índice de siglas:

AAOP (cuestionario desarrollado por la American Academy of Orofacial Pain)	JFLS (Jaw functional limitation scale)
ATM (articulación temporomandibular)	LOT-R (Life orientation test-revised)
BAI (Beck anxiety inventory)	MRI (Magnetic resonance imaging)
CF-PDI (craniofacial pain and disability inventory)	NPRS (numeric pain rating scale)
COP (centre of pressure)	OBC (Oral behaviours checklist)
CSQ-27 (Coping strategies questionnaire 27)	PASS (patient acceptable symptom state)
CSS (COVID stress scale)	PCS (pain catastrophing scale)
DASS-21 (Depression, anxiety stress scale-21)	PHQ (Patient health questionnaire)
DC/TMD (Diagnostic Criteria for TMDs)	PPTs (pressure pain thresholds)
ESS (Epworth Sleeping Scale)	PSS (perceived stress scale)
GAD-7 (Generalized anxiety disorder)	RDC/TMD (research diagnostic criteria of TMDs)
GCPS (Graded chronic pain scale)	ROM (range of movement)
GROC (Global rating of change),	SCL-90-R (symptom check list 90 revised)
HADS (Hospital anxiety and depression scales)	STAI (State-trait anxiety inventory)
HARS (Hamilton anxiety rating scale)	STM (síndrome temporomandibular)
HDRS (Hamilton depression rating scale)	TMD (Temporomandibular joint disorder)
HIT-6 (headache impact test)	TSK-TMD ó TSK-11 (Tampa scale for kinesiophobia)
HVLAT (high velocity low amplitude thrust)	VAS- EVA (visual analogue scale-escala visual analógica)
	VAS-QoL (visual analogue scale for quality of life)

Resumen

El síndrome temporomandibular (STM) es un conjunto de síntomas entre los que se encuentran el dolor orofacial y la limitación funcional de la articulación temporomandibular (ATM). Su etiología es difícil de concretar y va ligada a factores psicosociales. El objetivo de esta revisión es evaluar el tratamiento fisioterápico para abordar el STM agravado por situaciones de estrés, siendo secundarios a este, qué terapias son más eficaces y cómo ha contribuido la pandemia al STM como estresor. Para ello se realizó una búsqueda en EBSCOhost, Pubmed y PEDro, mediante la que se obtuvieron 94 resultados, que tras ser cribados y pasar criterios de inclusión y exclusión fueron reducidos a los 20 que se utilizaron para la realización de este trabajo. Los resultados obtenidos incluyen mayoritariamente, ensayos clínicos y estudios observacionales transversales. En ellos se analiza la relación entre los niveles de estrés y ansiedad con la aparición o exacerbación de los síntomas del STM, el tratamiento fisioterápico para abordar dicho síntoma y la relación de la pandemia con el estrés y la ansiedad como agravantes del STM en la actualidad. La revisión pasa por un proceso de discusión en el que se comparan los resultados de los distintos autores hasta llegar a las siguientes conclusiones: el STM está estrechamente ligado a los niveles de estrés y ansiedad, el tratamiento fisioterápico es una buena opción para su abordaje, pero son necesarias más publicaciones para concretar qué terapias son mejores, y el COVID-19 parece influenciar el STM, pero se necesita de más investigación.

Palabras clave: Síndrome de la disfunción de articulación temporomandibular| Fisioterapia | Estrés | Ansiedad | COVID-19

Abstract

Temporomandibular joint dysfunction syndrome (TMDS) is a group of symptoms including orofacial pain and functional limitation of the temporomandibular joint (TMJ). Its etiology is difficult to determine and is linked to psychosocial factors. The objective of this review is to evaluate the physiotherapy treatment to address TMDS aggravated by stressful situations, being secondary to this, which therapies are most effective and how the pandemic has contributed to TMDS as a stressor. For this reason, a search was carried out in EBSCOhost, Pubmed and PEDro, through which 94 results were obtained, which after being screened and passing inclusion and exclusion criteria were reduced to the 20 that were used to carry out this work. The results mainly include clinical trials and cross-sectional observational studies. They analyze the relationship between stress and anxiety levels with the cause or exacerbation of TMDS symptoms, physiotherapy treatment to address them, and the relationship of the pandemic with stress and anxiety as currently aggravating TMDS. The review goes through a discussion process in which the results of the different authors are compared until reaching the following conclusions: TMDS is closely linked to levels of stress and anxiety, physiotherapy treatment is a good option for its approach, but more publications are needed to determine which therapies are better. Finally, COVID-19 seems to influence TMDS, but more research is needed.

Keywords: Temporomandibular joint dysfunction syndrome | Physical therapy specialty | Stress | Anxiety | COVID-19

Introducción

La articulación temporomandibular (ATM) es una articulación bicondílea que consta de dos superficies articulares relacionadas entre sí por un disco bicóncavo de fibrocartílago que se sitúa en el centro de la articulación supliendo la incongruencia de ambas superficies articulares. Al realizar los movimientos de apertura y cierre, la parte inferior de la articulación tiene una función principalmente de rotación del cóndilo mandibular sobre el disco articular, mientras que, a su vez, la parte superior de la articulación ejecuta movimientos de deslizamiento, principalmente. Al tratarse el disco de una estructura poco vascularizada, el líquido sinovial de la articulación cumple a su vez las funciones de irrigación del fibrocartílago y lubricación de la articulación. La ATM consta además de potente musculatura capaz de generar grandes cantidades de fuerza que, cuando superan los 40mmHg, pueden provocar periodos de hipoxia al superar la perfusión capilar de la zona (1), por este motivo, un desajuste en el equilibrio de la articulación puede influir a desarrollar sintomatología característica del síndrome temporomandibular (STM).

Se considera que un 50-70% de la población experimenta alguno de los síntomas del síndrome temporomandibular a lo largo de su vida (2). Este síndrome abarca gran cantidad de sintomatología de la región cráneo-mandibular relacionada con la estructura de la articulación temporomandibular, los músculos masticatorios y demás estructuras circundantes. Esta sintomatología comprende desde dolor de la musculatura, alteraciones en la biomecánica de la ATM como pueden ser deterioro de la función masticatoria, sonidos de la articulación tales como chasquidos o crepitantes, patología relacionada con el disco articular y sensibilización de las estructuras neurovasculares circundantes que pueden causar cefalea, manifestándose en forma de dolor a lo largo de la región temporal. Se trata de la tercera causa más común de aparición de dolor crónico y es la primera en cuanto a dolor orofacial no relacionado con patologías odontológicas (2-5). El diagnóstico y abordaje del STM no suele ser tarea fácil puesto que su causa u origen es una de las grandes incertidumbres de la odontología clínica (2). Por este motivo, el dolor y la alteración de la movilidad se interpretan como una interacción entre los factores comportamentales, psicológicos, fisiológicos y sociales que rodean al individuo, por lo que debe ser evaluado desde una perspectiva biopsicosocial (3,6).

Existe evidencia de que varios factores psicosociales pueden interactuar con patologías físicas, por lo que factores psicológicos como pueden ser la ansiedad o el estrés

psicológico son de vital importancia en la evaluación y abordaje del STM (2). Además, estos factores juegan un papel clave en avance de la enfermedad, puesto que periodos prolongados de distrés pueden impedir el avance del tratamiento y contribuir al proceso de cronicidad (7). Varios estudios relacionan también el estrés con el STM y el distrés psicológico con el agravamiento del dolor experimentado y la disfunción de la ATM relacionada con ese dolor (8).

Uno de los acontecimientos generadores de estrés más fuertes actualmente presentes es la pandemia declarada el 11 de marzo de 2020 por la organización mundial de la salud (OMS) a causa de la rápida expansión del virus SARS-COV2. Esta situación de emergencia sanitaria supuso un confinamiento colectivo de la población que hizo que muchos de los factores psicosociales que pueden contribuir a la generación de estrés se exacerbaban por el miedo a contraer la enfermedad, lo que resultó una mayor aparición de ansiedad, depresión e incluso estrés postraumático, entre otros. Todos estos factores psicológicos pueden influir sobre la patología musculoesquelética del individuo y por tanto pueden contribuir a desarrollar e incluso agravar el STM (8,9).

Por este motivo un correcto abordaje del STM debe tener en cuenta todas las características y condiciones del paciente, centrándose no solo en la patología musculoesquelética sino también dando la importancia que le corresponde a factores que puedan agravar la sintomatología como pueden ser el estrés o la ansiedad (3,6). Este abordaje holístico del STM se puede realizar también desde el abordaje fisioterápico, desde la fisioterapia el personal sanitario tiene a su disposición herramientas varias como son la terapia manual, el ejercicio terapéutico, *thrusts* o movilizaciones de alta velocidad y baja amplitud, la movilización del tejido blando, las técnicas miofasciales o la educación comportamental en promoción de la salud (5,7,10,11). Otra ventaja de la fisioterapia en el tratamiento del STM es la posibilidad de abordarlo a través del tratamiento de estructuras circundantes como la columna cervical, ya que su estrecha relación neurofisiológica y biomecánica hace que su evolución patológica avance de manera coordinada (5).

El motivo por el que se realiza esta revisión de la literatura es averiguar cuáles son los beneficios de la intervención fisioterápica en aquellos individuos que sufran de dolor en la región cráneo-mandibular causado por una disfunción de la ATM que se encuentren bajo situaciones de estrés y/o ansiedad. Además, es de especial interés para esta revisión analizar cuáles son las técnicas, de entre las que puede realizar el fisioterapeuta, que

constan de más evidencia científica para el correcto abordaje del STM, y el cómo ha afectado la pandemia causada por la expansión del virus coronavirus COVID-19 a esta población, puesto que ha supuesto un crecimiento en los niveles de estrés y ha favorecido la aparición de ansiedad alrededor del globo.

Objetivos

El objetivo de esta revisión es describir los beneficios del abordaje fisioterápico en personas con síndrome temporomandibular expuestas a situaciones de estrés. Además, este objetivo general se verá dividido en dos objetivos específicos:

-Averiguar qué terapias aplicables por el fisioterapeuta son más eficaces según la evidencia científica actual

-Analizar cómo contribuye la pandemia del Covid-19 al dolor temporomandibular al presentar una situación estresante.

Estrategia de búsqueda

El presente estudio consiste en una revisión bibliográfica de la literatura estructurada mediante la metodología PICO de la siguiente pregunta: ¿Mejora los síntomas del síndrome temporomandibular el abordaje desde la fisioterapia en personas sometidas a situaciones de estrés?

Con la intención de reunir toda la información que fuera necesaria para responder a la pregunta, se realizó una búsqueda durante el mes de mayo de 2021 través de un Metabuscador (EBSCOhost), una base de datos específica (PubMed) y una base de datos de revisiones (PEDro). Para limitar la búsqueda a la evidencia científica más actual, se estableció un límite de fecha de publicación que comprendía todos aquellos estudios publicados los últimos 10 años (2011-2021), y por cuestiones de comprensión se limitó la búsqueda a aquellos artículos escritos en lengua castellana e inglesa.

Los descriptores utilizados en la estrategia de búsqueda fueron determinados mediante una consulta en los tesauros DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud) y MeSH (Medical Subject Headings). Estos fueron los descriptores obtenidos:

-Primarios: *“Síndrome de la Disfunción de Articulación Temporomandibular”/“Temporomandibular Joint Dysfunction Syndrome”, “Trastornos de la Articulación Temporomandibular”/“Temporomandibular Joint Disorders”,*

“Fisioterapia”/“Physical Therapy Specialty”, “Rehabilitación”/“Rehabilitation”, “Ansiedad”/“Anxiety”, “Estrés psicológico”/ “Stress, Psychological”

-Secundarios: *“infecciones por coronavirus”/“Coronavirus infections”, “Pandemias”/“Pandemics”*

Además se introdujo el término libre *“Fisioterapia”/“Physiotherapy”* en la búsqueda puesto que ampliaba el número de resultados relevantes.

Estos descriptores y palabras clave se combinaron mediante los operadores booleanos “AND” y “OR” obteniendo la siguiente fórmula de búsqueda:

- 1er Nivel de búsqueda: ((Temporomandibular Joint Dysfunction Syndrome) OR (Temporomandibular Joint Disorders)) AND ((Physical Therapy Speciality) OR (Rehabilitation)) AND ((Anxiety) OR (Stress, Psychological))
- 2ndo Nivel de búsqueda: ((Temporomandibular Joint Dysfunction Syndrome) OR (Temporomandibular Joint Disorders)) AND ((Physical Therapy Speciality) OR (Rehabilitation)) AND ((Anxiety) OR (Stress, Psychological) OR (Coronavirus infections) OR (Pandemics))

De esta manera la búsqueda realizada en PubMed, al utilizar los términos Mesh propios de Medline quedó de la siguiente manera:

((("Temporomandibular Joint Disorders"[Mesh]) OR ("Temporomandibular Joint Dysfunction Syndrome"[Mesh])) AND (("Rehabilitation"[Mesh]) OR (Physiotherapy))) AND (("Stress, Psychological"[Mesh]) OR ("Anxiety"[Mesh]) OR ("Coronavirus Infections"[Mesh]) OR ("COVID-19"[Mesh]) OR ("Pandemics"[Mesh]))´

Al no poder introducir la fórmula que combina los booleanos en la base de datos de revisiones específica de fisioterapia PEDro se realizó una búsqueda utilizando el descriptor *“Trastornos de la Articulación Temporomandibular”/“Temporomandibular Joint Disorders”* limitando la búsqueda a los últimos 10 años de publicación.

Tras la lectura rápida de los resultados obtenidos se consideró que la información referente a las técnicas de fisioterapia era insuficiente para dar respuesta al segundo objetivo específico, por lo que se realizó una búsqueda adicional en Pubmed con la siguiente fórmula:

((("Temporomandibular Joint Disorders"[Mesh]) OR ("Temporomandibular Joint Dysfunction Syndrome"[Mesh])) AND (("Rehabilitation"[Mesh]) OR ("Physical Therapy Specialty"[Mesh]))

La selección de los artículos considerados como válidos para la elaboración de este trabajo se ha realizado siguiendo los criterios de inclusión determinados a continuación:

- Artículos que especifiquen cómo el estrés o la ansiedad pueden agravar el STM.
- Artículos que incluyan tratamiento fisioterápico como abordaje del dolor cráneo-mandibular en STM.
- Artículos que relacionen la pandemia del virus SARS-COV2 con el agravamiento de los síntomas del STM.

Por otro lado, los criterios de exclusión son los siguientes:

- Publicaciones que traten del abordaje odontológico del STM.
- Artículos sin interés para mi tema de investigación.
- Publicaciones de bajo nivel metodológico.
- Estudios que traten del estrés y la ansiedad como consecuencias de la prolongación en el tiempo del STM.

En caso de duda consultar la ficha de estrategia de búsqueda bibliográfica incluida en el ANEXO I.

Resultados

Tras aplicar la estrategia de búsqueda descrita en el apartado anterior, se obtuvo un volumen total de 73 resultados que derivaban de la búsqueda estructurada para dar respuesta a la pregunta de investigación y 23 resultados de la búsqueda adicional realizada para dar respuesta al segundo objetivo específico de este trabajo.

De la primera búsqueda, el volumen para cada base de datos quedó repartido de la siguiente manera: EBSCOhost n=50; Pubmed n=15 y PEDro n=8. Tras eliminar los resultados coincidentes, el total obtenido fue de 71 artículos, los cuales cumplían los criterios de inclusión. Tras aplicar los criterios de exclusión, se realizó una lectura de los "abstract" y 18 fueron los artículos finalmente escogidos para dar respuesta a la pregunta de investigación.

La segunda búsqueda se realizó con intención de ampliar la evidencia sobre técnicas fisioterápicas para tratar el STM, de los 23 artículos obtenidos inicialmente, se consideró que 2 eran de importancia para el trabajo y fueron incorporados a los 18 obtenidos de la búsqueda anterior.

Finalmente, 20 artículos fueron los seleccionados para la presente revisión de los cuales 1 tuvo como único propósito la realización de la introducción (1), y los otros 19 fueron utilizados también para dar lugar al apartado de resultados (2-20). Durante este proceso de cribado se realizó un diagrama de flujo para representar de manera visual la selección (Figura 1).

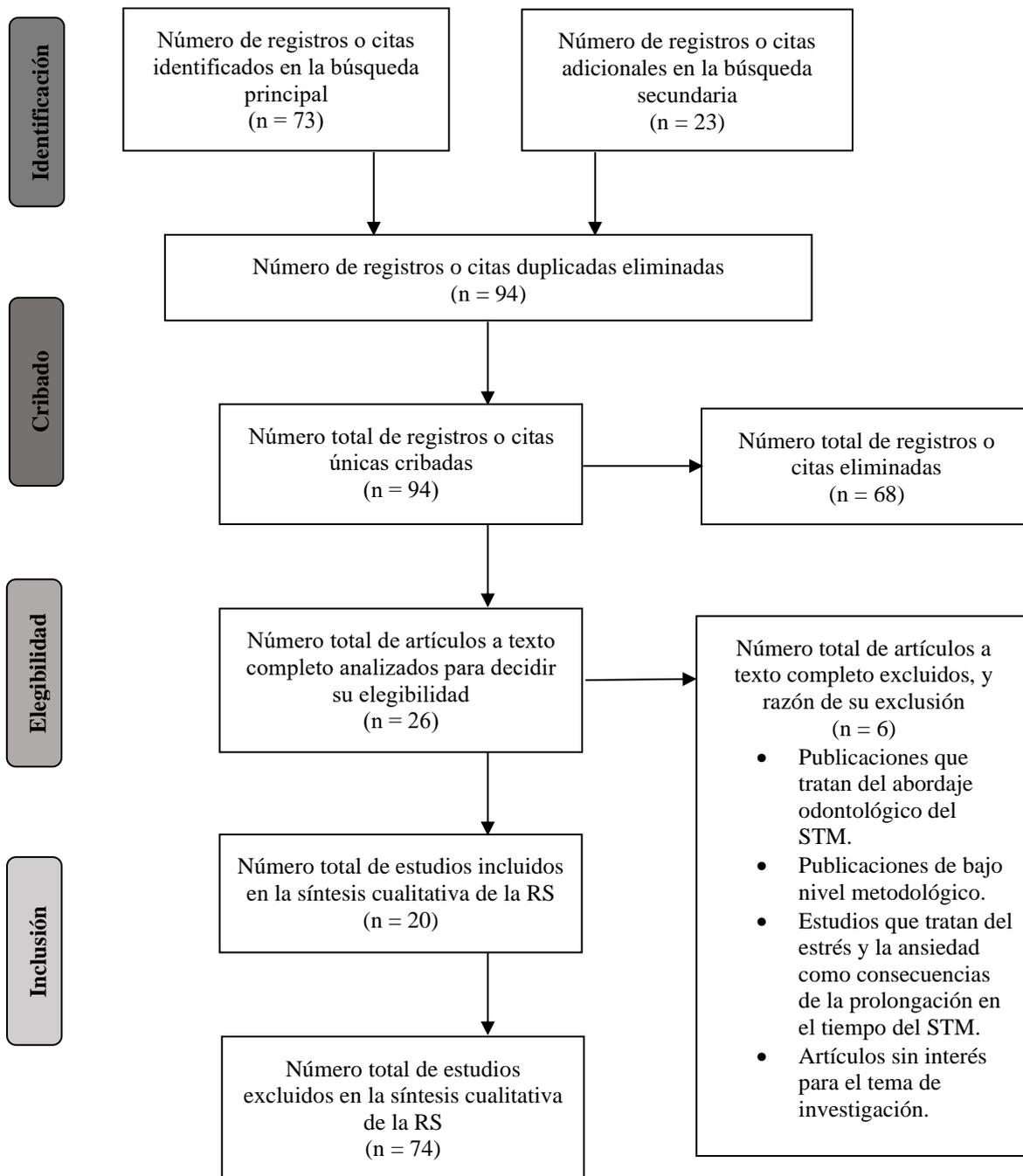


FIGURA 1: Diagrama de flujo de la información a través de diferentes fases de una revisión bibliográfica según PRISMA.

Todos los artículos incluidos en este trabajo siguen una metodología cuantitativa. Además, al agruparlos según su diseño, 10 son estudios transversales (2–4,6,7,9,13,14,17,20), 4 son ensayos clínicos aleatorizados (5,10–12), 1 es un estudio de casos (19), 1 un estudio de cohortes prospectivo (8), 1 un estudio retrospectivo (16), 1 una revisión bibliográfica (1), 1 un estudio de casos controles (18) y 1 un estudio de casos controles transversal (15). Además, para evaluar la calidad metodológica de los estudios, se ha realizado un análisis mediante las escalas PEDro para los ensayos clínicos (5,10–12), y STORBE para el resto de estudios observacionales (2–4,6–9,13–20) (ANEXO II y III).

Al analizar la población de cada publicación incluida, podemos observar que 8 artículos utilizan muestras inferiores a 100 individuos (5,8,10–12,15,18,20), 9 muestras entre los 100 y los 1000 individuos (2–4,6,7,13,14,16,17), y solo 2 manejan una población mayor a los 1000 individuos (9,19). Al evaluar de forma conjunta estos resultados, el presente trabajo consta de una muestra total de n=9464.

Las técnicas de recogida de datos de las publicaciones seleccionadas incluyen gran cantidad de escalas y variables para medir el resultado de sus intervenciones. Es por ello que, para centrar la atención en aquellas variables que son de interés para el estudio, se han repartido en dos grupos según si tienen más relación con el diagnóstico y valoración del STM o con el nivel de estrés y ansiedad.

En cuanto al STM se refiere, la mayoría de las publicaciones coinciden en que la *Reserch Diagnostic Criteria of TMDs* (RDC/TMD o DC/TMD depende de la publicación) es el *gold standard* para el diagnóstico del STM y su asociación con los factores psicosociales gracias a sus dos ejes *axis I* (limitación funcional) y *axis II* (factores psicosociales). Por este motivo muchas de las publicaciones usan esta escala para el diagnóstico del STM (3,4,6–12,14,15,17,18).

La evaluación del dolor percibido en pacientes con dolor temporomandibular se realizó mediante la escala *Visual Analogue Scale* (VAS o EVA en español) que evalúa numéricamente del 0 al 10 la cantidad de dolor que siente el paciente siendo 0 nada de dolor y 10 el peor dolor imaginable (10,12,14), y la *Graded Chronic Pain Scale* (GCPS) para la evaluación del dolor crónico y la cronicidad del STM también en una escala del 0 al 10 que relaciona el dolor con la incapacidad funcional de la zona (3,7,15). Además también relacionadas con la limitación funcional en el STM algunos artículos optan por

la *Tampa Scale for Kinesiophobia* (TSK), que mide en un cuestionario de 12 ítems el miedo al movimiento y a la reincidencia en la lesión (5,10,20), otros por la *Jaw Functional Limitation Scale* (JFLS) que consiste en otro cuestionario de 8 (15) o 20 ítems (5) que evalúa la masticación, la movilidad mandibular y la expresión verbal y emocional para concretar la limitación funcional del individuo (5,15), uno opta por la *Craniofacial Pain and Disability Inventory* (CF-PDI) que mide la relación entre el dolor y la limitación funcional en las regiones facial y craneomandibular (10) y finalmente uno por el *TMD Dysfunction Score* extraído de un cuestionario de hábitos orales y síntomas mandibulares con algunas preguntas adicionales con la intención de evaluar el dolor y la incapacidad funcional orofacial (16).

Para la determinación de los niveles de ansiedad de los pacientes que sufren de STM los autores utilizan también distintas escalas. De estas, la que más se utiliza en los estudios es la *Patient Health Questionnaire* (PHQ) que consiste en un amplio cuestionario del que se extraen las preguntas de más interés según el ámbito a estudiar por el investigador, entre las variables que mide se encuentran la somatización (PHQ-15), la ansiedad (PHQ-4) y la depresión (PHQ-4 y PHQ-9) (2,6,9,15). La siguiente escala que cobra más importancia es la *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI) midiendo los niveles de ansiedad en dos ejes, la predisposición del individuo a experimentar ansiedad (STAI-T) y la influencia de la situación en los niveles de ansiedad (STAI-S) (4,14,20). Otras escalas utilizadas con el mismo fin son la *Hospital Anxiety and Depression Scale* HADS que consiste en dos subescalas de 7 ítems (7 para ansiedad y 7 para depresión) y que tiene una puntuación total para cada subescala de 0 a 21 siendo a mayor puntuación más alto nivel de ansiedad y/o depresión (8,13); la *Generalized Anxiety disorder* (GAD-7) que clasifica el estado ansioso en cuatro niveles, no ansiedad, poca ansiedad, ansiedad moderada y ansiedad severa (2,3), la *Depression, Anxiety and Stress Scales-21* (DASS-21) para medir y evaluar la respuesta sintomática somática y psicológica (6), y la *Hamilton Anxiety Rating Scale* HARS una escala usada normalmente en psiquiatría, donde un valor por debajo de 6 se considera normal, un valor entre 7 y 14 se considera ansiedad baja-moderada y un nivel por encima de 14 se considera ansiedad severa (17).

Las escalas utilizadas para la evaluación del estrés son la *Perceived Stress Scale* (PSS) una escala utilizada para evaluar el grado de estrés que el individuo asigna a una situación (15,18,20), y la *COVID Stress Scale* (CSS) para la evaluación específica del estrés causado por la pandemia (8).

Para dar respuesta a los distintos objetivos de este trabajo se han agrupado los resultados en bloques temáticos según si responden a la relación del STM con el estrés o la ansiedad, a su tratamiento o abordaje fisioterápico, o a la influencia de la pandemia del virus SARS-COV2 sobre el STM como situación estresante.

Estrés, ansiedad y STM:

De los resultados obtenidos siguiendo la metodología del apartado anterior 13 son los que estudian la relación del estrés y la ansiedad con el STM. Todos ellos muestran una asociación entre los niveles de estrés y ansiedad con la aparición de síntomas propios del STM o con el agravamiento de estos (2–4,6,7,13–17), a excepción del realizado por Poluha et. al. que no encuentra una relación directa lo suficientemente importante estadísticamente para asociar los resultados de la STAI y la PSS con el STM a motivos que no sean el azar (20) y el de Jasim et.al. que crea cierta controversia al no poder relacionar los niveles de cortisol en saliva indicadores de estrés con el STM pero si obtiene valores que relacionan el STM con la escala medidora del estrés percibido PSS (18).

Fisioterapia como abordaje para el STM:

Para evaluar cómo actúa la fisioterapia sobre el STM se seleccionaron un total de 5 artículos que analizan la intervención fisioterápica para la reducción de sus síntomas (5,10–12,19). Todos ellos muestran reducción en los niveles de al menos una de las escalas utilizadas ya sea para medir los propios síntomas físicos del STM (JFLS,TSK/TMD (5), CF-PDI, TSK-11 (10)) como para evaluar el dolor percibido causado por este (VAS) (10,12). Además, todos plantean el tratamiento mediante fisioterapia como línea principal de abordaje a excepción de los realizados por Oliveira et. al. y Domingue et. al. que se decantan por el uso de una férula oclusal y limitan la intervención del fisioterapeuta a un tratamiento coadyuvante (11,19).

COVID-19 y STM:

El número de publicaciones que tratan la relación entre la pandemia del COVID-19 y el STM obtenidos mediante la búsqueda es muy reducido, limitándose a solo 2 artículos de los 94 totales que se pueden obtener de las bases de datos. Estas dos publicaciones coinciden entre sí en que la pandemia ha aumentado los niveles de estrés (medidos mediante escalas como la CSS) en personas que sufren de STM, y a su vez, este estrés

adicional ha influido en la aparición de más síntomas propios del STM y en la agravación de los ya presentes, relacionando los niveles obtenidos en la CSS con escalas que miden estos síntomas como la HADS y la GCPS, y con el bruxismo, ya sea diurno o nocturno (8,9).

Todos los resultados se encuentran sintetizados en forma de tabla en el ANEXO IV.

Discusión

El motivo de realización de este trabajo de revisión consiste en analizar el tratamiento fisioterápico para el abordaje del síndrome temporomandibular de pacientes sometidos a situaciones de estrés y/o ansiedad. Además, se pretende profundizar en el tema de modo que se realizará una comparación entre las técnicas de fisioterapia analizadas, con motivo de averiguar cuáles son las que muestran más efectividad según la evidencia científica, y cómo ha contribuido la situación actual de crisis sanitaria provocada por la rápida propagación del virus COVID-19 a los niveles de estrés y ansiedad pudiendo agravar así los casos de STM.

La propia naturaleza del STM hace que su diagnóstico etiológico sea bastante difícil de concretar desde el punto de vista clínico. Es por ello por lo que existe la necesidad de encontrar una herramienta útil para evaluar los síntomas de dicha patología y que sea capaz de relacionarlos con los factores biopsicosociales del individuo. En la literatura utilizada para la realización de este trabajo, gran cantidad de artículos utilizan la escala RDC/TMD (6,7,14,18,20), o su versión más actualizada DC/TMD (2–4,14–16), por su gran versatilidad. Puesto que dispone de dos ejes de evaluación (Axis I y Axis II) que no sólo evalúan los síntomas físicos como la limitación funcional, sino que los relacionan con otros más subjetivos como el dolor y su cronicidad y los aspectos psicosociales que rodean al individuo, siendo el primero el más relacionado con el dolor y la funcionalidad y el segundo con la somatización y los aspectos sociales (2–4,6,7,14–16,18,20). Por todos estos motivos, en gran parte de la literatura revisada, la escala RDC/TMD es considerada como el *gold standard* para la evaluación y el diagnóstico del STM.

Con motivo de realizar un correcto análisis de la evidencia científica actual que da respuesta a la pregunta de investigación, se ha decidido distribuir los resultados obtenidos de las publicaciones en tres grupos según su temática, siendo el primer bloque aquel que recoge la evidencia que relaciona los niveles de estrés y ansiedad con el agravamiento del STM, el segundo aquel que se centra en la intervención fisioterápica, y finalmente, un

bloque que recoge la evidencia que se haya podido publicar estos años que describa los efectos de la pandemia sobre el STM.

Efectos de los niveles de estrés y ansiedad sobre el STM

Antes de dar respuesta a los objetivos del trabajo, es necesario determinar si existe una relación clara entre los niveles de estrés y ansiedad y los síntomas del STM, puesto que la presente revisión se ve inmersa dentro de este marco poblacional. En cuanto a la evidencia relacionada con este bloque temático, existe un gran consenso sobre los efectos del estrés y la ansiedad sobre los efectos agravantes del STM, siendo el artículo de R. Poluha et. al. el único que no encuentra diferencias significativas (20). El resto de publicaciones, pese a estar de acuerdo en la premisa principal, dividen sus resultados en si los efectos de la ansiedad y el estrés modifican el dolor, la limitación funcional o ambos aspectos.

Respecto a la modificación del dolor percibido, tanto la publicación de B. Tomislav et. al. como la de L. Guarda-Nardini et. al. utilizan la escala VAS como medidor de resultado para el dolor percibido (14,17). En el caso de B. Tomislav et. al., esta se relaciona con la escala de ansiedad STAI, tanto con la STAI-T como con la STAI-S, y se obtienen valores significativos para ambas relaciones que indican que, a mayor nivel de ansiedad, mayor es el nivel de dolor percibido ($p < 0.001$). En este estudio también se relaciona la escala STAI con el dolor sufrido en el pasado, donde también se obtienen resultados significativos ($p < 0.001$) para ambas subescalas de la STAI. En la publicación realizada por L. Guarda-Nardini et. al. la relación se establece entre la escala de ansiedad HARS y la VAS, mostrando resultados estadísticamente significativos entre los niveles de ansiedad y el dolor percibido ($p < 0.001$). Además, se estudió la relación de la ansiedad con el tipo de dolor, siendo el dolor difuso el que obtuvo mejores resultados frente al dolor localizado ($p < 0.001$) (17). Finalmente, la publicación de H. Jasim et. al. evalúa la relación entre los niveles de cortisol en saliva y los resultados de la PSS para la medición del estrés con el STM con presencia de dolor agudo o crónico. No se encontraron resultados significativos que relacionaran los niveles de cortisol en saliva con dolor crónico ni con agudo, esto pudo ser causado porque algunos de los participantes estaban bajo tratamiento anticonceptivo o debido a que las muestras no fueron realizadas a la misma hora, lo que pudo afectar a los niveles de cortisol y suponer una limitación para el estudio. En cambio, los valores de estrés obtenidos mediante la PSS sí que se relacionaron de manera significativa con el grupo de dolor crónico respecto al de dolor agudo

($p=0.044$), aunque no ocurrió lo mismo al comparar el grupo que padecía dolor agudo con el grupo control (18).

En cuanto a la relación de los niveles de ansiedad y estrés con síntomas relacionados con la limitación funcional F. de Paiva et. al. y J. Chung et. al. llegan a la misma conclusión en sus publicaciones, el STM está relacionado con los niveles de estrés y ansiedad también en su componente más funcional (4,16), mostrándose en la segunda publicación resultados que relacionan moderadamente el estrés emocional con los valores obtenidos en el TMD Dysfunction Score ($p=0.058$) y a su vez se relacionan significativamente con el bruxismo diurno ($p=0.008$) y nocturno ($p=0.033$) para un análisis de univarianza. Además, se relacionan significativamente los valores de estrés con los de TMD Dysfunction Score ($p=0.013$), bruxismo diurno ($p=0.011$) y un rango de edad de 18 a 49 años ($p=0.043$) para un análisis de regresión logística múltiple (16).

Otra posición es la de los autores que relacionan los niveles de estrés y ansiedad tanto con el dolor como con la limitación funcional (2,7,13,15). Se puede observar una tendencia general de los autores a afirmar que el estrés y la ansiedad se relacionan de manera estadísticamente significativa con la aparición o exacerbación del STM, siendo los resultados del estudio de N. Su et al (2017) ($p<0.001$) para el estrés y ($p=0.003$) para la ansiedad en relación con la intensidad dolorosa y ($p<0.001$) tanto para el estrés como la ansiedad en relación con la limitación funcional (2). A. Dimitrijevic et. al. también relaciona la ansiedad y el estrés con la intensidad dolorosa y obtiene un resultado de ($p=0.003$) y de ($p<0.001$), respectivamente; finalmente, relaciona otra vez la ansiedad con el parámetro de apertura máxima y obtiene también diferencias significativas ($p=0.008$) (15). La publicación de N. Boscato et. al. se centra en la aparición de alguno de los síntomas del STM y obtiene resultados significativos relacionados con los niveles de ansiedad ($p<0.001$) (13). La publicación de H. Forssell et. al. obtiene resultados algo distintos, puesto que evalúa qué factores considera el paciente como más importantes para la aparición y exacerbación de los síntomas. Los pacientes dieron más importancia a los comportamientos orales en vías generales para la causa y exacerbación del STM, pero al realizar el mismo análisis en el grupo con mayor limitación funcional, este relacionó los factores estrés y ansiedad como los más importantes para el origen ($p=0.0125$) y el agravamiento ($p=0.0076$) de esta limitación y también los más importantes respecto a la causa ($p=0.0065$) y tratamiento ($p=0.0454$) del dolor (7). Otra posición es la de A. Yap et. al. que relacionan la escala PHQ-15 y la DASS indicando que a mayores resultados y

por tanto niveles de estrés y ansiedad, mayor severidad sintomática, siendo los valores ($p < 0.001$) tanto para la ansiedad como para el estrés (6).

Fisioterapia para el tratamiento del STM

La fisioterapia es uno de los posibles abordajes del STM. La terapia manual, el ejercicio terapéutico tanto en la consulta como en ejercicios en el domicilio, las manipulaciones cervicales, la fotobiomodulación, y la educación al paciente sobre la figura del fisioterapeuta, las recomendaciones sobre hábitos y parafunciones bucales fueron los tratamientos realizados en los artículos seleccionados (5,10,12). Realizando un análisis de los resultados obtenidos, observamos que en el estudio de F. Brochado et al. se observan reducciones significativas para los valores de dolor percibido obtenidos mediante la VAS ($p < 0.001$) para todos los grupos del estudio (terapia manual, fotobiomodulación y terapia combinada) y sin diferencias significativas entre los grupos. Además, se observan también mejoras significativas en el diagnóstico del STM mediante la escala RDC/TMD Axis I y Axis II pero otra vez sin diferencias estadísticamente significativas entre grupos, finalmente se llega a la conclusión de que la terapia combinada es efectiva pero no puede demostrar una eficacia mayor que la terapia manual o la fotobiomodulación por sí solas (12). En el estudio de B. Reynolds et. al. se analiza la eficacia del uso de manipulaciones cervicales en el tratamiento del STM frente a un grupo control al que se le realiza una manipulación placebo. Al contrario que en el de F. Brochado et. al., en este artículo no se encuentran diferencias significativas para los valores de apertura máxima y dolor percibido. Aun así, sí que se observan mejoras significativas en la función articular que se ven reflejados en los valores recogidos mediante la JFLS con ($p = 0,026$) siendo la aparición de mejoras en este aspecto más rápida en el grupo experimental. Además, se observan también diferencias significativas en la TSK/TMD que muestran una reducción del miedo al movimiento a favor del grupo intervención con ($p = 0.008$) (5). Por otro lado, el estudio de M. Garrigós-Pedron et. al., estudia el efecto del tratamiento fisioterápico en dos grupos diferenciados simplemente por la zona de tratamiento, un grupo de tratamiento cervical y otro de tratamiento cervical-orofacial. Esta publicación utiliza la CF-PDI para la evaluación del dolor y la capacidad funcional del paciente con STM, en la que se pueden observar diferencias estadísticamente significativas a favor del grupo de tratamiento cervical-orofacial en el 2º seguimiento realizado 12 semanas tras la intervención ($p = 0.042$). También se utiliza la escala VAS como medidor de resultado para el dolor y se pueden observar cambios

significativos en los valores de dolor percibido, una vez más a favor del grupo cervical-orofacial en el 2º seguimiento ($p=0.001$) (10). Finalmente, 2 de los artículos incluidos en este bloque temático no utilizan la fisioterapia como tratamiento de primera línea, limitándose así a una intervención fisioterápica coadyuvante. Se trata de los estudios de Oliveira et. al. y Domingue et. al. donde el tratamiento de elección es una férula oclusal (11,19). En el primero, se compara el tratamiento mediante ejercicio terapéutico solo al ejercicio terapéutico acompañado de una férula oclusal, dando como resultado una disminución de síntomas del STM mediante una mejora en el control motor, en especial la aceleración anteroposterior en el centro de presiones con ojos abiertos y cerrados (11). Por otro lado, el estudio de Domingue et. al., utiliza la aplicación de ultrasonidos y de estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS) a modo de tratamiento complementario que, mediante 10 sesiones, fueron suficientes para cambiar los síntomas del STM. Aun así, el hecho de restringir el tratamiento de fisioterapia a la aplicación de ultrasonidos y TENS puede presentar una gran limitación para el estudio puesto que solo se estaría evaluando el abordaje con electroterapia (19).

COVID-19 y STM

Finalmente, uno de los objetivos específicos de este trabajo de revisión, es el de analizar si la pandemia que azota la sociedad actual ha podido tener algún efecto sobre las personas que sufren de STM por la estrecha relación de sus síntomas con los factores psicosociales, relación que ya ha sido estudiada en el primer bloque temático de este apartado.

Para un correcto análisis de este objetivo, se han utilizado las publicaciones de D. Falla et. al. y A. Emodi et. al., quienes coinciden en que el estrés causado por la pandemia agravado la situación sintomática de los pacientes con STM (8,9). Para la evaluación del estrés causado por el SARS-COV2, D. Falla et. al. utiliza la escala CSS que para los valores de estrés evaluados, muestra una relación estadísticamente significativa con los niveles de dolor recogidos mediante la escala HADS ($p=0.002$) y la GCPS ($p=0.017$) para pacientes con STM crónico, relación que no se mantiene para pacientes con STM agudo o subagudo (8). De la misma manera, A. Emodi et. al. obtiene diferencias significativas en la aparición de más síntomas del STM, bruxismo diurno y nocturno, y de la agravación de sus síntomas tanto en la población israelí como en la polaca que incluye en su estudio siendo ($p<0.001$) en todos los casos.

El estudio de este objetivo se encuentra una gran limitación, puesto que tan sólo 2 de los resultados obtenidos mediante la estrategia de búsqueda tratan de la influencia de la pandemia sobre los síntomas en personas con STM o dolor orofacial.

Conclusión

Tras haber realizado una revisión de la literatura, se puede concluir que la sintomatología del STM está estrechamente relacionada con los niveles de estrés y ansiedad del individuo, aumentando de esta manera la sintomatología cuanto mayor sea el nivel de ansiedad o estrés que padezca el paciente. Por lo que estos niveles son factores importantes a tener en cuenta en el tratamiento. En cuanto a la pandemia causada por el virus COVID-19 como situación estresante, la evidencia parece mostrar una influencia del estrés causado por esta sobre los niveles de dolor y limitación funcional presentes en el STM. Aun así, no existe suficiente literatura para afirmar claramente que esto suceda, por lo que son necesarios nuevos estudios que centren su pregunta de investigación en los efectos de la pandemia sobre la población con STM. Finalmente, al haber analizado las publicaciones relacionadas con el tratamiento fisioterápico, se puede afirmar que la tendencia general de la evidencia es la de afirmar que la fisioterapia ha mostrado ser un tratamiento eficaz para el STM, siendo la terapia manual, la fotobiomodulación, el ejercicio y las manipulaciones cervicales las técnicas con más efectos para reducir el dolor y la limitación funcional. No obstante, ninguno de los artículos que se obtuvieron mediante la revisión de la literatura abordaban el estrés o la ansiedad que puede experimentar el paciente, y dada su estrecha relación con la sintomatología, es recomendable la realización de nuevos estudios que incluyan técnicas de manejo del estrés y la ansiedad para el abordaje fisioterápico del STM.

Bibliografia

1. Bartley J. Breathing and temporomandibular joint disease. *J Bodyw Mov Ther* [Internet]. 2011 Jul;15(3):291–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbmt.2010.06.002>
2. Su N, Lobbezoo F, van Wijk A, van der Heijden GJMG, Visscher CM. Associations of pain intensity and pain-related disability with psychological and socio-demographic factors in patients with temporomandibular disorders: a cross-sectional study at a specialised dental clinic. *J Oral Rehabil*. 2017 Mar 1;44(3):187–96.
3. Su N, Visscher C, van Wijk A, Lobbezoo F, van der Heijden G. A Prediction Model for Types of Treatment Indicated for Patients with Temporomandibular Disorders. *J Oral Facial Pain Headache* [Internet]. 2018 Jan;33(1):25–38. Available from: http://quintpub.com/journals/ofph/abstract.php?iss2_id=1587&article_id=18673
4. de Paiva Bertoli FM, Bruzamolín CD, de Almeida Kranz GO, Losso EM, Brancher JA, de Souza JF. Anxiety and malocclusion are associated with temporomandibular disorders in adolescents diagnosed by RDC/TMD. A cross-sectional study. *J Oral Rehabil*. 2017;45(10):747–55.
5. Reynolds B, Puentedura EJ, Kolber MJ, Cleland JA. Effectiveness of cervical spine high velocity low amplitude thrust added to behavioral education, soft tissue mobilization, and exercise in individuals with temporomandibular disorder (TMD) with myalgia: A randomized clinical trial. 2017;
6. Yap AU, Natu VP. Inter-relationships between pain-related temporomandibular disorders, somatic and psychological symptoms in Asian youths. *J Oral Rehabil*. 2020;47(9):1077–83.
7. Forssell H, Kotiranta U, Kauko T, Suvinen T. Explanatory Models of Illness and Treatment Goals in Temporomandibular Disorder Pain Patients Reporting Different Levels of Pain-Related Disability. *J Oral Facial Pain Headache* [Internet]. 2016 Jan;30(1):14–20. Available from: [http://quintpub.com/journals/ofph/abstract.php?iss2_id=1351&article_id=15946&article=3&title=Explanatory Models of Illness and Treatment Goals in Temporomandibular Disorder Pain Patients Reporting Different Levels of Pain-Related Disability#.VrItulKhwwg](http://quintpub.com/journals/ofph/abstract.php?iss2_id=1351&article_id=15946&article=3&title=Explanatory%20Models%20of%20Illness%20and%20Treatment%20Goals%20in%20Temporomandibular%20Disorder%20Pain%20Patients%20Reporting%20Different%20Levels%20of%20Pain-Related%20Disability#.VrItulKhwwg)
8. Falla D, Asquini G, Bianchi AE, Borromeo G, Locatelli M. The impact of Covid-

- 19-related distress on general health, oral behaviour, psychosocial features, disability and pain intensity in a cohort of Italian patients with temporomandibular disorders. *PLoS One* [Internet]. 2021;16(2 February):1–13. Available from: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0245999>
9. Emodi-Perlman A, Eli I, Smardz J, Uziel N, Wieckiewicz G, Gilon E, et al. Temporomandibular Disorders and Bruxism Outbreak as a Possible Factor of Orofacial Pain Worsening during the COVID-19 Pandemic-Concomitant Research in Two Countries. *J Clin Med* [Internet]. [cited 2021 May 20];2020:3250. Available from: www.mdpi.com/journal/jcm
 10. Garrigós-Pedró M, La Touche R, Navarro-Desentre P, Gracia-Naya M, Segura-Ortí E. Effects of a Physical Therapy Protocol in Patients with Chronic Migraine and Temporomandibular Disorders: A Randomized, Single-Blinded, Clinical Trial. *J Oral Facial Pain Headache* [Internet]. 2018 Apr;32(2):137–50. Available from: http://quintpub.com/journals/ofph/abstract.php?iss2_id=1526&article_id=18350
 11. Oliveira SSI, Pannuti CM, Paranhos KS, Tanganeli JPC, Laganá DC, Sesma N, et al. Effect of occlusal splint and therapeutic exercises on postural balance of patients with signs and symptoms of temporomandibular disorder. *Clin Exp Dent Res* [Internet]. 2019 Apr 12;5(2):109–15. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/cre2.136>
 12. Brochado FT, Jesus LH de, Carrard VC, Freddo AL, Chaves KD, Martins MD. Comparative effectiveness of photobiomodulation and manual therapy alone or combined in TMD patients: a randomized clinical trial. *Braz Oral Res*. 2018;32:e50.
 13. Boscato N, Almeida RC, Koller CD, Presta AA, Goettens ML. Influence of anxiety on temporomandibular disorders - an epidemiological survey with elders and adults in Southern Brazil. *J Oral Rehabil* [Internet]. 2013 Sep;40(9):643–9. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/joor.12076>
 14. Badel T. Orofacial pain – diagnostic and therapeutic challenges. *Acta Clin Croat* [Internet]. 2019; Available from: https://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=327121
 15. Dimitrijevic Carlsson A, Wahlund K, Kindgren E, Skogh T, Starkhammar Johansson C, Alstergren P. Orofacial pain in juvenile idiopathic arthritis is associated with stress as well as psychosocial and functional limitations. *Pediatr*

- Rheumatol [Internet]. 2019 Dec 19;17(1):83. Available from: <https://ped-rheum.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12969-019-0385-7>
16. Chung J, Lobbezoo F, van Selms MKA, Chattratjai T, Aarab G, Mitirattanakul S. Physical, psychological and socio-demographic predictors related to patients' self-belief of their temporomandibular disorders' aetiology. *J Oral Rehabil*. 2021;48(2):109–23.
 17. GUARDA-NARDINI L, PAVAN C, ARVEDA N, FERRONATO G, MANFREDINI D. Psychometric features of temporomandibular disorders patients in relation to pain diffusion, location, intensity and duration. *J Oral Rehabil* [Internet]. 2012 Oct;39(10):737–43. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2842.2012.02320.x>
 18. Jasim H, Louca S, Christidis N, Ernberg M. Salivary cortisol and psychological factors in women with chronic and acute oro-facial pain. *J Oral Rehabil* [Internet]. 2014 Feb;41(2):122–32. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/joor.12118>
 19. Domíngue L, Arellano G, Alcocer L, Franco R DJ. Síndrome miofascial de origen en la articulación temporomandibular (Síndrome de Costen): estudio de 2,500 casos. *Myofascial Syndr due to temporomandibular Jt Dysfunct (Costen Syndr Study 2500 cases* [Internet]. 2018;19(61):1630–7. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ddh&AN=136819400&lang=es&site=ehost-live>
 20. Poluha RL, De la Torre Canales G, Bonjardim LR, Conti PCR. Somatosensory and psychosocial profile of patients with painful temporomandibular joint clicking. *J Oral Rehabil* [Internet]. 2020 Nov 5;47(11):1346–57. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/joor.13081>

ANEXO I: Estrategia de búsqueda bibliográfica.

Estrategia de búsqueda bibliográfica			
Pregunta de Investigación	¿Mejora los síntomas del síndrome temporomandibular el abordaje desde la fisioterapia en personas sometidas a situaciones de estrés?		
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> - General: Describir los beneficios del abordaje fisioterápico en personas con síndrome temporomandibular expuestas a situaciones de estrés. - Específico 1: Analizar cómo contribuye la pandemia del Covid-19 al dolor temporomandibular como situación estresante. - Específico 2: Averiguar qué terapias aplicables por el fisioterapeuta son más eficaces según la evidencia científica actual. 		
Palabras Clave	Fisioterapia/physiotherapy		
Descriptores	Los descriptores se presentarán en Castellano e Inglés para su uso en las bases de datos traducidos al lenguaje documental a partir de las palabras clave generadas en DESC		
		Castellano	Inglés
	Raíz	-Síndrome de la Disfunción de Articulación Temporomandibular -Trastornos de la Articulación Temporomandibular -Fisioterapia -Rehabilitación -Ansiedad -Estrés psicológico	-Temporomandibular Joint Dysfunction Syndrome -Temporomandibular Joint Disorders -Physical Therapy Specialty -Rehabilitation -Anxiety -Stress, Psychological
	Secundario(s)	-Infecciones por Coronavirus -Pandemias	-Coronavirus Infections -Pandemics
	Marginal(s)		
Booleanos	Especificar los tres niveles de combinación con booleanos		
	1er Nivel	((Temporomandibular Joint Dysfunction Syndrome) OR (Temporomandibular Joint Disorders)) AND ((Physical Therapy Speciality) OR (Rehabilitation)) AND ((Anxiety) OR (Stress, Psychological))	
	2do Nivel	((Temporomandibular Joint Dysfunction Syndrome) OR (Temporomandibular Joint Disorders)) AND ((Physical Therapy Speciality) OR (Rehabilitation)) AND ((Anxiety) OR (Stress, Psychological) OR (Coronavirus infections) OR (Pandemics))	
	3er Nivel		
Área de Conocimiento	Ciencias de la salud, fisioterapia, dolor orofacial		

Selección de Bases de Datos	Metabuscadores EBSCOhost <input type="checkbox"/> BVS <input type="checkbox"/> OVID <input type="checkbox"/> CSIC <input type="checkbox"/> Otras <input type="checkbox"/>	Bases de Datos Específicas Pubmed <input type="checkbox"/> Embase <input type="checkbox"/> IME <input type="checkbox"/> Ibecs <input type="checkbox"/> Psyinfo <input type="checkbox"/> LILACS <input type="checkbox"/> Cuiden <input type="checkbox"/> CINHALL <input type="checkbox"/> Web of Knowledge <input type="checkbox"/> Otras (especificar) <input type="checkbox"/>	Bases de Datos Revisiones Cochrane <input type="checkbox"/> Excelencia Clínica <input type="checkbox"/> PEDro <input type="checkbox"/> JBI <input type="checkbox"/> Otras (especificar) <input type="checkbox"/>
Años de Publicación	2011-2021		
Idiomas	Inglés y español		
Otros Límites	1.		
	2.		
	3.		
Resultados de la Búsqueda			
Metabuscador	EBSCOhost		
Combinaciones	1er Nivel	((Temporomandibular Joint Dysfunction Syndrome) OR (Temporomandibular Joint Disorders)) AND ((Rehabilitation) OR (Physiotherapy)) AND ((Anxiety) OR (Stress, Psychological))	3er Nivel
	2do Nivel	((Temporomandibular Joint Dysfunction Syndrome) OR (Temporomandibular Joint Disorders)) AND ((Rehabilitation) OR (Physiotherapy)) AND ((Anxiety) OR (Stress, Psychological) OR (coronavirus infections) OR (Pandemics))	Otros
Límites introducidos	Estudios publicados los últimos 10 años, estudios escritos en inglés o español.		
Resultados	1er Nivel	Nº 50->48	Resultado final
	2do Nivel	Nº 50->48	14

	3er Nivel	Nº	Criterios de Exclusión	
	Otros	Nº	Sin interés para mi tema de investigación	33
			Son revisiones sistemáticas	1
			Dificultades para la obtención de fuentes primarias	0
Base de Datos Específica 1	Pubmed			
Combinaciones	1er Nivel	((("Temporomandibular Joint Disorders"[Mesh]) OR ("Temporomandibular Joint Dysfunction Syndrome"[Mesh])) AND ((("Rehabilitation"[Mesh]) OR (Physiotherapy))) AND ((("Stress, Psychological"[Mesh]) OR ("Anxiety"[Mesh]))))	3er Nivel	
	2do Nivel	((("Temporomandibular Joint Disorders"[Mesh]) OR ("Temporomandibular Joint Dysfunction Syndrome"[Mesh])) AND ((("Rehabilitation"[Mesh]) OR (Physiotherapy))) AND ((("Stress, Psychological"[Mesh]) OR ("Anxiety"[Mesh]) OR ("Coronavirus Infections"[Mesh]) OR ("COVID-19"[Mesh]) OR ("Pandemics"[Mesh]))))	Otros	
Límites introducidos	Estudios publicados los últimos 10 años, estudios escritos en inglés o español.			
Resultados	1er Nivel	Nº 14	Resultado final	
	2do Nivel	Nº 15	3	
	3er Nivel	Nº	Criterios de Exclusión	
	Otros	Nº	Sin interés para mi tema de investigación	12
			Déficit de calidad del estudio	0
			Son revisiones sistemáticas	0
Base de Datos Específica 2	Al no encontrar mucha información sobre el tratamiento fisioterápico del síndrome temporomandibular, se realizó una nueva búsqueda en Pubmed con el fin de encontrar evidencia que respalde el tratamiento desde la fisioterapia.			
Combinaciones	1er Nivel	((("Temporomandibular Joint Disorders"[Mesh]) OR ("Temporomandibular Joint Dysfunction Syndrome"[Mesh])) AND ((("Rehabilitation"[Mesh]) OR ("Physical Therapy Specialty"[Mesh]))))	3er Nivel	
	2do Nivel		Otros	

Límites introducidos	Publicaciones de los últimos 5 años.			
Resultados	1er Nivel	Nº 23	Resultado final	
	2do Nivel	Nº	2	
	3er Nivel	Nº	Criterios de Exclusión	
	Otros	Nº	Sin interés para mi tema de investigación	21
			Déficit de calidad del estudio	0
		Dificultades para la obtención de fuentes primarias	0	
Base de Datos de Revisión 1	PEDro			
Combinaciones	1er Nivel	“Temporomandibular joint disorder”	3er Nivel	
	2do Nivel		Otros	
Límites introducidos	Artículos publicados en los últimos 10 años			
Resultados	1er Nivel	Nº 8	Resultado final	
	2do Nivel	Nº	1	
	3er Nivel	Nº	Criterios de Exclusión	
	Otros	Nº	Sin interés para mi tema de investigación	0
			Déficit de calidad del estudio	3
		Son revisiones sistemáticas	4	
Obtención de la Fuente Primaria				
Directamente de la base de datos			20	
Préstamo Interbibliotecario			0	
Biblioteca digital de la UIB			0	
Biblioteca física de la UIB			0	
Otros (especificar)			0	

ANEXO II: Escala PEDro para la evaluación de la calidad metodológica de los Ensayos Clínicos Aleatorizados.

Ítems Escala PEDro	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	TOTAL
F. Brochado et. al.	SÍ	SÍ	NO	SÍ	NO	NO	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	8
B. Reynolds et. al.	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NO	NO	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	9
M. Garrigós-Pedron et. al.	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NO	SÍ	SÍ	NO	SÍ	SÍ	9
S. Oliveira et. al.	SÍ	SÍ	NO	NO	NO	NO	SÍ	SÍ	NO	SÍ	NO	5

1 = Los criterios de elección fueron especificados ; 2 = Los sujetos fueron asignados al azar a los grupos; 3 = La asignación fue oculta; 4 = Los grupos fueron similares al inicio en relación a los indicadores de pronóstico más importantes; 5 = Todos los sujetos fueron cegados; 6 = Todos los terapeutas que administraron la terapia fueron cegados; 7 = Todos los evaluadores que midieron al menos un resultado fueron cegados; 8 = Las medidas de al menos uno de los resultados clave fueron obtenidas de más del 85% de los sujetos asignados en los grupos; 9 = Se presentaron resultados de todos los sujetos que recibieron tratamiento o fueron asignados al grupo control; 10 = Los resultados de comparaciones estadísticas entre grupos fueron informados para al menos un resultado clave; 11 = El estudio proporciona medidas puntuales y de variabilidad para al menos un resultado clave.

ANEXO III: Escala STORBE para la evaluación de la calidad metodológica de los estudios observacionales.

	Item No	Recommendation
Title and abstract	1	(a) Indicate the study's design with a commonly used term in the title or the abstract (b) Provide in the abstract an informative and balanced summary of what was done and what was found
Introduction		
Background/rationale	2	Explain the scientific background and rationale for the investigation being reported
Objectives	3	State specific objectives, including any prespecified hypotheses
Methods		
Study design	4	Present key elements of study design early in the paper
Setting	5	Describe the setting, locations, and relevant dates, including periods of recruitment, exposure, follow-up, and data collection
Participants	6	(a) <i>Cohort study</i> —Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants. Describe methods of follow-up <i>Case-control study</i> —Give the eligibility criteria, and the sources and methods of case ascertainment and control selection. Give the rationale for the choice of cases and controls <i>Cross-sectional study</i> —Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants (b) <i>Cohort study</i> —For matched studies, give matching criteria and number of exposed and unexposed <i>Case-control study</i> —For matched studies, give matching criteria and the number of controls per case
Variables	7	Clearly define all outcomes, exposures, predictors, potential confounders, and effect modifiers. Give diagnostic criteria, if applicable
Data sources/ measurement	8*	For each variable of interest, give sources of data and details of methods of assessment (measurement). Describe comparability of assessment methods if there is more than one group
Bias	9	Describe any efforts to address potential sources of bias
Study size	10	Explain how the study size was arrived at
Quantitative variables	11	Explain how quantitative variables were handled in the analyses. If applicable, describe which groupings were chosen and why
Statistical methods	12	(a) Describe all statistical methods, including those used to control for confounding (b) Describe any methods used to examine subgroups and interactions (c) Explain how missing data were addressed (d) <i>Cohort study</i> —If applicable, explain how loss to follow-up was addressed <i>Case-control study</i> —If applicable, explain how matching of cases and controls was addressed <i>Cross-sectional study</i> —If applicable, describe analytical methods taking account of sampling strategy (e) Describe any sensitivity analyses
Results		
Participants	13*	(a) Report numbers of individuals at each stage of study—eg numbers potentially eligible, examined for eligibility, confirmed eligible, included in the study, completing follow-up, and analysed (b) Give reasons for non-participation at each stage (c) Consider use of a flow diagram

zDescriptive data		(a) Give characteristics of study participants (eg demographic, clinical, social) and information on exposures and potential confounders (b) Indicate number of participants with missing data for each variable of interest (c) <i>Cohort study</i> —Summarise follow-up time (eg, average and total amount)
Outcome data	15*	<i>Cohort study</i> —Report numbers of outcome events or summary measures over time <i>Case-control study</i> —Report numbers in each exposure category, or summary measures of exposure <i>Cross-sectional study</i> —Report numbers of outcome events or summary measures
Main results	16	(a) Give unadjusted estimates and, if applicable, confounder-adjusted estimates and their precision (eg, 95% confidence interval). Make clear which confounders were adjusted for and why they were included (b) Report category boundaries when continuous variables were categorized (c) If relevant, consider translating estimates of relative risk into absolute risk for a meaningful time period
Other analyses	17	Report other analyses done—eg analyses of subgroups and interactions, and sensitivity analyses
Discussion		
Key results	18	Summarise key results with reference to study objectives
Limitations	19	Discuss limitations of the study, taking into account sources of potential bias or imprecision. Discuss both direction and magnitude of any potential bias
Interpretation	20	Give a cautious overall interpretation of results considering objectives, limitations, multiplicity of analyses, results from similar studies, and other relevant evidence
Generalisability	21	Discuss the generalisability (external validity) of the study results
Other information		
Funding	22	Give the source of funding and the role of the funders for the present study and, if applicable, for the original study on which the present article is based

*Give information separately for cases and controls in case-control studies and, if applicable, for exposed and unexposed groups in cohort and cross-sectional studies.

Note: An Explanation and Elaboration article discusses each checklist item and gives methodological background and published examples of transparent reporting. The STROBE checklist is best used in conjunction with this article (freely available on the Web sites of PLoS Medicine at <http://www.plosmedicine.org/>, Annals of Internal Medicine at <http://www.annals.org/>, and Epidemiology at <http://www.epidem.com/>). Information on the STROBE Initiative is available at www.strobe-statement.org.

ÍTEMS ESCALA STROBE	1		2	3	4	5	6		7	8	9	10	11	12					13			14			15	16			17	18	19	20	21	22	TOTAL:			
	a	b					a	b						a	b	c	d	e	a	b	c	a	b	c		a	b	c						n/22				
N. SU ET. AL. 2018	X	✓	✓	X	✓	✓	✓	N	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	X	X	✓	✓	N	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	18,5
F. DE PAVIA ET. AL.	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	N	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	X	X	X	X	X	N	✓	X	X	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	17,8
D. FALLA ET. AL.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	X	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	20,4
N. SU ET. AL. 2017	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	N	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	X	X	✓	✓	N	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	18,66
A. EMODI ET. AL.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	N	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	X	X	X	✓	X	N	✓	✓	✓	X	✓	✓	X	✓	✓	X	✓	✓	✓	17
H. FORSELL ET. AL.	X	✓	✓	X	✓	✓	✓	N	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	X	X	X	✓	X	N	✓	X	X	X	✓	✓	X	X	✓	✓	✓	✓	✓	15,8
N. BOSCATO ET. AL.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	N	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	X	X	✓	✓	N	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	18,66
A. YAP ET. AL.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	N	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	X	X	X	✓	X	N	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	20,3
B. TOMISLAV ET. AL.	X	✓	✓	X	✓	✓	✓	N	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	N	✓	✓	✓	X	✓	✓	X	X	✓	✓	✓	✓	✓	17,16
A. DIMITRIJEVIC ET. AL.	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	X	X	✓	✓	N	✓	X	✓	X	✓	✓	X	X	X	✓	✓	✓	✓	15,9
J. CHUNG ET. AL.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	N	✓	X	X	✓	X	✓	✓	✓	X	✓	✓	X	X	✓	X	N	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	X	✓	15,3
L. GUARDANORDINI ET. AL.	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓	N	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	X	X	X	✓	X	N	✓	✓	✓	X	✓	✓	X	X	X	✓	✓	✓	✓	14,46
H. JASIM ET. AL.	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	X	X	✓	X	N	✓	X	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	17,3
LG. DOMINGUEZ ET. AL.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	X	✓	X	X	X	X	✓	✓	X	X	X	✓	X	N	✓	X	X	X	✓	✓	X	X	X	✓	✓	✓	✓	11,7
R. POLUHA ET. AL.	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓	N	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	X	X	X	✓	X	N	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	17,46

ANEXO IV: Tabla bibliométrica PICO

Autor, año	Diseño	Muestra	Inclusión*	Exclusión*	G.Exp		G.Cont	Seguimiento	Variables	Resultados
Su, Naichuan Visscher, Corine van Wijk, Arjen Lobbezoo, Frank van der Heijden, Geert 2018	Estudio transversal	N=356	Dolor orofacial y/o alteraciones funcionales, 18 años o más, diagnóstico de STM basado en TMD (DC/TMD).	No especifica	NT: Pacient es que no habían recibid o tratami ento	PTO: pacient es que habían recibid o tratami ento fisioter ápico y/o mediant e férula	CPPT: Pacient es que habían recibid o tratami ento combia do físico y psicoló gico	Se realiza una sola medición sin seguimiento.	DC/TMD para el diagnóstic o del STM y la cronicidad de este TMD pain screener para determinar situaciones relacionadas con el dolor temporomandibul ar los últimos 30 días GCPS evaluar la intensidad dolorosa y la discapacidad funcional relacionada con el dolor	Tanto el tratamiento mediante fisioterapia o férula como el tratamiento combinado, cuando se comparan con el no tratamiento muestran resultados significativos en la disminución de síntomas a favor de los grupos experimentales.

									OBC para determinar la consciencia del paciente sobre las parafunciones orales	
									GAD-7 para la evaluación psicosocial	
de Paiva Bertoli, Fernanda Mara Bruzamolin, Carolina Dea de Almeida Kranz, Graciely Osternack Losso, Estela Maris Brancher, Joao Armando de Souza, Juliana Feltrin 2017	Estudio transversal	N=934	Adolescentes de entre 10 y 14 años de la ciudad de Curitiba -PR, Brazil.	Personas con dolor de origen odontogénico , ortodoncias, férulas oclusales, prótesis dentales, anomalías faciales o dentales graves, destrucción coronaria extendida, trastornos sistémicos con problmas	No procede		Se realiza una sola medición sin seguimiento	STAI para la medición de la ansiedad AAOP para el cribado de STM RDC/TMD para el diagnóstico del STM	La ansiedad se ve relacionada con los síntomas del STM, con el dolor miofascial y con el desplazamiento del disco con reducción.	

				cognitivos o de comportamiento, trastornos del habla, aquellos que estaban en tratamiento mediante AINEs o aquellos que se negaron a participar en el estudio.				
Falla, Deborah Asquini, Giacomo Bianchi, Andrea Edoardo Borromeo, Giulia Locatelli, Matteo 2021	Estudio de cohortes prospectivo	N=73	Adultos mayores de 18 años con uno o más diagnósticos de STM según la DC/TMD que no hubieran recibido tratamiento en los últimos seis meses y que fueran capaces de hablar,	STM asociado a artritis inflamatoria o reumatoide o mostraran condiciones físicas o psíquicas que pudieran afectar a los resultados.	No procede	El punto de partida del estudio se sitúa antes de la expansión del brote del SARS-COV2 y se realizó un seguimiento tras la disminución de las restricciones del	VAS-QoL para la salud relacionada con la calidad de vida Un cuestionario de 11 puntos fue utilizado para evaluar la calidad del sueño HADS para evaluar la depresión	CSS: dif no significativa en relación al STM agudo o subagudo. Dif significativa en relación a STM crónico, se relaciona con la escala HADS (p=0.002) y con

			entender y escribir italiano.			confinamiento en Italia	CSQ-27 para evaluar las estrategias del paciente para el manejo del dolor RDC-TMD para el diagnóstico del STM, además de evaluar las características del dolor y su intensidad y los comportamientos orales del paciente CSS para evaluar el estrés relacionado con el COVID-19	la GCPS (p=0.017)
Su, N. Lobbezoo, F. van Wijk, A. van der Heijden, G. J. M. G. Visscher, C. M.	Estudio transversal	N=320	Pacientes de al menos 18 años, diagnosticados de STM de acuerdo con la (DC/TMD)	No especifica	No procede	Se realiza una sola medición sin seguimiento	Discapacidad relacionada con el dolor mediante los puntos de discapacidad.	Intensidad dolorosa alta está relacionada con el estrés (p<0.001) y con la ansiedad (p=0.003)

2017								<p>Ansiedad mediante la GAD-7</p> <p>Somatización mediante la PHQ-15</p> <p>Depresión mediante la PHQ-9</p> <p>El estrés psicológico mediante la encuesta de 7 ítems de Meulen et. al.</p> <p>Evaluación del sueño mediante la ESS</p> <p>Optimismo mediante la LOT-R</p>	<p>La limitación funcional también se relaciona con estrés ($p < 0.001$) y ansiedad ($p < 0.001$)</p>
Bartley, Jim 2011	Revisión bibliográfica	No procede	No procede						

<p>Brochado, Fernanda Thomé Jesus, Luciano Henrique de Carrard, Vinicius Coelho Freddo, Angelo Luiz Chaves, Karen Dantur Martins, Manoela Domingues 2018</p>	<p>Ensayo clínico aleatorizado</p>	<p>N=54</p>	<p>Pacientes de al menos 21 años, diagnosticados de STM mediante la "RCD/TMD Axis I", con dolor en la ATM y apertura limitada.</p>	<p>Uso de relajantes musculares y AINEs, pacientes en tratamientos dentales que pudieran afectar a la ATM y pacientes con enfermedades reumáticas.</p>	<p>Grupo fotobiomodulación: Aplicación de un láser GaAlAs.</p> <ul style="list-style-type: none"> • amplitud de onda 808nm • puntos de 0.03cm² • 100mW • Irradiación 3.33W/cm² • Exposición radiante 133J/cm² • 40s por punto • 4j totales en punto <p>Se aplicó durante 4 semanas 3 veces por semana. 5 puntos en la ATM, 3 en la zona temporal, 3 en masetero y 1 en inserción del pterigoideo medial.</p> <p>Grupo de terapia manual: 4 semanas, 3 veces por semana, sesión de terapia manual realizada por un fisioterapeuta sobre la musculatura temporomandibular de una duración de 21 minutos.</p>	<p>Se realizó un seguimiento de 90 días.</p>	<p>Dolor mediante VAS (EVA) Diagnóstico del STM mediante la RCD/TMD (Axis I y II) Ansiedad mediante el BAI</p>	<p>Disminución significativa de la VAS para todos los grupos (p<0.001)</p> <p>No dif significativas entre grupos</p>
--	------------------------------------	-------------	--	--	--	--	--	---

					Grupo de terapia combinada: Unión de los dos tratamientos durante 4 semanas 3 veces a la semana.				
Reynolds, Breanna Puentedura, Emilio J. Kolber, Morey J. Cleland, Joshua A. 2017	Ensayo clínico aleatorizado	N=50	Personas que padecían sintomatología del STM (confirmado por la herramienta de detección de STM), un valor de 2 o más en la clasificación numérica del dolor "NPRS" en la mandíbula al inicio del estudio, apertura de la boca ≤ 50 mm, un rango de edad de entre los 18 y los 65 años, que	Presencia de banderas rojas, enfermedad sistémica o neurológica (2 o más signos de afectación de la raíz nerviosa cervical a través de pruebas sensoriales / motoras / reflejas), afectación del sistema nervioso central (reflejos patológicos positivos),	Grupo HVLAT: HEP Liberación suboccipital para facilitar la toma de contacto cervical, educación al paciente sobre la figura del fisioterapeuta y recomendaciones sobre la correcta posición relajada de la ATM, consciencia sobre las parafuncione	Grupo placebo: La intervención de este grupo fue exactamente igual a la del grupo HVLAT a excepción de la realización de una manipulación a modo de placebo donde se llevó los tejidos a la posición de máxima tensión, se mantuvo	Seguimiento la 1 ^a , 2 ^a y 4 ^a semana	ROM activo, dolor mandibular mediante NPRS, kinesiofobia mediante la TSK-TMD, la limitación funcional de la ATM mediante la JFLS, y la percepción de cambio del paciente mediante la GROC Como medidores de resultados secundarios se utilizaron la PASS, TMD disability	No diferencias significativas entre grupos para los valores de apertura máxima o dolor. Mejoras significativas en la JFLS (p=0.026) a favor del grupo HVLAT siendo la aparición de mejoras más rápida. Diferencias significativas en la TSK/TMD (p=0.008) a favor del grupo HVLAT.

			<p>hablaran inglés y que tuvieran disponibilidad para asistir a 4 citas durante 4 semanas.</p>	<p>inicio traumático de síntomas durante el año anterior, antecedentes de latigazo cervical en las últimas 6 semanas, cirugía de cuello previa, manipulación cervical de alta velocidad en los últimos 3 meses, compensación laboral, juicio pendiente con respecto a su dolor o lesión, o contraindicaciones para la realización de la manipulación</p>	<p>s linguales y para unos buenos hábitos saludables (alimentación estrés, sueño)</p> <p>HVLAT en decúbto supino, se realizaron un máximo de 2 intentos realizándose el 2º sólo en caso de no producirse cavitación en el 1º.</p>	<p>durante 15 segundos y se volvió a la posición inicial sin realizar la técnica de alta velocidad.</p>		<p>index, NPRS para dolor de cuello y cefaleas, el Neck disability index y el ROM cervical</p>	
--	--	--	--	--	---	---	--	--	--

				a alta velocidad y baja amplitud (cáncer activo, fractura, osteoporosis, inestabilidad de los ligamentos, enfermedad del tejido conectivo, signos de los nervios craneales, inflamación o infección activa, signos de insuficiencia arterial, accidente cerebrovascul ar previo / ataque isquémico transitorio o hipertensión no					
--	--	--	--	---	--	--	--	--	--

				controlada, diabetes o hiperlipidemia).					
Garrigós-Pedrón, Miriam La Touche, Roy Navarro-Desentre, Pablo Gracia-Naya, Manuel Segura-Ortí, Eva 2018	Ensayo clínico aleatorizado	N=45	Diagnóstico de migraña crónica, pacientes en un rango de edad de 18 a 65 años y la presencia de STM miofascial según la RCD/TMD	STM causado por un desplazamiento del disco, osteoartritis, o artritis inflamatoria de la ATM, otras enfermedades crónicas, otras cefaleas, enfermedades neurológicas, o problemas dentales; desordenes cognitivos, conductuales o psicológicos; cirugías o traumas previos de la región	Grupo orofacial y cervical: 6 sesiones de 30 minutos repartidas en 3 o 6 semanas, el tratamiento incluyó ejercicio terapéutico realizado durante la sesión y HEP, además de terapia manual. El grupo experimental recibió tratamiento en la región temporomandibular además de en la	Grupo cervical: El tratamiento del grupo control fue igual que el del grupo experimental pero limitándose a la región cervical.	Se realizó un seguimiento a las 6 y a las 12 semanas	<p>Medidores de resultado primarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • CF-PDI para medir la falta de función relacionada con el dolor • HIT-6 para la evaluación del dolor de cabeza y su impacto en la vida del paciente <p>Medidores de resultado secundarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • TSK-11 miedo a 	<p>Diferencias significativas para la CF-PDI siendo la diferencia entre grupos en el segundo seguimiento (p=0.042)</p> <p>Diferencia en el dolor percibido relacionado con la escala VAS siendo la diferencia entre grupos en el 2º seguimiento (p=0.001)</p> <p>No diferencia en los valores para la TSK-11</p>

				orofacial y tratamientos fisioterápicos u ortodoncias en los últimos 6 meses.	región cervical.			<ul style="list-style-type: none"> • una nueva lesión • VAS para el dolor percibido • PPTs puntos dolorosos 	
Emodi-Perlman, Alona Eli, Ilana Smardz, Joanna Uziel, Nir Wieckiewicz, Gniewko Gilon, Efrat Grychowska, Natalia Wieckiewicz, Mieszko 2020	Estudio transversal	N=1963 (Total) N=867 (Israel) N=1096 (Polonia)	No especifica	No especifica	No procede		Israel: Del 16 de abril al 20 de mayo de 2020 Polonia: Del 29 de abril al 3 de mayo de 2020	PHQ-4 para ansiedad y depresión 3Q-TMD (DC/TMD) para el diagnóstico del STM	Diferencia significativa en aparición de síntomas del STM, aparición de bruxismo diurno y nocturno, y de la agravación de estos síntomas tanto en la población Israelí como en la polaca siendo todos los valores ($p < 0.05$)
Forssell, Heli Kotiranta, Ulla Kauko, Tommi Suvinen, Tuija 2016	Estudio transversal	N=399	Pacientes diagnosticados de STM mediante la RDC/TMD	No especifica	Grupo con limitación funcional importante (puntuación 3-6/6 en limitación) Grupo con leve limitación		Se realizó una sola medición	RDC/TMD para el diagnóstico del STM y GCPS para la determinación de su cronicidad	Opinión general pacientes: los comportamientos orales eran más importantes que

					(puntuación de 1-2/6 en limitación) Grupo sin limitación funcional (sin puntuación en limitación funcional)				la ansiedad o el estrés. Los que constaban de más limitación funcional destacaron ansiedad y estrés más importantes para la limitación funcional que los factores físicos para la causa (p=0.0125) y la exacerbación (p=0.0076). Para el dolor también consideraron más importantes ansiedad y estrés en la causa de dolor (p=0.0065) y el tratamiento (p=0.0454)
Oliveira, Simone S. I.	Ensayo clínico aleatorizado	N=70	STM diagnosticado mediante	Osteoartritis u osteoartrosis	Uso de férula oclusal y	Ejercicio terapéutico	Reevaluación a las 12 semanas	Valoración del STM mediante la RCD/TMD y	Beneficio adicional al sumar el uso de una

<p>Pannuti, Claudio M. Paranhos, Klenise S. Tanganeli, João P. C. Laganá, Dalva C. Sesma, Newton Duarte, Marcos Frigerio, Maria Luíza M. A. Cho, Sang-Chon 2019</p>			<p>RCD/TMD o MRI para diagnóstico relacionado com la articulación</p>	<p>diagnosticado por MRI con una o más de las siguientes condiciones: erosión del hueso cortical, esclerosis del cóndilo o de la eminencia articular, aplanamiento de la superficie articular o presencia de osteofitos. También se excluyó a aquellos participantes que tomaran medicación que pudiera afectar al equilibrio, que presentaran discapacidad</p>	<p>ejercicio terapéutico</p>			<p>COP para el control corporal.</p>	<p>férula oclusal al ejercicio terapéutico, mejorando el control motor en especial de la aceleración AP en el centro de presiones con los ojos abiertos y cerrados.</p>
---	--	--	---	---	------------------------------	--	--	--------------------------------------	---

				visual, que sufrieran de enfermedades neurológicas, que padecieran laberintitis, con historial de cirugías en la ATM o que estuvieran embarazadas.				
Boscato, N Almeida, R C Koller, C D Presta, A A Goettems, M L 2013	Estudio transversal	N=568 338 adultos 230 ancianos	Población que respondió a la encuesta	No se pudo contactar con ellos tras tres intentos de visita	No procede	Se realizó una sola medición sin seguimiento	Ansiedad mediante la HADS Evaluación clínica de los síntomas del STM	relación estadísticamente significativa entre la ansiedad y la aparición del STM en alguno de sus síntomas (p<0.001)
Yap, Adrian Ujin Natu, Vaishali Prakash 2020	Estudio transversal	N=629	Participación voluntaria	Lesión traumática orofacial o procesos quirúrgicos en las últimas 2 semanas	No procede	Se realizó una sola medición sin seguimiento	RDC/TMD para el diagnóstico de STM PHQ-15 para la somatización DASS-21 para la evaluación de	Relación entre la PHQ-15 y la DASS-21 con ansiedad (p<0.001) y estrés (p<0.001) con mayores resultados indicando

							estados de ánimo negativos	severidad sintomática	
Badel, Tomislav 2019	Estudio transversal	N=557	Para luxación del disco: dolor o chasqueo o historial de chasqueo y limitación de la apertura bucal Para osteoartritis: dolor y crepitación con o sin limitación de la apertura	No se especifica	Se definen a posterior varios grupos según sus condiciones: <ul style="list-style-type: none"> • Desplazamiento del disco • Osteoartritis • Subluxación • Enfermedades reumáticas • Dolor miofascial • Neuralgia del trigémino • Patología maxilofacial 		Se realizó una sola medición sin seguimiento	VAS para el dolor percibido STAI para la ansiedad RDC/TMD y MRI para el diagnóstico del STM	Relación estadísticamente significativa con la STAI 1 y dolor sufrido en el pasado y dolor en la VAS, también significativa para la STAI 2 y dolor pasado y dolor en VAS siendo (p<0.001) para las 4
Dimitrijevic Carlsson, Alexandra Wahlund, Kerstin Kindgren, Erik Skogh, Thomas Starkhammar Johansson, Carin	Casos y controles transversal	N=45	Diagnóstico de artritis idiopática juvenil	Diabetes, enfermedad intestinal inflamatoria, otras enfermedades crónicas o desordenes psicológicos	Individuos con STM asociado a artritis idiopática juvenil	Individuos sanos	Se realizó una sola medición sin seguimiento	DC/TMD para el diagnóstico del STM GCPS para la cronicidad del STM JFLS-8 para la disfunción de la ATM	Relación entre la ansiedad y la intensidad dolorosa del STM (p=0.003) y la apertura máxima (p=0.008). Relación de la intensidad dolorosa del STM

Alstergren, Per 2019								PHQ-4 para la depresión y la ansiedad PSS-10 para el estrés percibido PCS para el catastrofismo	con el estrés (p<0.001).
Chung, Joey Lobbezoo, Frank van Selms, Maurits K.A. Chatratrai, Thiprawee Aarab, Ghizlane Mitrirattanaku l, Somsak 2021	Estudio retrospectivo	N=623	Diagnóstico de STM mediante la DC/TMD mayores de 18 años	Historias clínicas incompletas y pacientes con creencias etiológicas que no pudieron ser clasificadas	No procede		Se trata de un estudio retrospectivo	Predictores físicos y psicológicos Predictores sociodemográficos	Univariate analysis: Relación moderada entre el estrés emocional y el TMD dysfunction score (P=0.058) bruxismo diurno (p=0.008) y nocturno (p=0.033). Multiple logistic regresión análisis: Relación del estrés emocional con el TMD

									dysfunction score (p=0.013) bruxismo diurno (p=0.011) y edad de 18 a 43 años (p=0.043)
GUARDANARDINI, L. PAVAN, C. ARVEDA, N. FERRONATO, G. MANFREDINI, D. 2012	Estudio transversal	N=110	Diagnóstico de STM según la RDC/TMD	No especifica	No procede		Se realizó una única valoración sin seguimiento	RDC/TMD para el diagnóstico del STM HDRS, HARS y SCL-90-R para la evaluación de síntomas psicosociales	Mejor relación de la media del dolor difuso que del localizado obteniendo relación significativa con la HARS (p<0.001), la intensidad del dolor medida en VAS también valores significativos con HARS (p<0.001).
Jasim, H Louca, S Christidis, N Ernberg, M 2014	Casos y controles	N=78	Dolor crónico: Diagnóstico de STM mediante RDC/TMD de	Dolor generalizado, enfermedad inflamatoria sistémica, dolor neuropático, presencia de	Personas con dolor orofacial crónico n=27 Personas con dolor	Personas sanas o que acuden a la consulta por otros motivos distintos al dolor n=27	Se realizó una sola valoración sin seguimiento	Nivel de cortisol en saliva Intensidad dolorosa según la RDC/TMD	No diferencias significativas para los niveles de cortisol en saliva ni en el grupo de dolor crónico ni en el del agudo.

			al menos 6 meses de evolución	sangre en la muestra salival, tratamiento local o sistémico con glucocorticoides, enfermedad sistémica mayor o no haber ni entender el sueco.	orofacial agudo n=24			SCL-90-R para depresión y somatización PSS para el estrés	Los pacientes del grupo de dolor crónico mostraron diferencias significativas respecto a los de dolor agudo para la PSS (p=0.044) pero los del agudo no mostraron diferencias con los del grupo control.
Domíngue L, Arellano G, Alcocer L, Franco R, Diaz J 2018	Estudio de casos	N=2500	Paciente femenino com diagnóstico de STM miofascial	Paciente com cefalea y/o cervicalgia y/o dolor craneofacial en los que se descarta origen diferente a la ATM	No procede		Seguimiento inicial, a los 30 días, a los 3 y a los 6 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Huellas de bruxismo • Cierre anormal de incisivos • Alteración de la simetría en apertura y cierre bucal 	No valores significativos para las escalas PSS y STAI de estrés y ansiedad respectivamente.

							<ul style="list-style-type: none">• Presencia de interferencias dentarias• Apertura bucal máxima• Presencia de terceros molares• Exploración del músculo pterigoideo interno• Punto gatillo en conducto auditivo externo• Puntos gatillo en musculatura paravertebral, maseteros y temporal	
--	--	--	--	--	--	--	--	--

							<ul style="list-style-type: none"> • Ángulos de movimiento cervical 	
<p>Poluha, Rodrigo Lorenzi De la Torre Canales, Giancarlo Bonjardim, Leonardo Rigoldi Conti, Paulo César Rodrigues 2020</p>	<p>Estudio transversal</p>	<p>N=90</p>	<p>Población brasileña en busca de tratamiento dental regular o con presencia de chasquidos y/o dolor en la ATM</p>	<p>Dolor no articular (mialgia o dolor miofascial) con sonidos diferentes a chasquidos en la ATM (crepitantes o topes sordos) trauma facial o de la ATM intervenciones quirúrgicas previas que involucraran la ATM, condiciones sistémicas tales como fibromialgia o enfermedades degenerativas articulares,</p>	<p>Grupo 1 (n=30): dolor unilateral y chasquidos</p> <p>Grupo 2 (n=30): chasqueo unilateral sin dolor</p> <p>Grupo 3 (n=30): grupo control de individuos sanos asintomáticos sin chasquidos ni dolor articular</p>	<p>Se realizó una sola valoración sin seguimiento</p>	<p>Somatosensoriales:</p> <p>MPT para el umbral del dolor mecánico, WUR, PPT para medir la sensibilidad dolorosa ante la presión y CPM para medir la modulación del dolor</p> <p>Psicosociales:</p> <p>PSQI para la calidad del sueño</p> <p>PVAQ para la atención al dolor</p> <p>PCS para el catastrofismo respecto al dolor</p>	<p>No valores significativos para las escalas PSS y STAI de estrés y ansiedad respectivamente.</p>

				prótesis dentales removibles, ortodoncias, tratamiento continuado de analgésicos y antiinflamatorios.			TSK/TMD para la kinesiofobia PSS para el estrés STAI para la ansiedad	
--	--	--	--	---	--	--	---	--

Abreviaturas: AAOP (cuestionario desarrollado por la American Academy of Orofacial Pain), ATM (articulación temporomandibular), BAI (Beck anxiety inventory), CF-PDI (craniofacial pain and disability inventory), COP (centre of pressure), CSQ-27 (Coping strategies questionnaire 27), CSS (COVID stress scale), DASS-21 (Depression, anxiety stress scale-21), DC/TMD (Diagnostic Criteria for TMDs), ESS (Epworth Sleeping Scale), GAD-7 (Generalized anxiety disorder), GCPS (Graded chronic pain scale), GROC (Global rating of change), HADS (Hospital anxiety and depression scales), HARS (Hamilton anxiety rating scale), HDRS (Hamilton depression rating scale), HIT-6 (headache impact test), HVLAT (high velocity low amplitude thrust), JFLS (Jaw functional limitation scale), LOT-R (Life orientation test-revised), MRI (Magnetic resonance imaging), NPRS (numeric pain rating scale), OBC (Oral behaviours checklist), PASS (patient acceptable symptom state), PCS (pain catastrophing scale), PHQ (Patient health questionnaire), PPTs (pressure pain thresholds), PSS (perceived stress scale), RDC/TMD (research diagnostic criteria of TMDs), ROM (range of movement), SCL-90-R (symptom check list 90 revised), STAI (State-trait anxiety inventory), STM (síndrome temporomandibular), TMD (Temporomandibular joint disorder), TSK-TMD ó TSK-11 (Tampa scale for kinesiophobia), VAS- EVA (visual analogue scale-escala visual analógica), VAS-QoL (visual analogue scale for quality of life).

ANEXO V: Fichas de revisión bibliográfica

Nº Ficha (por orden)	Código de Referencia interna
1	

Cita Bibliográfica (Según Vancouver)	Bartley J. Breathing and temporomandibular joint disease. J Bodyw Mov Ther [Internet]. 2011 Jul;15(3):291–7. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.jbmt.2010.06.002				
Introducción	<i>Justificación del artículo</i>	Proporciona un marco teórico con abundancia de información útil para la introducción del trabajo.			
	<i>Objetivo del estudio</i>	No se especifica			
Metodología	<i>Tipo de estudio</i>	Revisión bibliográfica	x	Ensayo Clínico	
		Revisión Sistemática		Casos controles	
		Meta-análisis		Cohortes	
		Marco Teórico		Descriptivo	
		Revisión histórica		Cualitativa	
	<i>Año de realización</i>	2011			
	<i>Técnica recogida de datos</i>	Encuesta/Cuestionario validado		(especificar)	
	Encuesta/cuestionario de elaboración propia		(especificar)		
	Escala (Validada/No validada)		(especificar)		
	Registros		(especificar)		
	Técnicas cualitativas		(especificar)		
	Otras		(especificar)		
<i>Población y muestra</i>	No procede				
Resultados relevantes	Al tratarse de una revisión bibliográfica, no cuenta de estos apartados, realiza una explicación por apartados siendo estos los patrones de respiración, la articulación temporomandibular, el origen de dolor, polimorfismo genético, diferencias en el STM según el sexo y migrañas, cefalea tensional y STM.				
Discusión planteada					
Conclusiones del estudio	La respiración puede establecer relación entre factores biomecánicos y psicosociales llevando a cambios en la fisiopatología en la ATM y en músculos asociados.				
Valoración (Escala Likert)	Liker 1		Poco relevante para el objetivo de nuestro estudio (valorar su exclusión)		
	Liker 2	x	Relevante para el marco teórico de justificación del estudio pero de poca calidad metodológica		

	Liker 3		Relevante por la metodología de investigación pero con resultados poco interesantes para nuestro estudio
	Liker 4		Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
Bibliografía (revisión dirigida)			
Otros aspectos u observaciones	Artículo utilizado únicamente para la construcción del marco teórico de la introducción.		

Nº Ficha (por orden)	Código de Referencia interna
2	

Cita Bibliográfica (Según Vancouver)	Su N, Lobbezoo F, van Wijk A, van der Heijden GJMG, Visscher CM. Associations of pain intensity and pain-related disability with psychological and socio-demographic factors in patients with temporomandibular disorders: a cross-sectional study at a specialised dental clinic. J Oral Rehabil. 2017 Mar 1;44(3):187–96.			
Introducción	<i>Justificación del artículo</i>	Evalúa estrés y ansiedad en pacientes con STM.		
	<i>Objetivo del estudio</i>	Evaluar qué factores psicológicos están asociados con la intensidad dolorosa o disfunciones relacionadas con el dolor.		
Metodología	<i>Tipo de estudio</i>	Revisión bibliográfica	Ensayo Clínico	
		Revisión Sistemática	Casos controles	
		Meta-análisis	Cohortes	
		Marco Teórico	Descriptivo	X
		Revisión histórica	Cualitativa	
	<i>Año de realización</i>	2017		
	<i>Técnica recogida de datos</i>	Encuesta/Cuestionario validado	(especificar)	
	Encuesta/cuestionario de elaboración propia	(especificar)		
	Escala (Validada/No validada)	GAD-7, PHQ-15, PHQ-9, ESS, LOT-R		
	Registros	(especificar)		
	Técnicas cualitativas	(especificar)		
	Otras	(especificar)		

	<i>Población y muestra</i>	N=320	
Resultados relevantes	<p>Intensidad dolorosa alta está relacionada con el estrés (p<0.001) y con la ansiedad (p=0.003)</p> <p>La limitación funcional también se relaciona con estrés (p<0.001) y ansiedad (p<0.001)</p>		
Discusión planteada	Establece relaciones entre las tablas de recogida de datos para evaluar la relación entre la somatización y el STM y los factores psicosociales con el STM.		
Conclusiones del estudio	La depresión es el mejor predictor para la discapacidad funcional relacionada con el dolor.		
Valoración (Escala Liker)	Liker 1		Poco relevante para el objetivo de nuestro estudio (valorar su exclusión)
	Liker 2		Relevante para el marco teórico de justificación del estudio pero de poca calidad metodológica
	Liker 3		Relevante por la metodología de investigación pero con resultados poco interesantes para nuestro estudio
	Liker 4	X	Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
Bibliografía (revisión dirigida)			
Otros aspectos u observaciones			

Nº Ficha (por orden)	Código de Referencia interna
3	

Cita Bibliográfica (Según Vancouver)	Su N, Visscher C, van Wijk A, Lobbezoo F, van der Heijden G. A Prediction Model for Types of Treatment Indicated for Patients with Temporomandibular Disorders. J Oral Facial Pain Headache [Internet]. 2018 Jan;33(1):25–38. Available from: http://quintpub.com/journals/ofph/abstract.php?iss2_id=1587&article_id=18673	
Introducción	<i>Justificación del artículo</i>	Evalúa estrés y ansiedad en pacientes con STM.

	Objetivo del estudio	Identificar predictores de los tipos de tratamiento indicado para pacientes con STM y desarrollar, validar y calibrar un modelo predictivo de tratamiento.			
Metodología	Tipo de estudio	Revisión bibliográfica		Ensayo Clínico	
		Revisión Sistemática		Casos controles	
		Meta-análisis		Cohortes	
		Marco Teórico		Descriptivo	X
		Revisión histórica		Cualitativa	
	Año de realización	2018			
	Técnica recogida de datos	Encuesta/Cuestionario validado		(especificar)	
	Encuesta/cuestionario de elaboración propia		(especificar)		
	Escala (Validada/No validada)		DC/TMD, TMD pain screener, GCPS, OBC, GAD-7		
	Registros		(especificar)		
	Técnicas cualitativas		(especificar)		
	Otras		(especificar)		
	Población y muestra	N=356			
Resultados relevantes	Tanto el tratamiento mediante fisioterapia o férula como el tratamiento combinado, cuando se comparan con el no tratamiento muestran resultados significativos en la disminución de síntomas a favor de los grupos experimentales.				
Discusión planteada	Compara los resultados obtenidos para los grupos de no tratamiento, tratamiento físico mediante férula o terapia manual y tratamiento combinado.				
Conclusiones del estudio	Se identificaron predictores potenciales para la predecir el tratamiento indicado para pacientes de STM. La validez interna, calibración, discriminación y validez externo del modelo fueron aceptables.				
Valoración (Escala Likert)	Liker 1		Poco relevante para el objetivo de nuestro estudio (valorar su exclusión)		
	Liker 2		Relevante para el marco teórico de justificación del estudio pero de poca calidad metodológica		
	Liker 3		Relevante por la metodología de investigación pero con resultados poco interesantes para nuestro estudio		
	Liker 4	X	Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico		
Bibliografía (revisión dirigida)					
Otros aspectos u observaciones					

Nº Ficha (por orden)	Código de Referencia interna
4	

Cita Bibliográfica (Según Vancouver)	de Paiva Bertoli FM, Bruzamolín CD, de Almeida Kranz GO, Losso EM, Brancher JA, de Souza JF. Anxiety and malocclusion are associated with temporomandibular disorders in adolescents diagnosed by RDC/TMD. A cross-sectional study. J Oral Rehabil. 2017;45(10):747–55.			
Introducción	Justificación del artículo	Evalúa estrés y ansiedad en pacientes con STM.		
	Objetivo del estudio	Investigar si la ansiedad y la maloclusión están asociadas con la prevalencia del STM en adolescentes.		
Metodología	Tipo de estudio	Revisión bibliográfica	Ensayo Clínico	
		Revisión Sistemática	Casos controles	
		Meta-análisis	Cohortes	
		Marco Teórico	Descriptivo	X
		Revisión histórica	Cualitativa	
	Año de realización	2017		
	Técnica recogida de datos	Encuesta/Cuestionario validado	(especificar)	
		Encuesta/cuestionario de elaboración propia	(especificar)	
Escala (Validada/No validada)		STAI, AAOP, RDC/TMD		
Registros		(especificar)		
Técnicas cualitativas		(especificar)		
Otras		(especificar)		
Población y muestra	N=934			
Resultados relevantes	La ansiedad se ve relacionada con los síntomas del STM, con el dolor miofascial y con el desplazamiento del disco con reducción.			
Discusión planteada	Se relacionan los valores obtenidos en las escalas para establecer relaciones entre ellos y así averiguar si están relacionadas con la prevalencia del STM.			
Conclusiones del estudio	Se puede concluir que el STM en adolescentes brasileños fue una condición multifactorial, en la cual la ansiedad está fuertemente asociada con el diagnóstico de TTM. Algunas maloclusiones mostraron asociación con TMD, principalmente la presencia de Clase II y Clase III se asociaron con mayor prevalencia de dolor miofascial en adolescentes.			
Valoración (Escala Liker)	Liker 1		Poco relevante para el objetivo de nuestro estudio (valorar su exclusión)	
	Liker 2		Relevante para el marco teórico de justificación del estudio pero de poca calidad metodológica	

	Liker 3		Relevante por la metodología de investigación pero con resultados poco interesantes para nuestro estudio
	Liker 4	X	Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
Bibliografía (revisión dirigida)			
Otros aspectos u observaciones			

Nº Ficha (por orden)	Código de Referencia interna
5	

Cita Bibliográfica (Según Vancouver)	Reynolds B, Puentedura EJ, Kolber MJ, Cleland JA. Effectiveness of cervical spine high velocity low amplitude thrust added to behavioral education, soft tissue mobilization, and exercise in individuals with temporomandibular disorder (TMD) with myalgia: A randomized clinical trial. 2017;				
Introducción	<i>Justificación del artículo</i>	Descripción de la intervención fisioterápica y abordaje del STM			
	<i>Objetivo del estudio</i>	Investigar los efectos de la manipulación cervical de alta velocidad comparadas con una manipulación placebo.			
Metodología	<i>Tipo de estudio</i>	Revisión bibliográfica		Ensayo Clínico	X
		Revisión Sistemática		Casos controles	
		Meta-análisis		Cohortes	
		Marco Teórico		Descriptivo	
		Revisión histórica		Cualitativa	
	<i>Año de realización</i>	2017			
	<i>Técnica recogida de datos</i>	Encuesta/Cuestionario validado	(especificar)		
		Encuesta/cuestionario de elaboración propia	(especificar)		
Escala (Validada/No validada)		NPRS, TSK-TMD, JFLS, GROC, PASS, TMD dysability index			
Registros		(especificar)			
Técnicas cualitativas		(especificar)			
Otras		(especificar)			
<i>Población y muestra</i>	N=50				
Resultados relevantes	No diferencias significativas entre grupos para los valores de apertura máxima o dolor. Mejoras significativas en la JFLS (p=0.026) a favor del grupo HVLAT siendo la aparición de mejoras más rápida. Diferencias significativas en la TSK/TMD (p=0.008) a favor del grupo HVLAT.				

Discusión planteada	Se evalúan, mediante una comparación entre los dos grupos, los efectos de la manipulación cervical para la mejora de los síntomas del STM.		
Conclusiones del estudio	Las personas con diagnóstico de STM con mialgia que recibieron HVLAT de la columna cervical experimentaron una mayor mejora en la funcionalidad de la mandíbula y el miedo al movimiento que las personas que recibieron la misma movilización de tejidos blandos (suboccipitales), educación y ejercicios en el domicilio con una manipulación cervical simulada. No hubo diferencias significativas entre los grupos en otras medidas.		
Valoración (Escala Liker)	Liker 1		Poco relevante para el objetivo de nuestro estudio (valorar su exclusión)
	Liker 2		Relevante para el marco teórico de justificación del estudio pero de poca calidad metodológica
	Liker 3		Relevante por la metodología de investigación pero con resultados poco interesantes para nuestro estudio
	Liker 4	X	Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
Bibliografía (revisión dirigida)			
Otros aspectos u observaciones			

Nº Ficha (por orden)	Código de Referencia interna
6	

Cita Bibliográfica (Según Vancouver)	Yap AU, Natu VP. Inter-relationships between pain-related temporomandibular disorders, somatic and psychological symptoms in Asian youths. J Oral Rehabil. 2020;47(9):1077–83.			
Introducción	Justificación del artículo	Establece relación entre STM y el estrés o la ansiedad.		
	Objetivo del estudio	Describir las relaciones entre un STM doloroso y los síntomas psicológicos en asiáticos jóvenes.		
Metodología	Tipo de estudio	Revisión bibliográfica	Ensayo Clínico	
		Revisión Sistemática	Casos controles	
		Meta-análisis	Cohortes	
		Marco Teórico	Descriptivo	X
		Revisión histórica	Cualitativa	
	Año de realización	2020		
	Técnica recogida de datos	Encuesta/Cuestionario validado	(especificar)	
	Encuesta/cuestionario de elaboración propia	(especificar)		
	Escala (Validada/No validada)	RDC/TMD, PHQ-15, DASS-21		
	Registros	(especificar)		

		Técnicas cualitativas	(especificar)
		Otras	(especificar)
	Población y muestra	N=629	
Resultados relevantes	Relación entre la PHQ-15 y la DASS-21 con ansiedad ($p<0.001$) y estrés ($p<0.001$) con mayores resultados indicando severidad sintomática		
Discusión planteada	Se evalúa la relación de las escalas utilizadas para establecer la relación del STM con los síntomas somáticos y psicosociales.		
Conclusiones del estudio	Los sujetos con STM más dolorosos tuvieron más altos niveles de somatización, depresión, ansiedad y estrés. Como grupo se observó que los niveles de estas variables eran moderadas e incluso leves. Los síntomas somáticos estaban muy relacionados con la ansiedad y el estrés pero menos con la depresión. Se necesita más investigación.		
Valoración (Escala Liker)	Liker 1		Poco relevante para el objetivo de nuestro estudio (valorar su exclusión)
	Liker 2		Relevante para el marco teórico de justificación del estudio pero de poca calidad metodológica
	Liker 3		Relevante por la metodología de investigación pero con resultados poco interesantes para nuestro estudio
	Liker 4	X	Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
Bibliografía (revisión dirigida)			
Otros aspectos u observaciones			

Nº Ficha (por orden)	Código de Referencia interna
7	

Cita Bibliográfica (Según Vancouver)	Forssell H, Kotiranta U, Kauko T, Suvinen T. Explanatory Models of Illness and Treatment Goals in Temporomandibular Disorder Pain Patients Reporting Different Levels of Pain-Related Disability. J Oral Facial Pain Headache [Internet]. 2016 Jan;30(1):14–20. Available from: http://quintpub.com/journals/ofph/abstract.php?iss2_id=1351&article_id=15946&article=3&title=Explanatory Models of Illness and Treatment Goals in Temporomandibular Disorder Pain Patients Reporting Different Levels of Pain-Related Disability#.VrItulKhwwg			
Introducción	Justificación del artículo	Evalúa la relación entre síntomas del STM.		
	Objetivo del estudio	Analizar sin los pacientes con dolor causado por STM refieren distintos niveles de limitación funcional relacionada con el dolor.		
Metodología	Tipo de estudio	Revisión bibliográfica	Ensayo Clínico	
		Revisión Sistemática	Casos controles	

		Meta-análisis		Cohortes	
		Marco Teórico		Descriptivo	X
		Revisión histórica		Cualitativa	
	Año de realización	2016			
	Técnica recogida de datos	Encuesta/Cuestionario validado		(especificar)	
		Encuesta/cuestionario de elaboración propia		(especificar)	
		Escala (Validada/No validada)		RDC/TMD, GCPS	
		Registros		(especificar)	
		Técnicas cualitativas		(especificar)	
		Otras		(especificar)	
	Población y muestra	N=399			
Resultados relevantes	Opinión general pacientes: los comportamientos orales eran más importantes que la ansiedad o el estrés. Los que constaban de más limitación funcional destacaron ansiedad y estrés más importantes para la limitación funcional que los factores físicos para la causa ($p=0.0125$) y la exacerbación ($p=0.0076$). Para el dolor también consideraron más importantes ansiedad y estrés en la causa de dolor ($p=0.0065$) y el tratamiento ($p=0.0454$)				
Discusión planteada	Se comparan los distintos grupos según limitación funcional relacionada con el dolor con la intención de encontrar que factores son más importantes para el paciente en relación a la causa y tratamiento de su enfermedad.				
Conclusiones del estudio	Por lo general, los pacientes atribuyen gran parte de la carga de la aparición del STM a factores funcionales orales. Aun así, la importancia que le dan a estos factores cambia respecto a la limitación funcional relacionada con el dolor que sufre el paciente.				
Valoración (Escala Likert)	Liker 1		Poco relevante para el objetivo de nuestro estudio (valorar su exclusión)		
	Liker 2		Relevante para el marco teórico de justificación del estudio pero de poca calidad metodológica		
	Liker 3		Relevante por la metodología de investigación pero con resultados poco interesantes para nuestro estudio		
	Liker 4	X	Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico		
Bibliografía (revisión dirigida)					
Otros aspectos u observaciones					

Nº Ficha (por orden)	Código de Referencia interna
8	

Cita Bibliográfica (Según Vancouver)	Falla D, Asquini G, Bianchi AE, Borromeo G, Locatelli M. The impact of Covid-19-related distress on general health, oral behaviour, psychosocial features, disability and pain intensity in a cohort of Italian patients with temporomandibular disorders. PLoS One [Internet]. 2021;16(2 February):1–13. Available from: http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0245999				
Introducción	Justificación del artículo	Implicación del COVID-19 para el STM.			
	Objetivo del estudio	Entender el impacto del estrés causado por el COVID-19 en el estado psicológico, la sensibilización central y el dolor orofacial en STM.			
Metodología	Tipo de estudio	Revisión bibliográfica	Ensayo Clínico		
		Revisión Sistemática	Casos controles		
		Meta-análisis	Cohortes	X	
		Marco Teórico	Descriptivo		
		Revisión histórica	Cualitativa		
	Año de realización	2021			
	Técnica recogida de datos	Encuesta/Cuestionario validado	(especificar)		
		Encuesta/cuestionario de elaboración propia	(especificar)		
Escala (Validada/No validada)		VAS-QoL, HADS, CSQ-27, RDC/TMD, CSS			
Registros		(especificar)			
Técnicas cualitativas		(especificar)			
Otras		(especificar)			
Población y muestra	N=73				
Resultados relevantes	CSS diferencia no significativa en relación con el STM agudo o subagudo. Diferencia significativa en relación a STM crónico, se relaciona con la escala HADS (p=0.002) y con la GCPS (p=0.017)				
Discusión planteada	Se evalúa el estrés causado por la pandemia y se relaciona con distintos aspectos, entre ellos el STM para establecer relación entre el estrés de la pandemia y los síntomas del STM.				
Conclusiones del estudio	Es el primer estudio prospectivo realizado con este fin, el estrés causado por el COVID-19 afectó a las personas que sufrían de STM afectando a su salud y modificando sus síntomas.				
Valoración (Escala Likert)	Liker 1		Poco relevante para el objetivo de nuestro estudio (valorar su exclusión)		
	Liker 2		Relevante para el marco teórico de justificación del estudio pero de poca calidad metodológica		
	Liker 3		Relevante por la metodología de investigación pero con resultados poco interesantes para nuestro estudio		

	Liker 4	X	Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
Bibliografía (revisión dirigida)			
Otros aspectos u observaciones			

Nº Ficha (por orden)	Código de Referencia interna
9	

Cita Bibliográfica (Según Vancouver)	Emodi-Perlman A, Eli I, Smardz J, Uziel N, Wieckiewicz G, Gilon E, et al. Temporomandibular Disorders and Bruxism Outbreak as a Possible Factor of Orofacial Pain Worsening during the COVID-19 Pandemic-Concomitant Research in Two Countries. J Clin Med [Internet]. [cited 2021 May 20];2020:3250. Available from: www.mdpi.com/journal/jcm			
Introducción	Justificación del artículo	Relación del COVID-19 con el STM.		
	Objetivo del estudio	Evaluar los efectos de la pandemia en el posible agravamiento del STM y los síntomas del bruxismo en Israel y Polonia. Definir predictores para el STM y el bruxismo durante los periodos de confinamiento de los dos países.		
Metodología	Tipo de estudio	Revisión bibliográfica	Ensayo Clínico	
		Revisión Sistemática	Casos controles	
		Meta-análisis	Cohortes	
		Marco Teórico	Descriptivo	X
		Revisión histórica	Cualitativa	
	Año de realización	2020		
	Técnica recogida de datos	Encuesta/Cuestionario validado	(especificar)	
Encuesta/cuestionario de elaboración propia		PHQ-4, 3Q-TMD(DC/TMD)		
Escala (Validada/No validada)		(especificar)		
Registros		(especificar)		
Técnicas cualitativas		(especificar)		
Otras		(especificar)		
Población y muestra	N=1963 (Total) N=867 (Israel) N=1096 (Polonia)			

Resultados relevantes	Diferencia significativa en aparición de síntomas del STM, aparición de bruxismo diurno y nocturno, y de la agravación de estos síntomas tanto en la población Israelí como en la polaca siendo todos los valores ($p < 0.05$).		
Discusión planteada	Se comparan las escalas utilizadas para evaluar si existen relaciones entre los niveles de estrés y la sintomatología del STM.		
Conclusiones del estudio	La pandemia ha causado efectos adversos estadísticamente significativos en el estado psicoemocional de la población de Israel y Polonia, intensificando el bruxismo y los síntomas del STM.		
Valoración (Escala Liker)	Liker 1		Poco relevante para el objetivo de nuestro estudio (valorar su exclusión)
	Liker 2		Relevante para el marco teórico de justificación del estudio pero de poca calidad metodológica
	Liker 3		Relevante por la metodología de investigación pero con resultados poco interesantes para nuestro estudio
	Liker 4	X	Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
Bibliografía (revisión dirigida)			
Otros aspectos u observaciones			

Nº Ficha (por orden)	Código de Referencia interna
10	

Cita Bibliográfica (Según Vancouver)	Garrigós-Pedron M, La Touche R, Navarro-Desentre P, Gracia-Naya M, Segura-Orti E. Effects of a Physical Therapy Protocol in Patients with Chronic Migraine and Temporomandibular Disorders: A Randomized, Single-Blinded, Clinical Trial. J Oral Facial Pain Headache [Internet]. 2018 Apr;32(2):137–50. Available from: http://quintpub.com/journals/ofph/abstract.php?iss2_id=1526&article_id=18350				
Introducción	Justificación del artículo	Intervención desde la fisioterapia para el abordaje del STM.			
	Objetivo del estudio	Investigar los efectos de añadir tratamiento orofacial a pacientes que siguen fisioterapia de la zona cervical por migrañas crónicas y STM.			
Metodología	Tipo de estudio	Revisión bibliográfica		Ensayo Clínico	X
		Revisión Sistemática		Casos controles	
		Meta-análisis		Cohortes	
		Marco Teórico		Descriptivo	
		Revisión histórica		Cualitativa	
	Año de realización	2018			
Técnica recogida de datos	Encuesta/Cuestionario validado	(especificar)			

		Encuesta/cuestionario de elaboración propia	(especificar)
		Escala (Validada/No validada)	CF-PDI, HIT-6, TSK-11, VAS
		Registros	(especificar)
		Técnicas cualitativas	(especificar)
		Otras	(especificar)
	Población y muestra	N=45	
Resultados relevantes	Diferencias significativas para la CF-PDI siendo la diferencia entre grupos en el segundo seguimiento (p=0.042). Diferencia en el dolor percibido relacionado con la escala VAS siendo la diferencia entre grupos en el 2º seguimiento (p=0.001). No diferencia en los valores para la TSK-11.		
Discusión planteada	Se compara la efectividad de un tratamiento de fisioterapia cervical con el mismo tratamiento pero en zona cervical y orofacial comparando los parámetros de las escalas incluidas.		
Conclusiones del estudio	El tratamiento de la zona cervical junto con la zona orofacial fue más efectivo que sólo tratar la zona cervical.		
Valoración (Escala Likert)	Liker 1		Poco relevante para el objetivo de nuestro estudio (valorar su exclusión)
	Liker 2		Relevante para el marco teórico de justificación del estudio pero de poca calidad metodológica
	Liker 3		Relevante por la metodología de investigación pero con resultados poco interesantes para nuestro estudio
	Liker 4	X	Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
Bibliografía (revisión dirigida)			
Otros aspectos u observaciones			

Nº Ficha (por orden)	Código de Referencia interna
11	

Cita Bibliográfica (Según Vancouver)	Oliveira SSI, Pannuti CM, Paranhos KS, Tanganeli JPC, Laganá DC, Sesma N, et al. Effect of occlusal splint and therapeutic exercises on postural balance of patients with signs and symptoms of temporomandibular disorder. Clin Exp Dent Res [Internet]. 2019 Apr 12;5(2):109–15. Available from: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/cre2.136				
Introducción	Justificación del artículo	Abordaje fisioterápico del STM.			
	Objetivo del estudio	Investigar el uso de la férula oclusal para mejorar el STM mediante el control postural.			
Metodología	Tipo de estudio	Revisión bibliográfica		Ensayo Clínico	X
		Revisión Sistemática		Casos controles	
		Meta-análisis		Cohortes	
		Marco Teórico		Descriptivo	
		Revisión histórica		Cualitativa	
	Año de realización	2019			
	Técnica recogida de datos	Encuesta/Cuestionario validado	(especificar)		
		Encuesta/cuestionario de elaboración propia	(especificar)		
Escala (Validada/No validada)		RDC/TMD, COP			
Registros		(especificar)			
Técnicas cualitativas		(especificar)			
Otras		(especificar)			
Población y muestra	N=70				
Resultados relevantes	Beneficio adicional al sumar el uso de una férula oclusal al ejercicio terapéutico, mejorando el control motor en especial de la aceleración AP en el centro de presiones con los ojos abiertos y cerrados.				
Discusión planteada	Se evalúa si la férula oclusal tiene efectos sobre el TMD.				
Conclusiones del estudio	Efecto beneficioso del uso de la férula en el control postural al realizar ejercicio terapéutico.				
Valoración (Escala Likert)	Liker 1		Poco relevante para el objetivo de nuestro estudio (valorar su exclusión)		
	Liker 2		Relevante para el marco teórico de justificación del estudio pero de poca calidad metodológica		
	Liker 3		Relevante por la metodología de investigación pero con resultados poco interesantes para nuestro estudio		

	Liker 4	X	Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
Bibliografía (revisión dirigida)			
Otros aspectos u observaciones			

Nº Ficha (por orden)	Código de Referencia interna
12	

Cita Bibliográfica (Según Vancouver)	Brochado FT, Jesus LH de, Carrard VC, Freddo AL, Chaves KD, Martins MD. Comparative effectiveness of photobiomodulation and manual therapy alone or combined in TMD patients: a randomized clinical trial. Braz Oral Res. 2018;32:e50.				
Introducción	<i>Justificación del artículo</i>	Tratamiento del STM desde un abordaje fisioterápico.			
	<i>Objetivo del estudio</i>	Comparar la eficacia de la fotobiomodulación y la terapia manual, solas o en conjunto en el tratamiento del dolor, la limitación funcional, los trastornos psicológicos y la ansiedad en el STM.			
Metodología	<i>Tipo de estudio</i>	Revisión bibliográfica		Ensayo Clínico	X
		Revisión Sistemática		Casos controles	
		Meta-análisis		Cohortes	
		Marco Teórico		Descriptivo	
		Revisión histórica		Cualitativa	
	<i>Año de realización</i>	2018			
	<i>Técnica recogida de datos</i>	Encuesta/Cuestionario validado	(especificar)		
		Encuesta/cuestionario de elaboración propia	(especificar)		
Escala (Validada/No validada)		VAS, RDC/TMD, BAI			
Registros		(especificar)			
Técnicas cualitativas		(especificar)			
Otras		(especificar)			
<i>Población y muestra</i>	N=54				
Resultados relevantes	Disminución significativa de la VAS para todos los grupos ($p < 0.001$). No diferencias significativas entre grupo.				
Discusión planteada	Se evalúan las escalas incluidas para cada uno de los grupos para analizar la posible relación del tratamiento con la disminución de los síntomas del STM.				

Conclusiones del estudio	Tanto la terapia manual como la fotobiomodulación como la terapia combinada muestran buenos resultados. La terapia combinada no aporta beneficios respecto a alguna de las otras por si sola.		
Valoración (Escala Liker)	Liker 1		Poco relevante para el objetivo de nuestro estudio (valorar su exclusión)
	Liker 2		Relevante para el marco teórico de justificación del estudio pero de poca calidad metodológica
	Liker 3		Relevante por la metodología de investigación pero con resultados poco interesantes para nuestro estudio
	Liker 4	X	Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
Bibliografía (revisión dirigida)			
Otros aspectos u observaciones			

Nº Ficha (por orden)	Código de Referencia interna
13	

Cita Bibliográfica (Según Vancouver)	Boscato N, Almeida RC, Koller CD, Presta AA, Goettems ML. Influence of anxiety on temporomandibular disorders - an epidemiological survey with elders and adults in Southern Brazil. J Oral Rehabil [Internet]. 2013 Sep;40(9):643–9. Available from: http://doi.wiley.com/10.1111/joor.12076				
Introducción	Justificación del artículo	Relación del estrés y la ansiedad con el STM.			
	Objetivo del estudio	Evaluar si los factores socioeconómicos, el uso de y la necesidad de prótesis dentales y los niveles de ansiedad contribuyen a la severidad del STM.			
Metodología	Tipo de estudio	Revisión bibliográfica		Ensayo Clínico	
		Revisión Sistemática		Casos controles	
		Meta-análisis		Cohortes	
		Marco Teórico		Descriptivo	X
		Revisión histórica		Cualitativa	
	Año de realización	2013			
	Técnica recogida de datos	Encuesta/Cuestionario validado	(especificar)		
	Encuesta/cuestionario de elaboración propia	(especificar)			
	Escala (Validada/No validada)	HADS			
	Registros	(especificar)			
	Técnicas cualitativas	(especificar)			

		Otras	(especificar)
	Población y muestra	N=568, 338 adultos, 230 ancianos	
Resultados relevantes	Relación estadísticamente significativa entre la ansiedad y la aparición del STM en alguno de sus síntomas (p<0.001)		
Discusión planteada	Relacionar los niveles de estrés y ansiedad con los síntomas del STM.		
Conclusiones del estudio	El género femenino y los pacientes con altos niveles de ansiedad tienen más prevalencia de signos de STM		
Valoración (Escala Liker)	Liker 1		Poco relevante para el objetivo de nuestro estudio (valorar su exclusión)
	Liker 2		Relevante para el marco teórico de justificación del estudio pero de poca calidad metodológica
	Liker 3		Relevante por la metodología de investigación pero con resultados poco interesantes para nuestro estudio
	Liker 4	X	Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
Bibliografía (revisión dirigida)			
Otros aspectos u observaciones			

Nº Ficha (por orden)	Código de Referencia interna
14	

Cita Bibliográfica (Según Vancouver)	Badel T. Orofacial pain – diagnostic and therapeutic challenges. Acta Clin Croat [Internet]. 2019; Available from: https://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=327121			
Introducción	Justificación del artículo	Relación del STM con los niveles de estrés y ansiedad.		
	Objetivo del estudio	Evaluar los resultados de los diagnósticos clínicos de pacientes con dolor orofacial basado en diagnósticos multidisciplinarios.		
Metodología	Tipo de estudio	Revisión bibliográfica	Ensayo Clínico	
		Revisión Sistemática	Casos controles	
		Meta-análisis	Cohortes	
		Marco Teórico	Descriptivo	X
		Revisión histórica	Cualitativa	
	Año de realización	2019		
	Técnica recogida de datos	Encuesta/Cuestionario validado	(especificar)	
Encuesta/cuestionario de elaboración propia		(especificar)		
Escala		VAS, STAI		

		(Validada/No validada)	
		Registros	(especificar)
		Técnicas cualitativas	(especificar)
		Otras	(especificar)
	Población y muestra	N=557	
Resultados relevantes	Relación estadísticamente significativa con la STAI 1 y dolor sufrido en el pasado y dolor en la VAS, también significativa para la STAI 2 y dolor pasado y dolor en VAS siendo (p<0.001) para las 4		
Discusión planteada	Evalúa las relaciones de los factores psicosociales con el STM.		
Conclusiones del estudio	El diagnóstico más común fue desplazamiento del disco, la mayoría de las personas con patología eran mujeres. Se encuentran valores significativos para la escala VAS.		
Valoración (Escala Liker)	Liker 1		Poco relevante para el objetivo de nuestro estudio (valorar su exclusión)
	Liker 2		Relevante para el marco teórico de justificación del estudio, pero de poca calidad metodológica
	Liker 3		Relevante por la metodología de investigación, pero con resultados poco interesantes para nuestro estudio
	Liker 4	X	Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
Bibliografía (revisión dirigida)			
Otros aspectos u observaciones			

Nº Ficha (por orden)	Código de Referencia interna
15	

Cita Bibliográfica (Según Vancouver)	Dimitrijevic Carlsson A, Wahlund K, Kindgren E, Skogh T, Starkhammar Johansson C, Alstergren P. Orofacial pain in juvenile idiopathic arthritis is associated with stress as well as psychosocial and functional limitations. <i>Pediatr Rheumatol</i> [Internet]. 2019 Dec 19;17(1):83. Available from: https://ped-rheum.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12969-019-0385-7			
Introducción	Justificación del artículo	Relación entre los factores de estrés y ansiedad y el STM.		
	Objetivo del estudio	Investigar relaciones entre los factores psicosociales, signos y síntomas del dolor orofacial y disfunción de la ATM en pacientes con artritis idiopática juvenil.		
Metodología	Tipo de estudio	Revisión bibliográfica	Ensayo Clínico	
		Revisión Sistemática	Casos controles	X
		Meta-análisis	Cohortes	

		Marco Teórico		Descriptivo	
		Revisión histórica		Cualitativa	
	Año de realización	2019			
	Técnica recogida de datos	Encuesta/Cuestionario validado	(especificar)		
		Encuesta/cuestionario de elaboración propia	(especificar)		
		Escala (Validada/No validada)	DC/TMD, GCPS, JFLS-8, PHQ-4,PSS-10, PCS		
		Registros	(especificar)		
		Técnicas cualitativas	(especificar)		
		Otras	(especificar)		
	Población y muestra	N?45			
Resultados relevantes	Relación entre la ansiedad y la intensidad dolorosa del STM ($p=0.003$) y la apertura máxima ($p=0.008$). Relación de la intensidad dolorosa del STM con el estrés ($p<0.001$).				
Discusión planteada	Se relaciona el dolor orofacial y la limitación mandibular de los sujetos de investigación con el estrés, la ansiedad, la depresión y demás factores psicosociales.				
Conclusiones del estudio	El dolor orofacial se ve relacionado con el estrés, la disfunción de la ATM y la pérdida de actividades de la vida diaria. El dolor parece ser el aspecto más importante relacionado con dichos factores.				
Valoración (Escala Liker)	Liker 1		Poco relevante para el objetivo de nuestro estudio (valorar su exclusión)		
	Liker 2		Relevante para el marco teórico de justificación del estudio pero de poca calidad metodológica		
	Liker 3		Relevante por la metodología de investigación pero con resultados poco interesantes para nuestro estudio		
	Liker 4	X	Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico		
Bibliografía (revisión dirigida)					
Otros aspectos u observaciones					

Nº Ficha (por orden)	Código de Referencia interna
16	

Cita Bibliográfica (Según Vancouver)	Chung J, Lobbezoo F, van Selms MKA, Chatrattraï T, Aarab G, Mitirattanakul S. Physical, psychological and socio-demographic predictors related to patients' self-belief of their temporomandibular disorders' aetiology. J Oral Rehabil. 2021;48(2):109–23.
---	---

Introducción	<i>Justificación del artículo</i>	Relación de los factores psicosociales con la exacerbación del STM.		
	<i>Objetivo del estudio</i>	Para 6 categorías de autoevaluación sobre la etiología del STM, analizar la relación con predictores físicos, psicológicos, y sociodemográficos.		
Metodología	<i>Tipo de estudio</i>	Revisión bibliográfica	Ensayo Clínico	
		Revisión Sistemática	Casos controles	
		Meta-análisis	Cohortes	
		Marco Teórico	Descriptivo	X
		Revisión histórica	Cualitativa	
	<i>Año de realización</i>	2021		
	<i>Técnica recogida de datos</i>	Encuesta/Cuestionario validado	(especificar)	
Encuesta/cuestionario de elaboración propia		(especificar)		
Escala (Validada/No validada)		(especificar)		
Registros		(especificar)		
Técnicas cualitativas		(especificar)		
Otras		Predictores físicos y psicológicos Predictores sociodemográficos		
<i>Población y muestra</i>	N=623			
Resultados relevantes	<p>Univariate analysis: Relación moderada entre el estrés emocional y el TMD dysfunction score (P=0.058) bruxismo diurno (p=0.008) y nocturno (p=0.033).</p> <p>Multiple logistic regresión análisis: Relación del estrés emocional con el TMD dysfunction score (p=0.013) bruxismo diurno (p=0.011) y edad de 18 a 43 años (p=0.043)</p>			
Discusión planteada	Se comparan diferentes posibles etiologías con las creencias del propio paciente sobre la causa, exacerbación y tratamiento del STM.			
Conclusiones del estudio	Se sugiere que el fenotipo individual juega un papel importante en la creencia del paciente en el caso de queja por STM.			
Valoración (Escala Liker)	Liker 1		Poco relevante para el objetivo de nuestro estudio (valorar su exclusión)	
	Liker 2		Relevante para el marco teórico de justificación del estudio pero de poca calidad metodológica	
	Liker 3		Relevante por la metodología de investigación pero con resultados poco interesantes para nuestro estudio	
	Liker 4	X	Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico	
Bibliografía (revisión dirigida)				

Otros aspectos u observaciones	

Nº Ficha (por orden)	Código de Referencia interna
17	

Cita Bibliográfica (Según Vancouver)	GUARDA-NARDINI L, PAVAN C, ARVEDA N, FERRONATO G, MANFREDINI D. Psychometric features of temporomandibular disorders patients in relation to pain diffusion, location, intensity and duration. J Oral Rehabil [Internet]. 2012 Oct;39(10):737–43. Available from: http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2842.2012.02320.x			
Introducción	Justificación del artículo	Relación del STM con los niveles de estrés y ansiedad.		
	Objetivo del estudio	Determinar el perfil psicológico de una muestra de pacientes con STM y comparar los valores psicométricos entre pacientes con dolor de diferente difusión, localización, intensidad y duración.		
Metodología	Tipo de estudio	Revisión bibliográfica	Ensayo Clínico	
		Revisión Sistemática	Casos controles	
		Meta-análisis	Cohortes	
		Marco Teórico	Descriptivo	X
		Revisión histórica	Cualitativa	
	Año de realización	2012		
	Técnica recogida de datos	Encuesta/Cuestionario validado	(especificar)	
Encuesta/cuestionario de elaboración propia		(especificar)		
Escala (Validada/No validada)		RDC/TMD, HDRS, HARS, SCL-90		
Registros		(especificar)		
Técnicas cualitativas		(especificar)		
Otras		(especificar)		
Población y muestra	N=110			
Resultados relevantes	Mejor relación de la media del dolor difuso que del localizado obteniendo relación significativa con la HARS ($p<0.001$), la intensidad del dolor medida en VAS también valores significativos con HARS ($p<0.001$).			
Discusión planteada	Se evalúan las condiciones de dolor de los distintos miembros de la muestra comparándolas y relacionándolas también con niveles de estrés, ansiedad y otras características o factores psicosociales.			
Conclusiones del estudio	Puede sugerirse un indicio de que la difusión del dolor y su intensidad están fuertemente relacionados con altos niveles de estrés y ansiedad.			
Valoración (Escala Likert)	Liker 1		Poco relevante para el objetivo de nuestro estudio (valorar su exclusión)	

	Liker 2		Relevante para el marco teórico de justificación del estudio pero de poca calidad metodológica
	Liker 3		Relevante por la metodología de investigación pero con resultados poco interesantes para nuestro estudio
	Liker 4	X	Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
Bibliografía (revisión dirigida)			
Otros aspectos u observaciones			

Nº Ficha (por orden)	Código de Referencia interna
18	

Cita Bibliográfica (Según Vancouver)	Jasim H, Louca S, Christidis N, Ernberg M. Salivary cortisol and psychological factors in women with chronic and acute oro-facial pain. J Oral Rehabil [Internet]. 2014 Feb;41(2):122–32. Available from: http://doi.wiley.com/10.1111/joor.12118				
Introducción	Justificación del artículo	Relación de los niveles de estrés y ansiedad con el STM.			
	Objetivo del estudio	El objetivo de este estudio fue comparar el nivel de cortisol salival, la intensidad del dolor y factores psicológicos entre pacientes con dolor orofacial (OP) crónico y agudo y sujetos sin dolor.			
Metodología	Tipo de estudio	Revisión bibliográfica	Ensayo Clínico		
		Revisión Sistemática	Casos controles	X	
		Meta-análisis	Cohortes		
		Marco Teórico	Descriptivo		
		Revisión histórica	Cualitativa		
	Año de realización	2014			
	Técnica recogida de datos	Encuesta/Cuestionario validado	(especificar)		
		Encuesta/cuestionario de elaboración propia	(especificar)		
Escala (Validada/No validada)		RDC/TMD, SCL-90, PSS			
Registros		Nivel de cortisol en saliva			
Técnicas cualitativas		(especificar)			
Otras		(especificar)			
Población y muestra	N=78				

Resultados relevantes	<p>No diferencias significativas para los niveles de cortisol en saliva ni en el grupo de dolor crónico ni en el del agudo.</p> <p>Los pacientes del grupo de dolor crónico mostraron diferencias significativas respecto a los de dolor agudo para la PSS ($p=0.044$) pero los del agudo no mostraron diferencias con los del grupo control.</p>		
Discusión planteada	Se evalúa la relación del cortisol salival con los niveles de estrés y estos con la aparición y la exacerbación de síntomas del STM.		
Conclusiones del estudio	El cortisol no mostró resultados significativos entre grupos, aun así, los participantes con dolor crónico mostraron niveles más altos de estrés y ansiedad en las escalas.		
Valoración (Escala Liker)	Liker 1		Poco relevante para el objetivo de nuestro estudio (valorar su exclusión)
	Liker 2		Relevante para el marco teórico de justificación del estudio pero de poca calidad metodológica
	Liker 3		Relevante por la metodología de investigación pero con resultados poco interesantes para nuestro estudio
	Liker 4	X	Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
Bibliografía (revisión dirigida)			
Otros aspectos u observaciones			

Nº Ficha (por orden)	Código de Referencia interna
19	

Cita Bibliográfica (Según Vancouver)	<p>Domingue L, Arellano G, Alcocer L, Franco R DJ. Síndrome miofascial de origen en la articulación temporomandibular (Síndrome de Costen): estudio de 2,500 casos. Myofascial Syndr due to temporomandibular Jt Dysfunct (Costen Syndr Study 2500 cases [Internet]. 2018;19(61):1630–7. Available from: https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ddh&AN=136819400&lang=es&site=ehost-live</p>			
Introducción	Justificación del artículo	Tratamiento del STM desde la fisioterapia.		
	Objetivo del estudio	Reportar las observaciones clínicas del STM durante 25 años.		
Metodología	Tipo de estudio	Revisión bibliográfica	Ensayo Clínico	
		Revisión Sistemática	Casos controles	X
		Meta-análisis	Cohortes	
		Marco Teórico	Descriptivo	
		Revisión histórica	Cualitativa	
	Año de realización	2018		

	Técnica recogida de datos		Encuesta/Cuestionario validado	(especificar)
			Encuesta/cuestionario de elaboración propia	(especificar)
			Escala (Validada/No validada)	(especificar)
			Registros	(especificar)
			Técnicas cualitativas	(especificar)
			Otras	Huellas de bruxismo, cierre anormal de incisivos, alteración de la simetría en apertura y cierre bucal, presencia de interferencias dentarias, apertura bucal máxima, presencia de terceros molares, exploración del músculo pterigoideo interno, punto gatillo en conducto auditivo externo, puntos gatillo en musculatura paravertebral, maseteros y temporal, ángulos de movimiento cervical
		Población y muestra	N=2500	
Resultados relevantes	No valores significativos para las escalas PSS y STAI de estrés y ansiedad respectivamente.			
Discusión planteada	Relación de los síntomas del STM con la posible etiología y condiciones sociodemográficas y también su tratamiento.			
Conclusiones del estudio	Ante paciente femenino joven, con dolor de cabeza y cuello, tomar en cuenta la posibilidad de síndrome miofascial de origen en ATM, cuando la apertura bucal máxima sea menor de 38 mm, asociada a huellas de bruxismo, presencia de puntos gatillo en músculos masticadores y curse con problemas emocionales y trastornos del sueño. Confirmado el diagnóstico clínico, el manejo habitualmente es conservador y multidisciplinario, siendo la órtesis (guarda oclusal) el factor primordial del tratamiento.			
Valoración (Escala Likert)	Liker 1		Poco relevante para el objetivo de nuestro estudio (valorar su exclusión)	
	Liker 2		Relevante para el marco teórico de justificación del estudio pero de poca calidad metodológica	
	Liker 3	X	Relevante por la metodología de investigación pero con resultados poco interesantes para nuestro estudio	
	Liker 4		Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico	
Bibliografía (revisión dirigida)				

Otros aspectos u observaciones	

Nº Ficha (por orden)	Código de Referencia interna
20	

Cita Bibliográfica (Según Vancouver)	Poluha RL, De la Torre Canales G, Bonjardim LR, Conti PCR. Somatosensory and psychosocial profile of patients with painful temporomandibular joint clicking. J Oral Rehabil [Internet]. 2020 Nov 5;47(11):1346–57. Available from: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/joor.13081				
Introducción	<i>Justificación del artículo</i>	Relación de los niveles de estrés y ansiedad con los síntomas del STM.			
	<i>Objetivo del estudio</i>	Caracterizar el perfil somatosensorial y psicosocial de los pacientes con ATM dolorosa y con chasquidos comparado a pacientes sin dolor, pero con chasquidos y un grupo sano.			
Metodología	<i>Tipo de estudio</i>	Revisión bibliográfica	Ensayo Clínico		
		Revisión Sistemática	Casos controles		
		Meta-análisis	Cohortes		
		Marco Teórico	Descriptivo	X	
		Revisión histórica	Cualitativa		
	<i>Año de realización</i>	2020			
	<i>Técnica recogida de datos</i>	Encuesta/Cuestionario validado	(especificar)		
		Encuesta/cuestionario de elaboración propia	(especificar)		
Escala (Validada/No validada)		MPT, WUR, PPT, CPM, PSQI, PVAQ, PCS, TSK/TMD, PSS, STAI			
Registros		(especificar)			
Técnicas cualitativas		(especificar)			
Otras		(especificar)			
<i>Población y muestra</i>	N=90				
Resultados relevantes	No valores significativos para las escalas PSS y STAI de estrés y ansiedad respectivamente.				
Discusión planteada	Evalúa la relación de sintomatología física del STM como los chasquidos y la limitación funcional con factores psicosociales como el estrés o la ansiedad y el dolor.				
Conclusiones del estudio	Pacientes con ATM dolorosa y con chasquidos padecen de desajustes en el perfil somatosensorial.				
Valoración (Escala Liker)	Liker 1		Poco relevante para el objetivo de nuestro estudio (valorar su exclusión)		
	Liker 2		Relevante para el marco teórico de justificación del estudio pero de poca calidad metodológica		

	Liker 3		Relevante por la metodología de investigación pero con resultados poco interesantes para nuestro estudio
	Liker 4	X	Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
Bibliografía (revisión dirigida)			
Otros aspectos u observaciones			