

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE LOS ANDES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA



Tesis

**Autopercepción y nivel de conocimiento en disfunción temporomandibular en
pacientes del Hospital Regional de Cusco - 2024**

Asesor:

Mg. Hurtado Gutiérrez Danilo

Autor:

Bárcena Huamani, Stephani Cristina

Para optar el título profesional de:

Cirujano Dentista

Abancay - Apurímac – Perú

2025

Acta de sustentación



UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE LOS ANDES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

Acta N°: 022-2026

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TÍTULO PROFESIONAL

En la ciudad de Abancay, a los 20 días de Noviembre del año 2025, siendo las 11:00 horas, se reunieron los integrantes del Jurado designado por **RESOLUCIÓN DIRECTORAL N°0209-2025-UTEA-FCS-EP.EST.** de la Escuela Profesional de **ESTOMATOLOGÍA**, Facultad de Ciencias de la Salud:

Presidente :	Mag. Vargas Mateos Shiovan Yamileth
Dictaminante :	Mag. Tineo Tueros Mirella Pamela
Replicante :	Dr. Carrión Herrera Uriel

Para evaluar la sustentación, en la modalidad de:

☒ Tesis ☐ Trabajo de suficiencia profesional

Titulada:

AUTOPERCEPCIÓN Y NIVEL DE CONOCIMIENTO EN DISFUNCIÓN TEMPOROMANDIBULAR EN PACIENTES DEL HOSPITAL REGIONAL DE CUSCO- 2024

Desarrollado por el (los) Bachiller (es):

Br.: Barcena Huamani Sthepani Cristina

Para optar el Título Profesional de:

Cirujano Dentista

Concluido el acto, el Jurado dictaminó que el (la) (los) mencionado(a) (s) bachiller (es) fue (ron) APROBADO(S) ☒ o DESAPROBADO(S) ☐:

Emitiéndose el calificativo final de:

Bachiller (Apellidos y Nombres)	Nota	Detalle (**)
Br. Barcena Huamani Sthepani Cristina	16	Aprobado Notable

Siendo las 12.00 horas concluyó la sesión, firmando los integrantes del Jurado.

PRESIDENTE : Mag. Vargas Mateos Shiovan Y.
(Dr. Mg.). (Apellidos y Nombres)

(Firma)

DICTAMINANTE: Mag. Tineo Tueros Mirella Pamela
(Dr. Mg.). (Apellidos y Nombres)

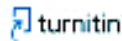
(Firma)

REPLICANTE : Dr. Carrión Herrera Uriel
(Dr. Mg.). (Apellidos y Nombres)

(Firma)

Nota: Desaprobado: 0-10; Aprobado: 11-20
(*) Mayoría: Dos integrantes del jurado aprueban o desaprueban; Unanimidad: Todos los integrantes del jurado aprueban o desaprueban, Art. 18 RGGAT.
(**): 0 a 10: Desaprobado, 11 a 15: Aprobado, 16 a 18: Aprobado Notable, 19 y 20: Aprobado con Distinción, Art. 18 RGGAT.

Reporte de similitud



23% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- Bibliografía
- Texto citado
- Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Exclusiones

- N.º de coincidencias excluidas

Fuentes principales

- 21% Fuentes de Internet
- 3% Publicaciones
- 20% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de Integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitan distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.



Metadatos

Datos del autor		
Apellidos y nombres	:	Bárcena Huamaní Stephani Cristina
Tipo de documento de identidad	:	DNI
Numero de documento de identidad	:	72946016
URL ORCID	:	https://orcid.org/0009-0009-3799-2190
Datos del Asesor		
Apellidos y nombres	:	Mg. Hurtado Gutiérrez Danilo
Tipo de documento de identidad	:	DNI
Numero de documento de identidad	:	41690458
URL ORCID	:	https://orcid.org/0009-0007-4276-1077
Datos de la investigación		
Facultad	:	Ciencias de la Salud
Escuela profesional	:	Estomatología
Línea de investigación	:	Salud publica Estomatológica
Rango de años en que se realizó la investigación	:	2024-2025
Fuente de financiamiento	:	Autofinanciado
Porcentaje de similitud	:	23 %
URL de OCDE	:	https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.14

Dedicatoria

A mi padre, Rafael Bárcena Gutiérrez, cuya bondad, fortaleza y amor guiaron cada paso de mi vida; a él, mi maestro y rey, dedico este logro.

A mi madre, María Jesusita Huamaní Espinoza, ejemplo de sencillez y amor incondicional, mi mayor tesoro y fuente de valentía; quien es la inspiración de todo mi esfuerzo.

A mi Mamá Julia y a mi tío Guillermito, pilares de sabiduría, bondad y protección, por ser mi fuerza y mi refugio.

A mis hermanos Víctor y Paty, por su nobleza, talento y orientación silenciosa que moldearon mi camino.

A mis sobrinitos, Santiaguito, Gabriel, Miguel, Isa, Bebé y René, mis pequeños luceros.

A Brayan Gonzáles Soto, por su paciencia; apoyo incondicional y amor que iluminó mis días más difíciles; este sueño también es tuyo.

Y con especial afecto, a mi Tikita.

Agradecimiento

A Dios, por darme la fortaleza y el valor para superar cada obstáculo y culminar esta hermosa carrera, y por permitirme ser un instrumento de bien para los demás. A la Universidad Tecnológica de los Andes, que me acogió y me brindó la oportunidad de continuar este sueño profesional y aportar al conocimiento y a la investigación. A mi asesor Danilo Hurtado Gutiérrez, por su orientación paciente, su interés y sus valiosos conocimientos, que me motivaron a perseverar. A mi mentora, la Dra. Edith Marina Quispe Vásquez, por enseñarme a luchar incansablemente y por su apoyo y enseñanzas durante mi internado en el Hospital Regional del Cusco, las cuales fueron fundamentales para el desarrollo de esta investigación.

A mi docente, la Dra. Zoila Alarcón, por su guía, empatía y comprensión durante y después de mi internado. A mi familia, por su apoyo, paciencia y constante preocupación, que hicieron posible alcanzar este objetivo.

Resumen

La disfunción temporomandibular (DTM) es una afección que compromete la articulación temporomandibular y los músculos masticatorios, causando dolor y limitaciones funcionales. El objetivo del estudio fue determinar la relación entre la autopercepción y el nivel de conocimiento sobre la DTM en pacientes del Hospital Regional de Cusco durante el año 2024. Se realizó una investigación de enfoque cuantitativo, diseño descriptivo correlacional, no experimental y de corte transversal, con una muestra de 332 pacientes. Los resultados evidenciaron que el 64.76 % de los participantes fueron mujeres y el 35.24 % hombres. Asimismo, el 86 % presentó un bajo nivel de conocimiento sobre la DTM, mientras que solo el 14 % mostró un conocimiento adecuado. Respecto a la autopercepción, el 73.5 % manifestó desconocer que padecía el trastorno o no haber recibido un diagnóstico previo, frente al 26.5 % que sí contaba con dicho diagnóstico. Además, el 62.35 % indicó no haber recibido información profesional sobre los signos y síntomas de la DTM. Se concluye que existe una discrepancia entre la autopercepción y el nivel de conocimiento de la disfunción temporomandibular en los pacientes evaluados, lo que evidencia la necesidad de fortalecer las estrategias de educación y orientación en salud.

Palabras clave conocimiento, prevalencia, trastorno temporomandibular.

Abstract

Temporomandibular disorder (TMD) is a condition that affects the temporomandibular joint and the masticatory muscles, causing pain and functional limitations. The objective of this study was to determine the relationship between self-perception and the level of knowledge about TMD among patients at the Cusco Regional Hospital in 2024. A quantitative study was conducted using a descriptive, correlational, non-experimental, cross-sectional design with a sample of 332 patients. The results showed that 64.76% of the participants were women and 35.24% were men. Additionally, 86% had a low level of knowledge about TMD, while only 14% demonstrated adequate knowledge. Regarding self-perception, 73.5% reported being unaware that they had the disorder or not having received a prior diagnosis, compared to 26.5% who did have such a diagnosis. Furthermore, 62.35% reported not having received professional information about the signs and symptoms of TMD. It is concluded that there is a discrepancy between self-perception and the level of knowledge regarding temporomandibular dysfunction among the evaluated patients, highlighting the need to strengthen health education and counseling strategies.

Key words: knowledge, prevalence, temporomandibular disorder

Índice

Portada.....	i
Acta de sustentación	ii
Reporte de similitud	iii
Metadatos	iv
Dedicatoria	v
Agradecimiento.....	vi
Resumen.....	vii
Abstract	viii
Índice... ..	ix
I. Introducción	xiii
II. Planteamiento del problema.....	16
2.1. Descripción y formulación del problema	16
2.2. Objetivos	18
2.2.1. Objetivo General	18
2.2.2. Objetivos Específicos	18
2.3. Justificación y delimitación	19
2.4. Hipótesis.....	20
2.4.1. Hipótesis general.....	20
2.4.2. Hipótesis específicas.....	20
2.5. Variables	21

III.	Marco teórico.....	23
3.1.	Antecedentes	23
3.2.	Bases teóricas.....	29
3.3.	Definición de términos	45
IV.	Metodología.....	46
4.1.	Tipo y nivel de investigación.....	46
4.2.	Ámbito temporal y espacial.....	47
4.3.	Población y muestra	48
4.4.	Instrumentos	50
4.5.	Procedimientos	53
4.6.	Análisis de datos	54
V.	Resultados y discusión.....	56
VI.	Conclusiones.....	69
VII.	Recomendaciones	70
VIII.	Referencias bibliográficas	72
IX.	Anexos	77

Índice de tablas

Tabla 1 Características de los pacientes según sexo y edad del Hospital Regional de Cusco 2024	56
Tabla 2 Nivel de conocimiento del trastorno temporomandibular en pacientes del Hospital Regional de Cusco-2024	57
Tabla 3 Autopercepción respecto al trastorno temporomandibular en pacientes del Hospital Regional de Cusco-2024	57
Tabla 4 Presencia o ausencia de TTM en pacientes del Hospital Regional de Cusco-2024. .	58
Tabla 5 Relación entre el cuestionario de (Autopercepción y nivel de conocimiento) en el nivel de TTM (Índice Anamnésico simplificado de Fonseca) en los pacientes del Hospital Regional de Cusco-2024.	59
Tabla 6 Autopercepción, nivel de conocimiento y nivel de TTM según sexo en pacientes del Hospital Regional de Cusco-2024.....	61
Tabla 7 Autopercepción, nivel de conocimiento y nivel de TTM según edad en pacientes del Hospital Regional de Cusco-2024.....	63
Tabla 8 Relacionar la autopercepción y nivel de conocimiento del TTM en pacientes del Hospital regional de Cusco-2024.	64

Índice de anexos

Anexo 1 Matriz de consistencia.....	78
Anexo 2 Cuestionario de nivel de conocimiento y autopercepción de la disfunción temporomandibular:.....	81
Anexo 3 Cuestionario Anamnésico Simplificado de Fonseca	83
Anexo 4 Consentimiento informado	84
Anexo 5 Evidencia fotográfica.....	85

I. Introducción

La presente investigación aborda la disfunción temporomandibular (DTM), una alteración que compromete la articulación temporomandibular (ATM) y los músculos masticatorios, generando dolor, molestias y limitaciones en funciones esenciales como la masticación, el habla y la apertura bucal. Dado que la ATM cumple un rol fundamental en el funcionamiento del sistema estomatognático, cualquier alteración en su equilibrio puede repercutir de manera directa en la calidad de vida del paciente.

En condiciones normales, esta articulación permite los movimientos mandibulares sin generar dolor; sin embargo, cuando se ve afectada, pueden presentarse signos y síntomas que no siempre son reconocidos oportunamente. En este marco, el estudio de la DTM no debe limitarse únicamente a sus manifestaciones clínicas, sino que requiere considerar factores vinculados al propio paciente. Entre ellos, el nivel de conocimiento y la autopercepción de los síntomas adquieren especial relevancia.

El conocimiento permite comprender la enfermedad, sus causas y posibles consecuencias, mientras que la autopercepción se refiere a la capacidad del individuo para identificar en su propio cuerpo la presencia de molestias o alteraciones. En conjunto, ambos elementos influyen en la forma en que el paciente interpreta sus síntomas y en la decisión de buscar atención en salud. Al respecto, diversas investigaciones, como las realizadas por Park H. (2021) y Llgunas (2023), han evidenciado la existencia de una relación entre el nivel de conocimiento y la autopercepción en los trastornos temporomandibulares.

Dichos estudios coinciden en que un mayor nivel de conocimiento favorece una mejor identificación de los síntomas y una respuesta más adecuada frente a la enfermedad. No obstante, en la práctica clínica se observa que un número considerable de pacientes presenta

dificultades para reconocer estas manifestaciones, lo que pone en evidencia una brecha entre lo que conocen y lo que efectivamente perciben sobre su estado de salud.

En consecuencia, esta situación adquiere especial importancia en el ámbito asistencial, en la medida en que la falta de reconocimiento de los signos y síntomas puede retrasar el diagnóstico y limitar el acceso oportuno al tratamiento. En tal sentido, resulta pertinente analizar la relación entre estas variables en contextos específicos de atención, particularmente en pacientes que acuden a servicios de salud. Bajo esta premisa, el presente estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre la autopercepción y el nivel de conocimiento en disfunción temporomandibular en pacientes del Hospital Regional de Cusco durante el año 2024.

La investigación se justifica en la necesidad de comprender si los pacientes cuentan con información suficiente para identificar esta condición y si son capaces de reconocer sus manifestaciones, lo que permitirá fortalecer estrategias de educación en salud bucal orientadas a mejorar la detección temprana y el manejo adecuado de la disfunción temporomandibular. Desde el punto de vista metodológico, el estudio se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, de tipo aplicado, con un diseño no experimental, descriptivo correlacional y de corte transversal.

La población estuvo conformada por 2450 pacientes atendidos en el Hospital Regional de Cusco, con una muestra de 332 pacientes, de los cuales 215 fueron mujeres y 117 hombres, seleccionados mediante muestreo no probabilístico por conveniencia. Para la recolección de datos se utilizaron cuestionarios estructurados que permitieron evaluar el nivel de conocimiento y la autopercepción.

Finalmente, los resultados evidenciaron un predominio de bajo nivel de conocimiento sobre la disfunción temporomandibular, así como dificultades en la identificación de sus síntomas, lo

que permitió establecer una relación entre el conocimiento y la autopercepción. En ese sentido, estos hallazgos refuerzan la necesidad de implementar estrategias de educación en salud que contribuyan a mejorar el reconocimiento oportuno de esta condición y, en consecuencia, optimizar su abordaje en el ámbito clínico.

II. Planteamiento del problema

2.1. Descripción y formulación del problema

En el mundo entero la disfunción temporomandibular constituye una condición clínica frecuente, involucrando la articulación temporomandibular y los músculos asociados, pudiendo manifestarse por el dolor y el compromiso funcional, como Habouz S. (2024) lo demuestra en su estudio que realizó en Portugal; a su vez recomienda que hay la necesidad de invertir en la actualización formativa de los profesionales de la salud en relación con la disfunción temporomandibular, promoviendo un abordaje clínico más integrado y eficaz. (1)

En américa latina también se encuentra esta problemática como lo demuestra Díaz N. (2) en su estudio en Brasil quien hace mención sobre la DTM respecto a su nivel de conocimiento, quien indica que los estudiantes mostraron un bajo nivel de conocimiento sobre la DTM, además de insatisfacción con la enseñanza e inseguridad a la hora de tratar y diagnosticar a pacientes con esta disfunción. (2)

En el Perú también se evidencia casos similares como lo demuestra, Seminario J. quien menciona que de los cirujanos dentistas solo un 13% presentaban un nivel muy bueno, esto ilustra la necesidad de crear escuelas especializadas en TMD y mejorar el sistema educativo dental del país. (3)

Hay varias causas para los problemas temporomandibulares, entre ellas: El inicio del dolor de la ATM puede verse influido por la forma en que encajan los dientes, especialmente al abrir y cerrar la boca, ya que estos movimientos son limitados. Esto se debe a una postura retraída de la mandíbula, que reduce el espacio articular y produce sonidos articulares como chasquidos o crepitaciones, o a una sobrecarga de un lado más que del otro.

Esta situación problemática continuará presentándose, si los pacientes, población en general y cirujanos dentistas no mejoran su nivel de conocimiento respecto a esta patología, la cual dará como consecuencia una salud grave en la cavidad bucal, pudiendo ocasionar dolores intensos, desarmonía, cefaleas, irritación y malestar general,

Este estudio dará como aporte la sugerencia de que se realice tratamientos para pacientes ya diagnosticados y aporte a nivel preventivo, como, por ejemplo, las férulas desmontables, a menudo fabricadas con resina acrílica resistente, suelen colocarse sobre los dientes del maxilar superior. El dolor en la mandíbula y el cuello puede aliviarse tan pronto como se coloca la férula (4), de cabeza descarga en la actualidad se está utilizando el dispositivo CEREFEN.

Estos hallazgos ya descritos y viendo que es indispensable el conocimiento respecto a las DTM darán como fundamento para realizar un nivel de conocimiento en el Hospital Regional de Cusco respecto a DTM.

Formulación del problema de investigación

La disfunción temporomandibular (DTM) constituye un trastorno de alta prevalencia que afecta la articulación temporomandibular, los músculos masticatorios y las estructuras asociadas, generando dolor orofacial, limitación funcional y deterioro en la calidad de vida. Diversos estudios reportan que entre el 25% y el 50% de la población presenta algún grado de alteración en esta articulación, con mayor frecuencia en mujeres y adultos jóvenes ⁽⁴⁾.

A pesar de su elevada frecuencia, el nivel de conocimiento sobre la DTM continúa siendo limitado tanto en la población general como en algunos profesionales de la salud. Este desconocimiento retrasa el diagnóstico, dificulta el tratamiento oportuno y puede agravar las secuelas funcionales y psicológicas. Asimismo, muchos pacientes no logran identificar síntomas característicos, como chasquidos articulares, cefaleas o dolor mandibular, lo que evidencia una baja autopercepción de su estado de salud bucal.

En la región del Cusco, la información científica sobre la DTM es escasa, lo que dificulta dimensionar adecuadamente el nivel de conocimiento y la autopercepción de los pacientes respecto a esta patología. En ese sentido, resulta necesario determinar la relación entre ambas variables en pacientes del Hospital Regional de Cusco, con la finalidad de evidenciar las brechas educativas y clínicas existentes, y contribuir al desarrollo de estrategias preventivas y de orientación odontológica más efectivas.

Problema general

¿Cuál es la relación de la autopercepción y nivel de conocimiento en disfunción temporomandibular en pacientes del Hospital Regional de Cusco-2024?

Problemas específicos

1. ¿Cuál es la relación de autopercepción y nivel de conocimiento según sexo en disfunción temporomandibular en pacientes del Hospital Regional de Cusco, 2024?
2. ¿Cuál es la relación de autopercepción y nivel de conocimiento según edad en disfunción temporomandibular en pacientes del Hospital Regional de Cusco, 2024?
3. ¿Cuál es la relación de la autopercepción y nivel de conocimiento de disfunción temporomandibular en pacientes del Hospital Regional de Cusco-2024, según diagnóstico de TTM?

2.2. Objetivos

2.2.1. Objetivo General

Determinar la relación entre autopercepción y nivel de conocimiento de disfunción temporomandibular en pacientes del Hospital Regional de Cusco, 2024.

2.2.2. Objetivos Específicos

1. Analizar la relación entre la autopercepción y nivel de conocimiento según sexo en disfunción temporomandibular en pacientes del Hospital Regional de Cusco, 2024.

2. Analizar la relación entre la autopercepción y nivel de conocimiento según edad en disfunción temporomandibular en pacientes del Hospital Regional de Cusco, 2024.
3. Analizar la relación entre la autopercepción y nivel de conocimiento de disfunción temporomandibular en pacientes del Hospital Regional de Cusco, 2024, según diagnóstico TTM.

2.3. Justificación y delimitación

- **Justificación social:** El estudio tiene una justificación social, ya que amplía conocimientos sobre los DTM y sus síntomas más frecuentes, como el malestar orofacial y los cambios funcionales, como los ruidos articulares y la movilidad limitada de la mandíbula. Por lo tanto, es esencial conocer a fondo los problemas anatómicos y buscar el tratamiento adecuado con profesionales dentales, como cirujanos maxilofaciales.
- **Valor teórico:** Nuestra experiencia y comprensión de la disfunción temporomandibular se vieron reforzadas por este estudio, que nos proporcionó diagnósticos de anomalías de la ATM (articulación temporomandibular), junto con una mayor eficacia y datos actualizados. Esto ayudará a los expertos y estudiantes locales a diagnosticar y tratar mejor cada caso.
- **Implicancias prácticas:** Al identificar el DTM, en nuestra población se dio información y charlas lo cual contribuyó y sirve de base para futuras investigaciones, tanto como para pregrado y posgrado de los estudiantes de distintas casas de estudio.
- **Viabilidad de la investigación:** Con acceso al Hospital Regional de Cusco, 2024, y todos los recursos financieros, humanos y materiales necesarios, la investigación fue viable. El proceso de recopilación de datos del estudio no implica ninguna acción que viole la moral, la ética o la ley.

- **Limitaciones:** Las limitaciones que se presentaron fueron los horarios cortos del Hospital Regional de Cusco, 2024, para lo cual se tuvo que solicitar espacios más duraderos según el horario en el que trabajan. Otra limitación que se tuvo fue contar con consentimiento informado, el cual se tiene que solicitar y este limita el avance por el tiempo que se toma. Otra limitación fue la recolección de datos, ya que para ello se requerirá de un especialista para ser calibrado y no cometer errores o sesgos de información, también se evidenció la hostilidad del personal de salud, administrativos, la negativa de los pacientes y la burocracia, todas estas limitaciones fueron superadas por la disposición de la investigadora en cuanto a tiempo y persistencia de la investigación.

2.4. Hipótesis

2.4.1. Hipótesis general

Existe relación significativa entre la autopercepción y nivel de conocimiento en disfunción temporomandibular en pacientes del Hospital Regional de Cusco, 2024.

2.4.2. Hipótesis específicas

1. Existe una relación significativa entre la autopercepción y nivel de conocimiento según sexo en disfunción temporomandibular en pacientes del Hospital Regional de Cusco, 2024.
2. Existe una relación significativa entre la autopercepción y nivel de conocimiento según edad en disfunción temporomandibular en pacientes del Hospital Regional de Cusco, 2024.
3. Existe una relación significativa entre la autopercepción y nivel de conocimiento en disfunción temporomandibular en pacientes del Hospital Regional de Cusco, 2024, según diagnóstico de TTM.

2.5. Variables

Variable 1

Autopercepción de los DTM:

El autor Fonseca (1992) define a la autopercepción de la disfunción temporomandibular es la que concibe como la apreciación subjetiva que el propio individuo elabora acerca de la presencia de manifestaciones clínicas vinculadas a los trastornos temporomandibulares, entre ellas el dolor, la restricción funcional y las incomodidades durante el proceso masticatorio, las cuales son identificadas y valoradas a través de la aplicación de un instrumento estructurado tipo cuestionario. (5)

Variable 2

Nivel de conocimiento de DTM:

Para el autor Hernández Sampieri es el nivel de conocimiento se concibe como la magnitud de información, entendimiento y manejo cognitivo que ostenta un individuo en relación con un tema específico, susceptible de ser cuantificado mediante instrumentos estructurados diseñados para valorar la apropiación y asimilación de saberes. (6)

Matriz de Operacionalización de variables

Variables	Definición conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Valor
Autopercepción de DTM	Apreciación subjetiva que el propio individuo elabora acerca de la presencia de manifestaciones clínicas vinculadas a los trastornos temporomandibulares, (5)	Percepción que tiene el individuo sobre la presencia de signos y síntomas de DTM.	Autoevaluación	Índice Simplificado de Fonseca - Sin DTM - Con DTM	Preguntas: 1; 2; 3; 8; 9; 10	0-15 puntos DTM ausente 20-40 puntos DTM leve 45-60 puntos DTM moderado 70-100 puntos DTM grave
			Autodiagnóstico		Preguntas: 4; 5; 7	
Nivel de conocimiento de DTM	Entendimiento y manejo cognitivo que ostenta un individuo en relación con un tema específico, susceptible de ser cuantificado mediante instrumentos estructurados. (6)	Grado de conocimiento que posee el individuo sobre los DTM.	Nivel de conocimiento sobre DTM según edad	Cuestionario de Nivel de Conocimiento de DTM - Rango de edad - Genero - Diagnóstico - Con conocimiento /sin conocimiento	Pregunta: 1	18 – 25 26 – 30 Mayor a 30
			Nivel de conocimiento de DTM según sexo		Pregunta: 2	Hombre Mujer
			Nivel de conocimiento de DTM según Diagnóstico		Pregunta: 3	Si: Con Dx. de DTM No: Sin Dx de DTM
			Nivel de conocimiento de DTM de signos y síntomas		Preguntas: 4; 5; 6 ;7	Bajo conocimiento: (0-1 Rpta. correcto) Conocimiento adecuado: (2-3 Rpta. correctas)
			Autoevaluación de nivel de conocimiento de DTM		Pregunta: 8	Si identifica No identifica

III. Marco teórico

3.1. Antecedentes

A nivel internacional

Komo H; et al. (Arabia Saudita- 2022) (7). Realizaron una investigación con el **objetivo** de investigar la prevalencia del trastorno de la articulación temporomandibular en la población general saudí, así como su nivel de conocimiento y conciencia. En sus **materiales y métodos**, se desarrolló un estudio observacional de corte transversal mediante un cuestionario en línea de autoevaluación, aplicado en las 13 regiones centrales, **resultados** de los 1,580 participantes, de los cuales el 72.26% eran hombres y el 27.4% mujeres. El 97.8% de los participantes eran de nacionalidad saudí. El 45.5% tenía entre 21 y 30 años. El 31.5% no presentaba TTM, el 41.5% tenía TTM leve, el 19.3% TTM moderada y el 7.8% TTM severa. En **conclusión**, la población adulta del Reino de Arabia Saudita presenta una prevalencia relativamente alta de TTM. Los programas de salud pública deben priorizar el fortalecimiento del conocimiento sobre la TTM tanto en pacientes como en el personal médico.

Jaramillo C.(Ecuador-2020) (8). Con su estudio tiene como **objetivo**: El estudio tuvo como propósito evaluar la presencia y prevalencia de las alteraciones temporomandibulares mediante la aplicación del índice de Fonseca en pacientes atendidos en el Hospital del IESS de Riobamba. **Materiales y métodos**: Se desarrolló una investigación con enfoque cuantitativo, de nivel descriptivo y diseño de corte transversal, en la cual participaron 100 pacientes de ambos sexos, seleccionados de forma aleatoria. La recopilación de la información se efectuó mediante la técnica de encuesta, utilizando como instrumento un cuestionario estructurado basado en el índice de Fonseca. Los datos obtenidos fueron procesados y analizados a través del programa estadístico SPSS versión 25. **Resultados**: Los hallazgos evidenciaron que el 60% de los pacientes presentó algún tipo de alteración temporomandibular, mientras que el 40% no manifestó signos ni síntomas. Se observó un

predominio de las alteraciones leves con un 49%, seguidas de las moderadas con un 9% y las graves con un 2%. Entre los síntomas más frecuentes se identificaron el cansancio al masticar, cefaleas recurrentes, dolor en cuello y nuca, sensación de desajuste oclusal y nerviosismo, destacándose además una mayor frecuencia en el sexo femenino. **Conclusión:** Se determinó una elevada prevalencia de alteraciones temporomandibulares en la población estudiada, muchas de las cuales no constituyen el motivo principal de consulta. Este hallazgo resalta la importancia del uso del índice de Fonseca como herramienta diagnóstica, ya que permite la detección temprana, facilitando una intervención oportuna y contribuyendo a prevenir la progresión hacia patologías de mayor complejidad.

Cintra D; et al. (Arabia Saudita- 2020) (9). Realizaron una investigación con el objetivo de identificar las creencias erróneas comunes de los pacientes sobre los trastornos temporomandibulares (TTM) y analizar su impacto en el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico. En los **materiales y métodos**, se evaluaron dichas creencias de los pacientes que pueden afectar negativamente el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico de los TTM. Estas creencias pueden verse influenciadas por diversos factores, como la cultura, los aspectos psicosociales, el género, el nivel de conocimientos y las experiencias previas. En los **resultados**, las creencias de los pacientes pueden afectar negativamente el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico de los TTM. Estas creencias pueden verse influenciadas por diversos factores, como la cultura, los aspectos psicosociales, el género, el nivel de conocimientos y las experiencias previas, a las **conclusiones** que la falta de información básica sobre el TTM y la difusión de conceptos erróneos y obsoletos pueden retrasar el diagnóstico, dificultar el tratamiento y, en consecuencia, aumentar el riesgo de agravamiento de la afección.

Bin J; et al. (China-2024) (10). Tienen los **Objetivo:** Analizar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas (KAP) en individuos diagnosticados con trastornos de la

articulación temporomandibular (TMD). **Materiales y métodos:** Se desarrolló una investigación de tipo transversal en el Hospital General de la Universidad de Shenzhen durante el periodo comprendido entre octubre y noviembre de 2024. La recopilación de la información se efectuó mediante la aplicación de cuestionarios estructurados orientados a obtener datos sociodemográficos, determinar los puntajes correspondientes a KAP y valorar el estado de salud mental a través de las escalas PHQ-9 y GAD-7. La muestra estuvo integrada por 229 pacientes previamente diagnosticados con TMD. **Resultados:** La población estudiada estuvo conformada mayoritariamente por mujeres (72,9%). Los valores promedio obtenidos fueron: conocimiento 8,59; actitud 38,46; y práctica 40,37. Asimismo, se identificaron asociaciones positivas entre las dimensiones de conocimiento, actitud y práctica, observándose que tanto el nivel de conocimiento como la disposición actitudinal ejercen una influencia estadísticamente significativa sobre las prácticas adoptadas por los pacientes. **Conclusión:** Los pacientes con TMD muestran limitaciones en su nivel de conocimiento y manifiestan actitudes poco favorables, lo cual repercute negativamente en sus prácticas de autocuidado. En este contexto, se enfatiza la pertinencia de implementar intervenciones educativas y estrategias de orientación conductual que contribuyan a optimizar la adherencia terapéutica, el manejo sintomático y, en consecuencia, la calidad de vida.

Llunas A; et al. (2023) (11). Realizaron un estudio con el **objetivo** de explorar las experiencias de los pacientes con TTM y su tratamiento, con especial atención a las experiencias de padecer TTM, los factores relacionados con la búsqueda de atención y las perspectivas sobre el tratamiento recibido. En los **materiales y métodos**, se realizaron entrevistas individuales semiestructuradas, que se analizaron mediante análisis de contenido

cualitativo. Se entrevistó a dieciséis pacientes (diez mujeres y seis hombres, de 20 a 65 años). En los **resultados**, los pacientes expresaron preocupación y malestar social debido a los síntomas, pero aun así se esforzaron por llevar una vida cotidiana lo más normal posible. Sin embargo, la gravedad de los síntomas y sus consecuencias los obligaron a buscar ayuda profesional. Se identificaron experiencias de desconfianza, junto con dificultades para acceder al PDHS, y se relacionaron con las expectativas incumplidas de los pacientes. Se **concluye** que las experiencias reportadas por los pacientes indican que recibir atención oportuna y apropiada es una expectativa más incumplida que el estado actual del manejo de los pacientes con DTM en odontología.

Antecedentes nacionales

Carlos M. (Huancayo-2022) (12). Realizó un trabajo de investigación con el **objetivo** de determinar el nivel de conocimiento y autopercepción de los trastornos temporomandibulares (TTM) en los pacientes de un centro odontológico ubicado en Lima, 2021, los **métodos y materiales**, se desarrolló un estudio de tipo no experimental básico correlacional con una muestra de treinta pacientes, el **resultado** fue que el 56.7%(17) está sin conocimiento mientras que con conocimiento 43.3(13), en cuanto a la población, el sexo femenino es más predominante 63.3%(19), y en cuanto a la edad el rango de edad fue el 60%(18) de un total de 100%(30), esto trajo como **conclusión**, que se pudo encontrar una conexión significativa entre el nivel de conocimiento de los TTM y el diagnóstico en los pacientes en un centro odontológico ubicado en Lima 2021.

Rojas G.(Lima-2021) (13). Este estudio busco como **Objetivo:** Determinar la relación existente entre la autopercepción de los trastornos temporomandibulares (TTM) y los niveles de estrés en el personal de seguridad ciudadana del distrito de Cieneguilla. **Materiales y métodos:** Se llevó a cabo un estudio de tipo observacional y analítico, empleando un cuestionario autoadministrado que incorporó el Índice Anamnésico Simplificado de Fonseca

para evaluar la autopercepción de TTM y la Escala de Estrés Percibido para medir los niveles de estrés. La muestra estuvo constituida por 77 integrantes del personal de seguridad ciudadana, incluyendo policías y serenos. Para el procesamiento de los datos se aplicaron pruebas estadísticas como Chi-cuadrado y correlación de Spearman, considerando un nivel de significancia de $p \leq 0,05$. **Resultados:** Los hallazgos evidenciaron una relación estadísticamente significativa y de magnitud moderada entre la autopercepción de TTM y el estrés percibido ($p=0.000$). En cuanto a la distribución, el 36,4% de los participantes reportó TTM en nivel leve; además, el 80,5% presentó un nivel de estrés medio y el 19,5% un nivel bajo. Por otro lado, el 44,2% del personal manifestó estrés moderado sin percibir TTM, mientras que el 36,4% evidenció simultáneamente niveles medios de estrés y presencia de TTM, estableciéndose una asociación significativa ($p=0.001$). **Conclusión:** Se concluye que existe una relación significativa entre la autopercepción de los trastornos temporomandibulares y los niveles de estrés en el personal de seguridad ciudadana de Cieneguilla, lo que sugiere que el estrés podría desempeñar un papel relevante en la manifestación o percepción de estos trastornos.

Benites J; et al(2021-Lima) (14). En su investigación tuvieron como **objetivo** determinar el diagnóstico y la prevalencia de la Disfunción Temporomandibular (DTM), en el Hospital General María Auxiliadora, Lima. En los **materiales y métodos**, se desarrolló un estudio de tipo descriptivo, prospectivo, longitudinal y al azar. La muestra se constituyó con 76 pacientes, aplicándose los Criterios de Investigación para Diagnóstico de Desórdenes Témporo-Mandibulares (RDC/TDM). En los **resultados**, se encontró que el 73.7% fue del sexo femenino, especialmente en el grupo etario de 30-39 años (35.6%). En el diagnóstico de DTM, la cefalea (38.1%) fue el principal síntoma y el dolor a la palpación de la articulación temporomandibular (51.4%), fue el signo destacado en el examen clínico, especialmente, en el sexo femenino (38.2%). El trastorno mixto de Ansiedad-Depresión, fue el cuadro clínico, de

alteración del estado de salud mental más frecuente (50.0%), asociado a DTM, predominando en el sexo femenino (38.2%). En **conclusión**, los exámenes clínico-otorrinolaringológico, permitieron el diagnóstico de DTM, en 77.6% de pacientes.

Canches E. (Huancayo-2021) (15). Tuvo como **objetivo** determinar la relación entre la Disfunción temporomandibular mediante el Índice de Helkimo (Modificado por Maglione) y el nivel de estrés según el Índice Percibido en pacientes atendidos en el Centro Odontológico Sonrisas UP, 2020. En los **materiales y métodos**, se desarrolló una investigación de tipo correlacional, descriptivo y transversal. La muestra estuvo conformada por 68 pacientes. En los **resultados**, los pacientes que casi nunca o nunca presentaron estrés (57.1%) no presentaron trastornos temporomandibulares y del total de pacientes con muy a menudo están estresados el 73.3% presentaron disfunción severa. **Concluyendo** que hay relación estadística entre disfunción temporomandibular y el nivel de estrés.

Gómez G; et al. (2020) (16). Tuvieron como **objetivo**, determinar prevalencia de trastornos temporomandibulares, según el índice de Helkimo modificado por Maglione, en pacientes atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad Privada Antenor Orrego Trujillo. En los **materiales y métodos**, se desarrolló un estudio prospectivo, transversal, descriptivo y observacional. Tuvo una muestra de recolección no probabilístico por conveniencia de 170 pacientes adultos de 18 a 70 años. En los **resultados**, la prevalencia de trastornos temporomandibulares en adultos de 18 a 70 años es de 87,65% en comparación a los pacientes asintomáticos que fue de 12,35%. La prevalencia de trastornos temporomandibulares según grado de severidad predominó la disfunción clínica moderada con un 40,59%. Según el rango de edad, el grupo de 30 a 45 años presentó mayor prevalencia de trastornos con un 35,29% y mayor predominio en la disfunción clínica leve con 45%. La más alta prevalencia de trastornos temporomandibulares se encontró en el sexo femenino con un 56,47% con una disfunción clínica moderada de 41,59%. Se **concluyendo** que la

prevalencia de trastornos temporomandibulares es mayor frecuencia en el género femenino y en el grupo etario de 30 a 45 años.

Antecedentes locales

En el momento de la búsqueda de antecedentes, no se hallaron tesis respecto a la variable que se trata ni a la problemática.

3.2. Bases teóricas

3.2.1 Autopercepción

La autopercepción es el proceso por el cual una persona observa, interpreta y valora lo que ocurre dentro de sí misma, como sus emociones, sensaciones, comportamientos, habilidades o señales físicas. Supone un ejercicio mental de autoanálisis, mediante el cual cada individuo da significado personal a su propia experiencia interna. (17)

3.2.1.1 Tipos de autopercepción:

- Autopercepción cognitiva

Se refiere a la evaluación intelectual que una persona hace sobre sus habilidades, conocimientos, pensamientos o síntomas.

Ejemplo: "Creo que mis mandíbulas suenan porque aprieto los dientes al dormir". (17)

- Autopercepción emocional

Hace referencia al reconocimiento y valoración de las propias emociones.

Ejemplo: "Siento ansiedad cuando tengo dolor mandibular". (17)

- Autopercepción física o somática

Consiste en identificar y otorgar significado a sensaciones y cambios corporales.

Ejemplo: "Siento rigidez en los músculos de la cara".

En DTM es fundamental este tipo, porque los síntomas dependen de la interpretación subjetiva del paciente. (17)

- **Autopercepción conductual**

Interpretación de la propia conducta observable.

Ejemplo: “Me doy cuenta de que mastico más de un lado”. (17)

- **Autopercepción social**

Valoración de uno mismo en relación con otros.

Ejemplo: “Me preocupa que se escuchen mis ruidos mandibulares”.

- **Autopercepción en salud**

La autopercepción en salud es el proceso por el cual una persona analiza y da significado a cómo se siente física, emocional y funcionalmente. Aunque es un indicador subjetivo, resulta muy útil para predecir el bienestar y el posible riesgo de desarrollar enfermedades. Además, influye directamente en la forma en que las personas interpretan sus síntomas y deciden si necesitan o no buscar atención médica. (17)

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018), la autopercepción del estado de salud es uno de los indicadores más fiables de bienestar general, porque no solo considera la presencia de síntomas, sino también las emociones, el entorno social y la interpretación personal del malestar. Esto implica que dos personas con la misma condición médica pueden percibirla de manera diferente, lo que repercute en sus decisiones sobre salud y en su calidad de vida. (17)

La autopercepción no se limita únicamente a la presencia o ausencia de síntomas, sino que abarca dimensiones como: (17)

- Percepción del dolor: (intensidad, frecuencia, interferencia con actividades).
- Percepción funcional: (capacidad para masticar, caminar, trabajar, etc.).
- Percepción emocional: (ansiedad, estrés, preocupación por un síntoma).
- Percepción de autocontrol: (sensación de manejar o no la condición).

3.2.2 Conocimiento

También conocido como conocimiento enciclopédico, este término se refiere al conocimiento que se acumula a lo largo de la vida de una persona y sus experiencias únicas en relación con su entorno, que se almacenan gradualmente en la memoria para apoyar su existencia y su adecuado desarrollo sociocultural. (18)

3.2.2.1 Tipos de conocimiento

- **Conocimiento empírico:**

Se refiere a la experiencia, el nivel inicial de conocimiento adquirido a través de la exploración utilizando los sentidos. (19)

- **Conocimiento Teórico:**

Esta es la siguiente etapa, en la que las personas analizan, sintetizan, generalizan y extraen conclusiones a partir de los hechos para crear las teorías que los controlan y los organizan en un único sistema. (19)

- **Conocimiento en salud:**

En el campo de la salud pública, el conocimiento se considera un elemento protector. Numerosos estudios han evidenciado que las personas con mayor nivel de conocimiento tienden a adoptar hábitos más saludables, cumplir mejor con los tratamientos y presentar menos complicaciones en enfermedades crónicas. Asimismo, contar con información adecuada permite identificar de forma más precisa síntomas importantes, lo cual facilita diagnósticos tempranos y reduce la morbilidad. En patologías orofaciales, como la disfunción temporomandibular, el nivel de conocimiento del paciente influye directamente en su capacidad para reconocer signos como dolor, ruidos articulares o limitación funcional, favoreciendo que busque atención de manera oportuna. (19)

Cuando el conocimiento es limitado, es común que se normalicen los síntomas, se recurra a la automedicación sin orientación adecuada o se postergue el diagnóstico. Este

problema es frecuente en varios países latinoamericanos, donde gran parte de la población no maneja información básica sobre salud musculoesquelética, prevención del dolor orofacial o hábitos que contribuyen al desarrollo de trastornos temporomandibulares. Estudios recientes muestran que las personas con menor nivel educativo o con poco acceso a servicios odontológicos suelen subestimar síntomas importantes, interpretándolos como molestias temporales o producto del estrés cotidiano. (19)

El conocimiento se ha clasificado generalmente en tres niveles: (19)

- **Conocimiento declarativo:**
información que una persona sabe (por ejemplo, causas de una enfermedad).
- **Conocimiento procedimental:** habilidades prácticas (cómo ejecutar una acción preventiva).
- **Conocimiento condicional:**
Comprensión contextual (cuándo, por qué y en qué situación aplicar lo aprendido).

3.2.2 Articulación temporomandibular:

Esta es la región donde se articulan la mandíbula y el hueso temporal, lo que permite la rotación y la traslación sobre su eje. (20) Los síntomas más frecuentes de los TMD, que se consideran trastornos musculares del sistema estomatognático, son ruidos articulares, molestias en los músculos cervicales, dificultad para abrir la boca, dificultad para masticar y coordinación limitada del movimiento de la mandíbula. (18)

3.2.3.1 Anatomía temporomandibular:

Una de las articulaciones más complejas del cuerpo es la articulación temporomandibular. Se mueve en tres dimensiones y es la única articulación móvil del cráneo (diartrosis). La apertura y el cierre de la boca son posibles gracias a la ATM, una articulación que se forma entre la cavidad glenoidea y el cóndilo de la mandíbula. Hablar, comer, tragar,

bostezar y realizar diferentes expresiones faciales son acciones que se llevan a cabo con ella. La ATM está formada por una serie de características anatómicas que, cuando se combinan con los movimientos de músculos específicos cercanos, permiten que la mandíbula realice una variedad de movimientos, en particular los relacionados con la masticación. (4)

Superficies articulares:

- Cóndilo mandibular:

Hay una cabeza y un cuello en el cóndilo mandibular. En todas las direcciones, pero especialmente en la dirección anteroposterior, la cabeza es convexa. El hueso temporal se articula con su superficie superior. La rama mandibular es perpendicular a su eje longitudinal. (18)

- **Cavidad Glenoidea:** El componente escamoso del hueso, que tiene una prominencia articular en la parte anterior y un hueco en la región posterior, constituye la porción temporal de la ATM. La eminencia articular es cóncava en ambas direcciones, y la cavidad glenoidea es cóncava tanto transversalmente como anteroposteriormente. (4)
- La cavidad mandibular o glenoidea funciona únicamente como un contenedor para el cóndilo desde una perspectiva funcional. El cóndilo de la mandíbula y la superficie cóncava superior del menisco interarticular conforman la porción. (4)

- Menisco interarticular:

La ATM está dividida en una mitad superior y otra inferior por el menisco, una placa ovalada de fibrocartílago. En el centro es más delgada que en los bordes, donde el tejido fibroso es más grueso, lo que sugiere que allí se ejerce presión. La eminencia articular y la cabeza condilar, las superficies articulares que soportan la presión en la articulación, están separadas por la parte media del menisco, que es avascular e inervada. (18)

En esencia, el menisco nivela las superficies irregulares de la cavidad glenoidea y el cóndilo, al tiempo que estabiliza el cóndilo en reposo. Además, a medida que el cóndilo se desliza, actúa como amortiguador de presión en las regiones de contacto de la articulación. El menisco también ayuda a prevenir el desgaste de las superficies de la articulación temporomandibular como resultado de movimientos de traslación, como el rodamiento y el deslizamiento. Dado que las regiones anterior y posterior del menisco incluyen terminaciones nerviosas libres conocidas como corpúsculos de Ruffini (sensibles al dolor), el menisco también sirve para controlar los movimientos condilares. Por último, otra función del menisco es lubricar la ATM. (3)

- **Capsula Articular:**

La cápsula fibrosa conocida como cápsula articular de la ATM penetra en la mandíbula (cuello condilar) y en el hueso temporal (en la parte media y lateral de la cavidad glenoidea, llegando hasta la eminencia articular). (3)

El ligamento temporomandibular refuerza la cápsula lateralmente, tensándola, aunque está floja en las regiones anterior, media y posterior. . (3)

Las regiones vascularizadas e inervadas de las superficies superior e inferior de la almohadilla retrodiscal son ricas en membrana sinovial, que también bordea la cápsula de la ATM y los márgenes del menisco. (3)

- **Músculos de la ATM (Articulación temporomandibular)**

▮ **Musculo temporal:**

Músculo grande en forma de abanico que en su recorrido pasa medialmente al arco cigomático. Se extiende desde la fosa temporal (se inserta en la línea temporal inferior) hasta la apófisis coronoides y borde anterior de la rama ascendente a través de un fuerte tendón. Este tendón se forma por la unión de tres grupos de fibras anteriores con

trayecto vertical, medio con trayecto oblicuo descendente y hacia delante, y el posterior con trayecto prácticamente horizontal.

↪ **Musculo masetero:**

El más superficial de los músculos masticatorios, palpable cuando se muerde con fuerza, De morfología rectangular cubre externamente la rama ascendente mandibular. Según la distribución de sus fibras distinguimos dos fascículos

- **Fascículo superficial:** se extiende de forma oblicua y descendente desde el borde inferior del hueso malar hasta su sutura con el temporal (algunos autores extienden esta inserción superior hasta los dos tercios anteriores del arco cigomático, hasta la superficie externa del ángulo de la mandíbula y en la rama vertical.
- **Fascículo profundo:** desde la cara interna del arco cigomático (para otros sólo en su tercio posterior) verticalmente hasta el borde anterior y cara externa de la rama vertical de la mandíbula.

↪ **Musculo pterigoideo interno:**

Músculo rectangular en la fosa pterigomaxilar junto con el pterigoideo externo. Se extiende desde la cara medial del ala lateral de la apófisis pterigoides hasta la cara interna de la rama ascendente a la altura del ángulo

↪ **Musculo pterigoideo externo:**

Músculo corto, cuneiforme, de disposición horizontal que ocupa el techo de la fosa pterigo-maxilar. Se inserta anteriormente en la cara inferior del ala mayor del esfenoides (fascículo superior) y en la parte superior del ala externa de la apófisis pterigoides (fascículo inferior). Ambos fascículos se unen y se dirigen hacia atrás y afuera hasta la porción interna de la cápsula y disco interarticular de la ATM, así como con el cuello del cóndilo mandibular. Entre sus fascículos pasa la arteria maxilar interna.

↪ **Músculos supra hioideos:**

- ↪ **Músculo digástrico:** Posee dos fascículos separados por un tendón intermedio que rodea por debajo y atrás al hioides. Su fascículo anterior se extiende desde la fosilla digástrica del borde inferior de la mandíbula hasta el tendón intermedio. A partir de éste y hacia arriba el fascículo posterior se inserta en la ranura digástrica de la apófisis mastoides.
- ↪ **Músculo genihioideo:** Se extiende desde las apófisis geni, en la cara interna de la parte anterior de la mandíbula, hasta el cuerpo del hioides.
- ↪ **Músculo milohioideo:** Desde la línea milohioideo, en la cara interna de las porciones horizontales de la mandíbula, sus fibras se dirigen cuando medialmente en la cara anterior del hueso hioides sus fibras más posteriores, justo por debajo de la inserción del genihioideo. Las fibras más anteriores se dirigen hacia la línea media para entrecruzarse con las del lado opuesto y formar un rafe tendinoso que se extiende desde el hueso hioides hasta el mentón, con lo cual ambos milohioideos cierran por abajo la cavidad bucal, constituyendo así un plano muscular sobre el que se asienta la lengua.

- **Estructuras ligamentosas:**

– **Ligamento temporomandibular:**

Situado fuera de la cápsula fibrosa, es el tejido conectivo más importante. Termina en la superficie posterior interna del cuello del cóndilo mandibular después de insertarse por encima de la tuberosidad cigomática. Debido a que sus fibras están orientadas de tal manera que, durante cualquier movimiento mandibular, siempre permanece en un estado intermedio entre tenso y relajado, se considera un ligamento colateral. Esto significa que el ligamento no obstaculiza el movimiento de la ATM, lo que proporciona estabilidad a la articulación. (3)

– **Ligamento esfenomandibular:**

Es una tira de tejido fibroso que se extiende desde la parte interna de la mandíbula hasta las apófisis pterigoides del hueso esfenoides. (3)

– **Ligamento estilomandibular:**

Es una banda fibrosa que se extiende por debajo de la inserción del ligamento esfenomandibular y une la mandíbula con la apófisis estiloides del hueso temporal. (3)

– **Irrigación:**

A los músculos pterigoideo medial y milohioideo están irrigados por la arteria alveolar inferior. Piel y mucosa del mentón. Incisivos inferiores, caninos, molares y premolares. Mucosa gingival y alvéolos dentales inferiores. (Nazargi Mahabob, 2021)

- Art mesentérica: irriga musculo masetero.
- Art. Pterigoidea: irriga el musculo pterigoideo lateral.

– **Inervación:**

El nervio trigémino, también conocido como nervio craneal V, es un nervio mixto que tiene fibras motoras y sensoriales. El nervio trigémino, el nervio craneal más grande y el nervio sensorial principal de la cara y la cabeza, es posiblemente el nervio más importante cuando se habla de las funciones de la cavidad bucal. Los músculos masticatorios y otros músculos orales están inervados por las fibras motoras. (4)

Según las estimaciones actuales, el TTM afecta al 40 %-50 % de la población general, siendo los estudiantes universitarios uno de los grupos más afectados. Está relacionado con una etiología multifactorial, lo que significa que deben darse varios

factores para que un paciente desarrolle este trastorno. Estos factores se clasifican en las siguientes categorías: (18)

3.2.4 Disfunción temporomandibular:

El conjunto de afecciones que afectan a la articulación temporomandibular (ATM), los músculos masticatorios y las estructuras asociadas se denomina disfunción temporomandibular (DTM). Estas afecciones pueden provocar dolor orofacial no odontogénico, restricción o desviación de los movimientos mandibulares y/o ruidos articulares (chasquidos, crujidos). (3)

Se trata de un trastorno de naturaleza multifactorial, en el que pueden intervenir factores mecánicos (maloclusión, micro traumas, sobrecarga articular), musculares (hiperactividad, contracturas), psicológicos (estrés, ansiedad, depresión), hormonales, posturales y sistémicos. Estas alteraciones repercuten en la función masticatoria, fonatoria y deglutoria, pudiendo afectar la calidad de vida del paciente por el dolor persistente y la limitación funcional. (3)

Desde el punto de vista clínico, la DTM puede incluir cuadros como trastornos internos de la ATM (desplazamiento de disco, luxaciones), mialgias masticatorias, artralgias y patologías degenerativas de la articulación. Su diagnóstico se basa en criterios clínicos, como los establecidos por el Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD), y requiere un abordaje integral que contemple la interacción entre factores físicos, emocionales y conductuales. (3)

La mayor prevalencia de los TMD en las mujeres puede deberse a variables psicológicas, factores moduladores del dolor y al sistema hormonal femenino como factor de riesgo. Según la epidemiología, solo una de cada cuatro personas recibe un diagnóstico con síntomas claros, y solo entre el 2 % y el 4 % de esas personas inicia un tratamiento para controlar sus TMD. (3)

Es fundamental destacar la necesidad de establecer un diagnóstico preciso para tratar esta afección: (21)

- **Exámenes e índices de diagnóstico**

- **Examen físico:**

Analizar los movimientos de la mandíbula es fundamental a la hora de realizar un examen exhaustivo de los músculos y las articulaciones y analizar la movilidad articular. Se recomienda una apertura bucal de unos 40 mm, con un movimiento protrusivo de 6 a 9 mm y un movimiento lateral de aproximadamente 7 a 10 mm. Otro aspecto a tener en cuenta son los sonidos articulares. (21)

- **Imagen:**

Se pueden realizar tomografías computarizadas, resonancias magnéticas y radiografías. Otro método útil para examinar la ruta condilar es tomar radiografías laterales con la boca abierta y cerrada. (21)

- **Índices anamnésicos simplificados:**

Proporcionan una evaluación clínica sin falsos negativos y son rápidos y fáciles de usar. (21)

- **Índice anamnésico simplificado de Fonseca (IAF):** El Índice Anamnésico Simplificado de Fonseca (IAF) es uno de los cuestionarios más empleados a nivel mundial para reconocer, clasificar y estimar la intensidad de la disfunción temporomandibular (DTM) de manera rápida y accesible. Fue creado en Brasil por Fonseca (1992) como una versión simplificada del Helkimo Anamnestic Index, con un formato más práctico, breve y fácil de utilizar tanto en estudios clínicos como en investigaciones epidemiológicas. (22)

Su importancia radica en que permite identificar signos y síntomas de DTM a partir de la autopercepción del propio paciente, lo cual lo convierte en una herramienta útil especialmente en investigaciones con grandes grupos de participantes, como en hospitales, universidades o estudios comunitarios. (22)

- **Naturaleza del instrumento**

El IAF consiste en un cuestionario de autoevaluación formado por 10 preguntas relacionadas con síntomas típicos de la DTM. Estas preguntas indagan sobre:

Dolor mandibular, dolor en la articulación temporomandibular, dolor en los músculos masticatorios, dificultad para abrir la boca, ruidos articulares (chasquidos o crepitaciones), hábitos parafuncionales como el bruxismo, sensación de cansancio mandibular, presencia de cefaleas, dolor en cuello u hombros. Percepción de alteraciones funcionales y cada pregunta se responde con tres alternativas: (22)

- Sí = 10 puntos
- A veces = 5 puntos
- No = 0 puntos

La suma de estos puntajes determina el nivel de severidad de la DTM.

- **Puntuación y clasificación**

El puntaje total varía entre 0 y 100. Su interpretación es:

- Puntaje — Categoría
- 0 a 15 puntos — No presenta DTM
- 20 a 40 puntos — DTM leve

- 45 a 60 puntos — DTM moderada
- 70 a 100 puntos — DTM severa

Es importante señalar que este índice no tiene como finalidad emitir un diagnóstico clínico definitivo, sino ofrecer una estimación estandarizada del grado de afectación del trastorno según la percepción del propio paciente. (22)

- **Factores:**

- **Factores predisponentes:**

Se tienen en cuenta factores específicos de cada individuo, como enfermedades sistémicas, características psicológicas, anomalías fisiológicas y disparidades estructurales. (3)

- **Factores precipitantes:**

La aparición de síntomas (contactos prematuros) está relacionada con ellos. (3)

- **Factores perpetuantes:**

Son la causa del mantenimiento del trastorno y de los problemas relacionados con el tratamiento (estrés emocional). (3)

Según algunas investigaciones, existe una fuerte relación fisiopatológica entre la ATM y la columna cervical, hasta el punto de que las personas que padecen ATM tienen entre cuatro y seis veces más probabilidades de sufrir molestias en el cuello. La posición medular del núcleo trigémino-cervical, que proporciona inervación sensorial a la ATM y sus inserciones, es otro indicio de que los seres humanos tienen una relación neurofisiológica entre la ATM y la columna cervical. Como resultado, cualquier cambio en la posición de la cabeza y el cuello puede tener un impacto inmediato en la ATM y los músculos circundantes. Las maloclusiones suelen provocar cambios posturales en la

cabeza, la cintura escapular y la columna cervical, lo que puede producir otitis o molestias en los oídos. (3)

- **Tratamientos:**
- **Tratamiento definitivo:** Los elementos etiológicos se modificarán, controlarán o erradicarán. La terapia oclusal modifica la posición de la mandíbula o el contacto oclusal; puede implicar cirugía, tratamiento de ortodoncia, desgaste oclusal o férulas. El objetivo del tratamiento conductual es cambiar las rutinas y acciones del paciente. (19)
- **Tratamientos de apoyo:** Además de las terapias farmacológicas, que implican la administración de medicamentos, los tratamientos de fisioterapia suelen incluir movimientos mandibulares diseñados para ayudar a relajar la ATM. (19)
- **Férula de descarga:** La terapia clínica principal, según los doctores Mario Castañeda Deroncelé y Ruth Ramón Jiménez, son las férulas dentales, que son dispositivos desmontables, a menudo compuestos de resina acrílica dura, que se colocan, (19) normalmente sobre los dientes del maxilar superior, para crear un determinado patrón oclusal. Debido a su impacto positivo, restaurador y calmante en las estructuras del sistema estomatognático, este tratamiento, considerado no invasivo y reversible, ha sido validado para su uso en la comunidad odontológica y puede ser útil en el tratamiento de personas con TMD. El éxito o el fracaso en estas situaciones depende del diseño, el ajuste y la fabricación del aparato, así como de la cooperación de las personas afectadas. El acrílico transparente producido indirectamente es el mejor material.

Primero se utiliza alginato para obtener impresiones bucales del paciente, y luego los modelos se envían al laboratorio utilizando cera de mordida. La férula se fabrica en un articulador semi-ajustable en el

laboratorio. El dentista tiene que modificar la férula de mordida en la boca después de recibirla del laboratorio. Una semana más tarde se examinará la férula para determinar su ajuste y estabilidad en la boca.

(19)

- **Cerezen:** CerezenTM es una terapia novedosa, los dispositivos CerezenTM, discretos y especialmente diseñados, se colocan en los oídos para aliviar las molestias asociadas a los síntomas del trastorno de la articulación temporomandibular (ATM).

La naturaleza ergonómica de este dispositivo le permite ajustarse completamente a los cambios en el canal auditivo del paciente después de su colocación. El tratamiento depende del ajuste a esta alteración estructural, lo que puede disminuir los problemas articulares y aliviar síntomas como migrañas, bruxismo y dolor insoportable en la mandíbula. (19)

La articulación temporomandibular está muy cerca del conducto auditivo y, al abrirse o cerrarse la mandíbula durante actividades como hablar, sonreír o masticar, la forma del conducto auditivo cambia ligeramente. Los dispositivos CerezenTM aprovechan esta alteración anatómica para mantener la articulación en su ubicación anatómica y ajustarse a la forma del conducto auditivo externo. (19)

El tubo interior de los insertos es hueco, lo que permite que las ondas sonoras pasen a través de él sin afectar a la audición. Para facilitar su extracción del oído, cada dispositivo cuenta con una pequeña protuberancia que sobresale del mismo. (19)

- **Otros factores que pueden alterar de DTM:**

- **Terceros molares:**

Dado que el tercer molar mandibular es el último en erupcionar, es el que con mayor frecuencia presenta problemas de erupción y permanece impactado. (23)

La erupción en la población caucásica se produce en el inicio de la vida adulta (18-25 años) por este motivo se le denomina muela del juicio, molar de la cordura o cordal (Gay 2015); sin embargo, existe una gran diversidad en la terminología que reciben los dientes con alteraciones en su proceso eruptivo, entre los que podemos hallar: diente no erupcionado, impactado, incluido o retenido. (23)

- **Anatomía y morfología:** Las terceras molares, ubicadas al final de las arcadas dentarias, presentan una complejidad morfológica significativa y son relevantes en diversas disciplinas dentales. Su posición distal y la configuración de sus fisuras favorecen la acumulación de placa y el desarrollo de caries, lo que puede requerir tratamientos restauradores o endodónticos. Además, en situaciones específicas, pueden servir como pilares para prótesis fijas. (24)

Un estudio con 176 molares extraídos (61 superiores y 115 inferiores) analizó la cantidad y forma de las raíces, así como dimensiones y forma de la corona, empleando clasificación Alavi (para los molares superiores) y Machado (para los inferiores). También evaluó la profundidad de impactación y la angulación en relación con estructuras anatómicas adyacentes. (24)

- **Tratamiento correctivo de DTM:** La extracción de estos molares, junto con el uso de aparatos intraorales y restauraciones oclusales, produjo una reducción del 96% en los síntomas de TTM a los nueve meses, mientras que el grupo sin extracción solo alcanzó un 52% de mejoría, con alta recurrencia. (25)

3.3. Definición de términos

- **Trastorno temporomandibular:** Indicaciones e indicadores que provocan cambios en los dientes, las articulaciones y los músculos, lo que da lugar a molestias en la articulación temporomandibular. (26)
- **Articulación temporomandibular:** Se dice que una de las articulaciones más complejas del cuerpo humano es la mandíbula y la articulación temporal. (26)
- **Mandíbula:** Hueso en forma de U que está sostenido por ligamentos, músculos y otros tejidos blandos y que está conectado al maxilar superior. (27)
- **Cóndilo mandibular:** La región ovalada de la mandíbula donde se articula el cráneo. (27)
- **Bruxismo:** Actividad muscular parafuncional repetitiva de la mandíbula que se manifiesta como rechinar o apretar los dientes. (28)
- **Oclusión:** Equilibrio dinámico entre los dientes, el maxilar superior, la mandíbula y la articulación temporomandibular. (28)
- **Sistema estomatognático:** Se refiere al conjunto de órganos responsables de la respiración, el habla, la fonación, la deglución y la succión. (29)
- **Prevalencia:** En epidemiología, es el número de personas que padecen una enfermedad en relación con la población estudiada. (30)
- **Sociodemográfico:** Analiza las características sociales que describen a las poblaciones. (31)
- **Signos:** Manifestación reveladora que indica una enfermedad. (32)
- **Síntomas:** Indicación o signo de una enfermedad que se puede visualizar. (33)
- **Autopercepción:** La autopercepción es la forma en que un individuo entiende y valora sus propias acciones, sensaciones y experiencias internas. (34)

IV. Metodología

4.1. Tipo y nivel de investigación

Tipo de investigación

La presente investigación es de tipo aplicada, debido a que se orienta a la solución de un problema concreto en el ámbito de la salud, específicamente en relación con la autopercepción y el nivel de conocimiento sobre la disfunción temporomandibular en pacientes del Hospital Regional de Cusco. Este tipo de investigación utiliza conocimientos teóricos ya existentes con la finalidad de contribuir a la mejora de la práctica clínica y a la toma de decisiones informadas en el ámbito odontológico, permitiendo así generar aportes relevantes en el diagnóstico y orientación de los pacientes. (35)

Nivel de la investigación

El nivel de la investigación es descriptivo correlacional, puesto que, en primer lugar, busca describir las características de las variables de estudio, como son la autopercepción y el nivel de conocimiento en disfunción temporomandibular; y, en segundo lugar, pretende establecer la relación existente entre ambas variables dentro del contexto del estudio. Asimismo, este nivel permite identificar patrones y comportamientos en la población estudiada, sin llegar a establecer relaciones de causalidad, sino únicamente asociaciones entre las variables analizadas.

Enfoque de la investigación

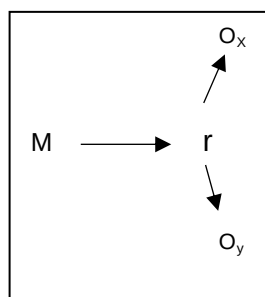
El enfoque de la investigación es cuantitativo, ya que se basa en la recolección y análisis de datos numéricos, permitiendo medir las variables a través de frecuencias, porcentajes y otros procedimientos estadísticos. Este enfoque se caracteriza por la objetividad en el análisis de los datos, así como por la posibilidad de generalizar los resultados obtenidos dentro de la

población de estudio, contribuyendo a una interpretación más precisa de los fenómenos observados.

Diseño de investigación

El diseño de la investigación es no experimental, de corte transversal y de tipo prospectivo. Es no experimental, debido a que no se manipulan las variables de estudio, sino que estas son observadas tal como se presentan en la realidad. Es de corte transversal, porque la recolección de datos se realizó en un solo momento en el tiempo, permitiendo analizar la situación de las variables en un periodo determinado. Asimismo, es de tipo prospectivo, ya que los datos fueron obtenidos directamente de los participantes durante el desarrollo del estudio, con fines previamente establecidos. (36)

Esquema de diseño:



4.2. Ámbito temporal y espacial

Temporal

El presente estudio se desarrolló durante el periodo comprendido entre los años 2024 y 2025, intervalo en el cual se llevaron a cabo todas las fases de la investigación, incluyendo la planificación, recolección, procesamiento y análisis de los datos. Este periodo permitió obtener información actualizada sobre la autopercepción y el nivel de conocimiento de la disfunción temporomandibular en los pacientes, garantizando así la pertinencia y validez temporal de los

resultados obtenidos. Asimismo, la delimitación temporal contribuye a contextualizar los hallazgos dentro de un marco específico, facilitando su interpretación en relación con la realidad sanitaria del momento.

Espacial

La investigación se realizó en el Hospital Regional de Cusco, establecimiento de salud de nivel referencial ubicado en el departamento del Cusco. Específicamente, el estudio se llevó a cabo en el servicio de odontología, área en la cual se atiende a pacientes con diversas afecciones del sistema estomatognático, incluyendo la disfunción temporomandibular.

La selección de este establecimiento se fundamenta en su alta demanda de atención, lo que permitió acceder a una población representativa de pacientes, así como en la disponibilidad de los recursos necesarios para la ejecución del estudio.

4.3. Población y muestra

Población

La población de estudio estuvo conformada por un total de 2450 pacientes atendidos en el servicio de odontología del Hospital Regional de Cusco durante el periodo 2024–2025, incluyendo tanto varones como mujeres de diferentes grupos etarios. Dicha población representa el universo de individuos que presentan características relevantes para el estudio, en relación con la autopercepción y el nivel de conocimiento sobre la disfunción temporomandibular.

Muestra

La muestra del presente estudio se obtuvo a partir de la población total conformada por 2450 pacientes atendidos en el servicio de odontología del Hospital Regional de Cusco durante el

periodo 2024–2025, aplicando la fórmula para el cálculo de tamaño muestral en poblaciones finitas, con el propósito de garantizar la representatividad de los resultados.

Formula que ayudara a estimar la proporción finita:

$$n = \frac{N * Z^2 * p * q}{e^2 * (N - 1) + Z^2 * p * q}$$

$$n = \frac{2450 * 1.96^2 * 0.5 * 0.5}{0.05^2 * (2450 - 1) + 1.96^2 * 0.5 * 0.5}$$

$$n = 332$$

En ese sentido, la muestra quedó conformada por 332 pacientes, quienes fueron seleccionados de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión establecidos en la investigación. Cabe precisar que la selección de los participantes se realizó mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, debido a que se trabajó con los pacientes que acudieron al servicio de odontología durante el periodo de estudio y que cumplieron con los criterios establecidos, considerando la accesibilidad y disponibilidad de los mismos.

Este procedimiento permitió contar con una muestra suficiente para describir y analizar la autopercepción y el nivel de conocimiento sobre la disfunción temporomandibular en el contexto específico del Hospital Regional de Cusco.

Criterios de inclusión

- Pacientes de 18 años a más.
- Pacientes que deseen participar de dicha investigación.
- Pacientes con o sin diagnósticos DTM.
- Pacientes hospitalizados derivados solo por el servicio de odontología.
- Pacientes atendidos en servicio de odontología en el periodo del año 2024.

Criterios de exclusión

- Pacientes de otros servicios.
- Pacientes con alteración mental.
- Pacientes con dificultades de habla y comunicación.

4.4. Instrumentos**Técnica:**

Para ambas variables de estudio se utilizó la técnica de la encuesta, la cual permitió recolectar información directa de los pacientes de manera estructurada, facilitando la obtención de datos cuantificables sobre el nivel de conocimiento y la autopercepción de la disfunción temporomandibular.

Instrumento:

Para el presente trabajo de investigación se utilizaron 2 instrumentos, para medir el nivel de conocimiento se utilizó el cuestionario (A), para medir la autopercepción se utilizó el Índice anamnésico simplificado de Fonseca (B), como se detalla a continuación:

1. Instrumento para la variable nivel de conocimiento:

El cuestionario fue elaborado como un instrumento estructurado compuesto por 8 ítems, diseñados para recopilar información cuantificable sobre el nivel de conocimiento que poseen los pacientes respecto a la disfunción temporomandibular. En su organización, el instrumento presenta una secuencia lógica que permite abordar progresivamente distintos aspectos del conocimiento del paciente. En primer lugar, las preguntas 1 y 2 están orientadas a la identificación de características de edad y el sexo, lo que permite contextualizar los resultados obtenidos. ⁵

Posteriormente, las preguntas 3 y 4, de tipo dicotómico (sí/no), tienen como finalidad identificar si el paciente ha recibido previamente un diagnóstico relacionado con trastornos de la articulación temporomandibular, así como si ha recibido información sobre esta condición, incluyendo sus signos y síntomas. Este apartado permite reconocer el nivel de exposición previa del paciente al tema. Seguidamente, las preguntas 5, 6 y 7 están diseñadas bajo la modalidad de opción múltiple, en las cuales solo una alternativa es correcta. Estas preguntas evalúan el conocimiento específico del paciente en relación con los síntomas, causas y características de la disfunción temporomandibular, permitiendo medir de manera objetiva su nivel de comprensión sobre la patología.

Finalmente, la pregunta 8 corresponde a un ítem de autoevaluación, en el cual el paciente valora su propio nivel de conocimiento. Esta pregunta busca relacionar el conocimiento real obtenido en las preguntas anteriores con la percepción que tiene el paciente sobre su capacidad para reconocer los signos y síntomas de la DTM.¹²

2. Instrumento para la variable autopercepción:

Para evaluar la autopercepción de la disfunción temporomandibular, se utilizó el Índice Anamnésico Simplificado de Fonseca, el cual constituye un instrumento ampliamente utilizado y validado en estudios clínicos. Este instrumento está conformado por 10 ítems, mediante los cuales se indaga la presencia de signos y síntomas asociados a la DTM desde la percepción del propio paciente. Las preguntas abordan aspectos relacionados con dolor en la región mandibular, dificultad en la apertura bucal, presencia de ruidos articulares, fatiga muscular y cefaleas, entre otros.

Las respuestas se presentan en formato de escala (sí, a veces, no), lo que permite asignar un puntaje a cada respuesta y, en consecuencia, clasificar el nivel de afectación del paciente. De

esta manera, el instrumento facilita la identificación de distintos niveles de severidad, tales como ausencia de DTM, DTM leve, moderada o severa.

Baremación

Una vez aplicado el cuestionario de nivel de conocimiento, se estableció una clasificación basada en el número de respuestas correctas, permitiendo diferenciar entre niveles bajos y adecuados de conocimiento. Por su parte, el Índice de Fonseca permitió categorizar la autopercepción de los pacientes en función del puntaje obtenido, facilitando el análisis de la severidad de la disfunción temporomandibular.

Baremo de datos:

Preguntas	Respuesta	Nivel de medición	Dimensión	Valoración (recodificación)
1. Género	Masculino Femenino	Cualitativa	-	-
2. Edad	18-25 años 26-30 años 30 a más	Cuantitativa	-	-
3. Aporte informativo	No Sí	Cualitativa	-	-
4. Aporte informativo	No Sí	Cualitativa	-	-
5. Evaluación de conocimiento	Respuesta correcta B	Cualitativa	Bajo conocimiento	Bajo conocimiento (0 a 1 respuesta correcta)
6. Evaluación de conocimiento	Respuesta correcta D	Cualitativa		
7. Evaluación de conocimiento	Respuesta Correcta D	Cualitativa		
			Conocimiento adecuado	Conocimiento adecuado (2 a 3 respuestas correctas)
8. Autoevaluación	A B C D	Cualitativa	Sí identificó	No identifica (respuesta A o B)
			No identificó	Sí identifica (respuesta C o D)

Fuente: Ficha de recolección validada por Carlos M(Huancayo-2022),

Índice anamnésicos simplificado de Fonseca

El nivel de DTM se evaluó con el Índice anamnésicos simplificado de Fonseca que consta de diez preguntas y tres opciones de respuesta “sí”, “a veces” y “no” con una puntuación respectiva de 10, 5 y 0 respectivamente, permitiendo clasificar a los encuestados en diferentes categorías.

- DTM Ausente: 0-15 puntos.
- DTM Leve: 20-40 puntos
- DTM Moderado: 45-60 puntos.
- DTM Severo: 70-100 puntos.

La ficha de recolección que se utilizara, fue validada por **Carlos M (Huancayo-2022)**, Quienes realizaron un estudio en la universidad Continental, en su estudio nivel de conocimiento y autopercepción de los trastornos temporomandibulares en los pacientes de un centro odontológico ubicado en lima 2021, este instrumento esta validado con un alfa de Cronbach de 0.89, el cual aceptable para el trabajo de investigación que se llevara a cabo.

4.5. Procedimientos

El desarrollo del procedimiento metodológico se inició con la gestión de la autorización institucional ante el Hospital Regional de Cusco, lo que permitió el acceso al servicio de odontología, ámbito en el cual se ejecutó la investigación. Esta autorización fue fundamental para garantizar la viabilidad del estudio y el acceso a la población objetivo. Una vez obtenida la autorización, se procedió a la coordinación con el personal de salud del servicio de odontología, con la finalidad de identificar a los pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión establecidos. Este proceso permitió delimitar adecuadamente la muestra y asegurar la pertinencia de los participantes dentro del estudio.

Posteriormente, se llevó a cabo la recolección de datos en campo, mediante la aplicación directa de los instrumentos a los pacientes seleccionados. En este contexto, se aplicó el cuestionario estructurado para medir el nivel de conocimiento y el Índice Anamnésico Simplificado de Fonseca para evaluar la autopercepción de la disfunción temporomandibular (DTM), alcanzando una muestra total de 332 pacientes.

Previo a la aplicación de los instrumentos, se brindó a cada participante una explicación clara y detallada sobre los objetivos y alcance de la investigación, garantizando su comprensión y participación informada. En ese sentido, se respetaron los principios éticos de la investigación, obteniéndose la firma del consentimiento informado, el cual aseguró la voluntariedad, confidencialidad y anonimato de la participación.

Durante la aplicación de los instrumentos, se mantuvo un acompañamiento adecuado a los participantes, con el propósito de resolver posibles dudas y asegurar la correcta comprensión de las preguntas, evitando sesgos en las respuestas y garantizando la calidad de la información recolectada. Finalmente, una vez concluida la fase de recolección, los datos fueron organizados, codificados y anonimizados mediante la asignación de códigos únicos, con el fin de proteger la identidad de los participantes. Asimismo, se realizó una revisión y verificación de los cuestionarios aplicados, asegurando la consistencia, integridad y calidad de los datos obtenidos, lo que permitió su posterior procesamiento y análisis estadístico.

4.6. Análisis de datos

El procesamiento de la información recolectada se realizó mediante el uso del programa estadístico IBM SPSS Statistics, versión 27, el cual permitió organizar, codificar y analizar los datos obtenidos a partir de los instrumentos aplicados. En una primera etapa, se efectuó la depuración y codificación de los datos, asignando valores numéricos a cada una de las variables y categorías de respuesta, con el propósito de facilitar su tratamiento estadístico y garantizar la consistencia de la información.

Posteriormente, se desarrolló el análisis descriptivo, mediante el cálculo de frecuencias absolutas (n) y relativas (%), lo que permitió caracterizar a la población de estudio en función de variables como edad y sexo, así como describir el nivel de conocimiento y la autopercepción de la disfunción temporomandibular (DTM). Asimismo, se emplearon tablas de distribución de frecuencias y gráficos estadísticos (barras y sectores), con la finalidad de presentar los resultados de manera clara, ordenada y comprensible, facilitando su interpretación.

En una segunda etapa, se realizó el análisis inferencial, con el objetivo de determinar la relación existente entre las variables de estudio: nivel de conocimiento y autopercepción de la DTM. Para ello, se utilizó la prueba de Chi-cuadrado de Pearson, adecuada para analizar la asociación entre variables categóricas.

El nivel de significancia estadística se estableció en $p < 0.05$, criterio que permitió aceptar o rechazar la hipótesis planteada en la investigación. Finalmente, los resultados obtenidos fueron organizados y presentados en tablas de contingencia, siguiendo criterios de claridad y coherencia, lo que permitió dar respuesta a los objetivos planteados y facilitar su discusión e interpretación dentro del estudio.

V. Resultados y discusión

Resultados:

Tabla 1 Características de los pacientes según sexo y edad del Hospital Regional de Cusco 2024

Características según sexo y edad		<i>f</i>	%
Sexo	Femenino	215	64.76
	Masculino	117	35.24
	Total	332	100 %
Edad	De 18 a 25 años	61	18.37
	De 26 a 30 años	93	28.01
	Mayor de 30 años	178	53.61
	Total	332	100 %

Fuente: Elaboración propia.

Interpretación: la tabla 1 muestra las características de sexo y edad de los pacientes atendidos en el Hospital Regional de Cusco en 2024. Se observa que la mayoría son mujeres, representando el 64.76% o 215 pacientes, mientras que los hombres constituyen el 35.24% o 117 pacientes.

En cuanto a la edad, la mayor parte de los pacientes tiene más de 30 años 53.61%, o 178 personas. Le siguen las personas entre 26 y 30 años 28.01%o 93 pacientes y las de 18 a 25 años son el 18.37% o 61 pacientes. hay más mujeres y adultos mayores de 30 años en el grupo de personas que acudieron al Hospital regional de Cusco-2024.

Tabla 2 Nivel de conocimiento del trastorno temporomandibular en pacientes del Hospital Regional de Cusco-2024

Nivel de conocimiento	<i>f</i>	%
Bajo Conocimiento	285	85.84
Conocimiento adecuado	47	14.16
Total	332	100 %

Fuente: Elaboración propia.

Interpretación: la tabla 2 muestra cuánto saben los pacientes del Hospital Regional de Cusco en 2024 sobre los trastornos temporomandibulares (TTM). La mayoría, aproximadamente el 86%, con unos 285 casos, presentan un bajo nivel de conocimiento, con solo 0 a 1 punto evidencian limitado conocimiento sobre los síntomas, las causas o cómo se tratan estos trastornos. Solo alrededor del 14% tienen un nivel de conocimiento más adecuado, con entre 2 y 3 puntos.

Tabla 3 Autopercepción respecto al trastorno temporomandibular en pacientes del Hospital Regional de Cusco-2024

Autopercepción	<i>f</i>	%
No Identifica tener sus síntomas	315	94.88
Si identifica tener los síntomas	17	5.12
Total	332	100 %

Fuente: Elaboración propia.

Interpretación: la tabla 3 muestra cómo perciben los pacientes los síntomas de los trastornos temporomandibulares (TTM) en el Hospital Regional de Cusco durante 2024. Lo que

encontramos es que la gran mayoría, cerca del 95%, no se reconocen a sí mismos como afectados por estos síntomas, mientras que solo alrededor del 5% sí lo hacen.

Descripción del cuestionario 2 nivel de anamnésico simplificado de Fonseca

Tabla 4 Presencia o ausencia de TTM en pacientes del Hospital Regional de Cusco-2024.

a. Presencia y ausencia de TTM en *pacientes del Hospital Regional de Cusco*

Presencia Ausencia	<i>f</i>	%
Presencia	286	86.14
Ausencia	46	13.86
Total	332	100 %

b. Valores de presencia de TTM en pacientes del Hospital Regional de Cusco-2014

Niveles	<i>f</i>	%
Leve	175	52.71
Presencia Moderado	60	18.07
Severo	51	15.36
Total	332	100 %

Fuente: Elaboración propia.

Interpretación: la tabla 4 muestra los resultados del cuestionario simplificado de Fonseca aplicado a pacientes en el Hospital Regional de Cusco durante 2024, con el objetivo de evaluar si tienen o no trastornos temporomandibulares (TTM) y qué tan graves son.

Los datos indican que aproximadamente el 86% de los pacientes (286 casos) presentan algún nivel de TTM, siendo la forma más común la leve 52.71% seguida de moderada 18.07% y severa 15.36%. Solo el 14% no mostraron signos de TTM. Se revela que estos trastornos son

bastante comunes en la población con la mayoría en niveles leves. la cantidad de casos moderados y severos en total de 33.43% resalta la importancia de detectar estos problemas a tiempo y ofrecer tratamiento.

Relacionar la autopercepción y nivel de conocimiento de difusión temporomandibular en pacientes del hospital regional de Cusco-2024.

Tabla 5 Relación entre el cuestionario de (Autopercepción y nivel de conocimiento) en el nivel de TTM (Índice Anamnésico simplificado de Fonseca) en los pacientes del Hospital Regional de Cusco-2024.

		Nivel de TTM (índice de Fonseca)								Chi²	p-valor
		TTM Ausente		TTM Leve		TTM Moderado		TTM Severo			
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%		
Diagnóstico de TTM	NO	35	76.1	126	72.0	42	70.0	41	80.4	1.981	0.576
	SI	11	23.9	49	28.0	18	30.0	10	19.6		
Presto información de signos y síntomas por odontólogo	NO	29	63.0	113	64.6	29	48.3	36	70.6	6.873	0.046
	SI	17	37.0	62	35.4	31	51.7	15	29.4		
Conocimiento de signos y síntomas	Bajo conocimiento	38	82.6	158	90.3	51	85.0	38	74.5	8.664	0.034
	Conocimiento adecuado	8	17.4	17	9.7	9	15.0	13	25.5		
Autoevaluación	No Identifica	42	91.3	168	96.0	56	93.3	49	96.1	2.109	0.550
	Si Identifica	4	8.7	7	4.0	4	6.7	2	3.9		
Total		46	100%	175	100%	60	100%	51	100%		

Fuente: Elaboración propia.

Interpretación: la tabla 5 muestra cómo la forma en que las personas perciben sus propios síntomas, cuánto saben sobre los trastornos temporomandibulares (TTM) y la gravedad de estos problemas, evaluados usando el Índice Anamnésico de Fonseca.

Se muestran que hay diferencias importantes en dos aspectos: la cantidad de información que dan los odontólogos ($p=0.046$) y el nivel de conocimiento que tienen las personas sobre TTM ($p=0.034$).

Los pacientes con TTM moderado llegaron a recibir más información odontológica (51.7%) en comparación con otros grupos, mientras que los que tenían TTM severo tendían a tener mayor conocimiento (25.5%), quizás porque sus síntomas eran más evidentes. No encontramos muchas diferencias en si tenían un diagnóstico previo ($p=0.576$) o en cómo percibían sus síntomas ($p=0.550$). La mayoría de los participantes en todos los grupos no reconocían sus propios síntomas más del 91%.

Aunque la gravedad del TTM puede influir en cuánta información reciben y en cuánto saben, todavía existe una gran falta de percepción por parte de los pacientes sobre sus propios síntomas.

Tabla 6 Autopercepción, nivel de conocimiento y nivel de TTM según sexo en pacientes del Hospital Regional de Cusco-2024.

		Sexo				Chi²	p-valor
		Femenino		Masculino			
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%		
Diagnóstico de TTM	NO	159	73.95	85	72.65	0.066	0.797
	SI	56	26.05	32	27.35		
Presto información de signos y síntomas por odontólogo	NO	138	64.19	69	58.97	0.877	0.349
	SI	77	35.81	48	41.03		
Conocimiento de signos y síntomas	Bajo conocimiento	185	86.05	100	85.47	0.021	0.886
	Conocimiento adecuado	30	13.95	17	14.53		
Autoevaluación	No identifica	207	96.28	108	92.31	2.460	0.077
	Si Identifica	8	3.72	9	7.69		
Nivel de TTM Índice Anamnéstico simplificado de Fonseca	TTM Ausente	29	13.49	17	14.53	0.158	0.984
	TTM Leve	113	52.56	62	52.99		
	TTM Moderado	40	18.60	20	17.09		
	TTM Severo	33	15.35	18	15.38		
TOTAL		215	100%	117	100%		

Fuente: Elaboración propia.

Interpretación: la tabla 6 muestra un análisis que busca entender si hay alguna diferencia entre hombres y mujeres en relación con los trastornos temporomandibulares (TTM) en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Cusco en 2024.

Los datos indican que no hay diferencias significativas estadísticamente ($p > 0.05$) entre ambos grupos en ninguna de las variables que se analizaron.

En cuanto al diagnóstico de TTM, tanto mujeres (73.95%) como hombres (72.65%) mostraron porcentajes similares de no tener diagnóstico, sin diferencias importantes por el género ($p=0.797$). Respecto a la información que dieron los odontólogos, el 64.19% de las mujeres y el 58.97% de los hombres no recibieron orientación sobre signos y síntomas, y esta diferencia no fue significativa ($p=0.349$). El nivel de conocimiento sobre TTM fue bajo en ambos grupos, pues el 86.05% de las mujeres y el 85.47% de los hombres no tenían información sobre el tema ($p=0.886$). Al hacer una autoevaluación, más hombres con un 7.69% y mujeres con un 3.72% parecieron identificar algunos síntomas, aunque esta diferencia no fue estadísticamente relevante ($p=0.077$) identifica una ligera diferencia donde las mujeres presentan una mala autoevaluación de los síntomas posibles de TTM. Los niveles de TTM según el índice de Fonseca fueron similares en ambos sexos, dominando el grado leve con un 52.56% en mujeres y un 52.99% en hombres, sin diferencias significativas ($p=0.984$).

El sexo no parece ser un factor que influya en los diagnósticos, conocimientos, gravedad de los TTM en los pacientes en caso de autopercepción se apreció ligera diferencia.

Tabla 7 Autopercepción, nivel de conocimiento y nivel de TTM según edad en pacientes del Hospital Regional de Cusco-2024.

		EDAD						Chi²	p-valor
		De 18 a 25 años		De 26 a 30 años		Mayor de 30 años			
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%		
Diagnóstico de TTM	NO	44	72.13	65	69.89	135	75.84	1.18 1	0.55 4
	SI	17	27.87	28	30.11	43	24.16		
Presto información de signo y síntomas por odontólogo	NO	40	65.57	53	56.99	114	64.04	1.62 6	0.44 3
	SI	21	34.43	40	43.01	64	35.96		
Conocimiento de Signos y síntomas	Bajo conocimiento	50	81.97	83	89.25	152	85.39	1.67 1	0.43 4
	Conocimiento adecuado	11	18.03	10	10.75	26	14.61		
Autoevaluación	No Identifica	57	93.44	85	91.40	173	97.19	4.53 7	0.09 3
	Si Identifica	4	6.56	8	8.60	5	2.81		
Nivel de TTM Índice Anamnésico simplificado de Fonseca	TTM Ausente	4	6.56	25	26.88	17	9.55	21.3 26	<u>0.00 2</u>
	TTM Leve	35	57.38	43	46.24	97	54.49		
	TTM Moderado	10	16.39	17	18.28	33	18.54		
	TTM Severo	12	19.67	8	8.60	31	17.42		
TOTAL		61	100%	93	100%	178	100%		

Fuente: Elaboración propia.

Interpretación: la tabla 7 muestra como la edad se relaciona con aspectos importantes de los trastornos temporomandibulares (TTM) en pacientes del Hospital Regional de Cusco en 2024.

Los datos muestran que, en general, no hay diferencias importantes entre los distintos grupos de edad en cuanto al diagnóstico de TTM ($p=0.554$), la información que dan los odontólogos ($p=0.443$), el nivel de conocimiento ($p=0.434$).

En relación a cómo perciben sus propios síntomas ($p=0.093$), encuentra una ligera diferencia donde el grupo de pacientes de 26 a 30 años logra identificar ligeramente más sus síntomas siendo el 8.6% de ellos cifra que baja en los de 18 a 25 de 6.56% los pacientes mayores de 30 años solo el 2,81% de ellos los identifica

Sí se encontró una diferencia significativa ($p=0.002$) en cómo se distribuyen la gravedad de los TTM según el índice de Fonseca. Las personas de 26 a 30 años tienen la mayor proporción de casos sin TTM (26.88%), mientras que, en el grupo de 18 a 25 años, casi el 20% presentan TTM severos (19.67%). La mayoría de los pacientes en todos los grupos tiene TTM leve, especialmente en los de 18 a 25 años, donde alcanza el 57.38%. los más jóvenes tienden a presentar formas más severas.

Tabla 8 Relacionar la autopercepción y nivel de conocimiento del TTM en pacientes del Hospital regional de Cusco-2024.

		Autoevaluación				Chi²	p-valor
		No Identifica		Si Identifica			
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%		
Conocimiento	Bajo conocimiento	270	81.33	15	4.52	0.084	0.771
	Conocimiento adecuado	45	13.55	2	0.60		

Fuente: Elaboración propia.

Interpretación: la tabla 8 evalúa la relación entre la autopercepción y el nivel de conocimiento sobre trastornos temporomandibulares (TTM) en pacientes del Hospital Regional de Cusco-

2024. Los resultados muestran que no existe una asociación estadísticamente significativa entre estas variables ($p=0.771$), indicando que el nivel de conocimiento no influye en la capacidad de los pacientes para identificar sus síntomas. La gran mayoría de los pacientes (81.33%) desconocían los TTM y tampoco reconocían tener síntomas, mientras que solo un 0.60% con conocimiento adecuado identificaba síntomas. Es una alarmante desconexión entre el conocimiento teórico y la autopercepción clínica, sugiriendo que incluso quienes poseen información sobre TTM no necesariamente los reconocen en sí mismos.

Discusión

El trabajo de investigación, Autopercepción y nivel de conocimiento en disfunción temporomandibular en pacientes del Hospital regional de Cusco-2024, muestra como resultados:

En cuanto a la población socio demográfica la mayoría son mujeres, representando el 64.76% o 215 pacientes, mientras que los hombres constituyen el 35.24% o 117 paciente, en cuanto a la edad la mayor parte de los pacientes tiene más de 30 años 53.61%, o 178 personas

Respecto a cuán informados están sobre los trastornos temporomandibulares (TTM). La gran mayoría, aproximadamente el 73.5%, no sabían que tenían TTM o no habían sido diagnosticados, mientras que solo el 26.5% ya habían recibido un diagnóstico en el pasado. Y que más de la mitad, el 62.35% se evidenció que ningún dentista les había explicado los síntomas o signos que podría indicar un TTM, en comparación con el 37.65% que sí recibió alguna orientación

Respeto al nivel de conocimiento sobre los trastornos temporomandibulares (TTM), aproximadamente el 86%, con unos 285 casos, presentan un bajo nivel de conocimiento, con solo 0 a 1 punto, no conocen o saben muy poco sobre los síntomas, solo alrededor del 14% tienen un nivel de conocimiento más adecuado, con entre 2 y 3 puntos.

En cuando a cómo perciben los pacientes los síntomas de los trastornos temporomandibulares (TTM), cerca del 95%, no se reconocen a sí mismos como afectados por estos síntomas, mientras que solo alrededor del 5% sí lo hacen y el 86% de los pacientes (286 casos) presentan algún nivel de TTM, siendo la forma más común la leve 52.71% seguida de moderada 18.07% y severa 15.36%. Solo el 14% no mostraron signos de TTM, las mujeres presentan una peor autoevaluación de los síntomas posibles de TTM

En cuanto a nivel de conocimiento y auto percepción los datos muestran que, en general, no hay diferencias importantes entre los distintos grupos de edad en cuanto al diagnóstico de

TTM ($p=0.554$), la información que dan los odontólogos ($p=0.443$), el nivel de conocimiento ($p=0.434$).

En cuanto a nuestra asociación de variables, no existe una asociación estadísticamente significativa entre estas variables ($p=0.771$), indicando que el nivel de conocimiento no influye en la capacidad de los pacientes para identificar sus síntomas. La gran mayoría de los pacientes (81.33%) desconocían los TTM y tampoco reconocían tener síntomas, mientras que solo un 0.60% con conocimiento adecuado identificaba síntomas.

Respecto a la presencia de DTM el autor, Komo H; et al. (7) hace mención que el 41.5% tenía TMD leve, el 19.3% TMD moderada y el 7.8% TMD severa, se evidencia semejanza de ambas poblaciones respecto a la DTM moderada (18.07%) en cuando a la severa (15.36%) nuestra población Cusqueña presenta casi el doble de esta patología, esto se puede deber a que la población estudiada fue mayor en el presente estudio.

El investigador Jaramillo C. (8) demuestra en sus resultados que el 60% de los pacientes presentó algún tipo de alteración temporomandibular siendo esta el máximo porcentaje de su población, ratificando a si nuestros resultados que con un 86% también presentan algún tipo de alteración de la TTM. estos valores elevados en ambas muestras demuestran que existe una marca afección en Latinoamérica de la patología, también se coincide en resultados en cuanto a que más poblaciones tienen en su mayoría una afección leve.

La autopercepción de DTM para Cintra D; et al. (9) indica que la falta de información básica sobre el DTM y la difusión de conceptos erróneos y obsoletos pueden retrasar el diagnóstico, se comparte con los resultados del autor teniendo que sin una buena autopercepción o buen nivel de conocimiento los tratamientos y la falta de ellos

En su investigación el autor Carlos M.¹¹ menciona que el nivel de conocimiento en bajo con un resultado de 56.7% respecto a su población, en cuanto a los resultados arrojados en esta investigación, muestran un nivel de conocimiento bajo en un 86%, ambos estudios son

realizados en pacientes, esta discrepancia se puede deber que la población del autor cuenta con mejores charlas informativas respecto a TTM.

El investigador Rojas G. (13) demuestra con sus resultados 36,4% de los participantes reportó TTM en nivel leve, la forma más común la leve 52.71%, se evidencia una variación en cuanto al porcentaje del nivel de TTM, pero se argumenta que el estudio se realizó en el 2022 lo que demuestra el incremento de la patología en estos años.

VI. Conclusiones

- El estudio revela que existe una marcada desconexión entre el nivel de conocimiento y la autopercepción de los trastornos temporomandibulares (TTM) en pacientes del Hospital Regional de Cusco-2024. El 85.84% de los pacientes presentó un bajo conocimiento sobre TTM, y el 94.88% no identificó síntomas, a pesar de que el 86.14% mostró algún grado de TTM según el Índice de Fonseca. Muestra una falta crítica de información y conciencia sobre esta condición
- No se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres en diagnóstico, conocimiento o severidad de TTM ($p > 0.05$). Sin embargo, se observó una ligera tendencia ($p = 0.077$) en la autopercepción, donde los hombres identificaron síntomas con mayor frecuencia (7.69%) que las mujeres (3.72%).
- La edad mostró una relación significativa con la severidad de TTM ($p = 0.002$), destacando que pacientes de 18-25 años presentaron mayor proporción de casos severos (19.67%), mientras que los de 26-30 años tuvieron más casos sin TTM (26.88%).
- El análisis revela que, aunque los pacientes con TTM moderado/severos recibieron más información odontológica (51.7%) y mostraron mayor conocimiento (25.5%), más del 90% en todos los niveles de gravedad no reconocieron sus síntomas. Esto evidencia una grave desconexión entre el conocimiento teórico y la autopercepción real, independientemente de la severidad del trastorno.

VII. Recomendaciones

- Al Hospital Regional del Cusco se recomienda desarrollar programas educativos en salud bucal orientados a la disfunción temporomandibular: Se recomienda implementar charlas, talleres o campañas informativas dirigidas a los pacientes del Hospital Regional de Cusco, con el fin de mejorar su nivel de conocimiento y promover una adecuada autopercepción sobre los signos y síntomas de la DTM.
- Al Hospital Regional del Cusco se recomienda capacitar a su personal de salud en la detección temprana de la DTM: Es importante fortalecer las capacidades del personal de odontología y medicina general para que puedan identificar tempranamente los casos de DTM y brindar orientación oportuna a los pacientes.
- Al servicio de odontología del Hospital Regional del Cusco se recomienda diseñar materiales informativos accesibles: Elaborar folletos, afiches y videos educativos en lenguaje sencillo y con apoyo visual, que expliquen las causas, síntomas, factores de riesgo y opciones de tratamiento de la DTM, para colocarlos en las salas de espera del hospital.
- Al servicio de odontología del Hospital regional se recomienda realizar campañas de prevención enfocadas en hábitos de riesgo: Fomentar hábitos saludables y prevenir factores como el bruxismo, el estrés, y las malas posturas mandibulares mediante actividades educativas periódicas dentro del hospital.
- A los cirujanos dentistas se recomienda incorporar la evaluación de DTM en las consultas odontológicas de rutina: Se sugiere incluir una breve evaluación clínica y un cuestionario de autopercepción en las consultas regulares, a fin de identificar casos no diagnosticados y brindar atención oportuna.
- A los bachilleres de la carrera profesional de odontología en la etapa de selección de tema para elaboración de tesis se les recomienda ampliar la investigación a otros centros de

salud:

Se recomienda realizar estudios similares en otros hospitales y centros de salud de la región, con el fin de comparar resultados y diseñar estrategias de intervención a nivel regional.

- A los centros de salud públicos se recomienda promover el enfoque multidisciplinario para el manejo de la DTM: Impulsar la colaboración entre odontólogos, fisioterapeutas, psicólogos y médicos para una atención integral del paciente con DTM, considerando los factores físicos y emocionales asociados
- Al colegio odontológico del Perú, se recomienda ofrecer cursos, capacitaciones acerca de la disfunción temporomandibular a los profesionales en odontología, para mejor manejo y prevención en DTM.
- A los estudiantes de la carrera profesional de estomatología que realicen el autoconocimiento y el estudio de DTM.

VIII. Referencias bibliográficas

1. Quijano Y. Anatomía clínica de la articulación temporomandibular (ATM). Departamento de Morfología. Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Colombia.. 2011; 3(4).
2. Guanilo J. Nivel de conocimiento de los cirujanos dentistas sobre disfunción temporomandibular del distrito de Trujillo - 2020. TESIS DE PREGRADO. Trujillo: upao, Trujillo; 2021.
3. Seminario J. Nivel de conocimiento sobre disfunción temporomandibular en cirujanos dentistas del distrito de chorrillos – 2023. [tesis de pregrado]. Chorrillos: Universidad Roosevelt, Lima; 2024.
4. Nazargi M. et al. Evaluación de la ubicación del foramen mental en una muestra de población de Arabia Al Hasa, utilizando tecnología de tomografía computarizada de haz cónico: Un estudio retrospectivo. Journal of Oral Research. 2021; 10(3).
5. Sánchez C, et al. Adaptación transcultural y validación del índice anamnésico de Fonseca en una población española con trastornos temporomandibulares. J.Clin. Medicina. 2020; 9(10): p. 12-19.
6. Hernández Sampieri , Mendoza C. Metodología de la investigación, las rutas cuantitativas y cualitativas y mixtas. 1st ed. Mexicana E, editor. México: Mc Graw- Hill interamericana editores , S.A.; 2018.
7. Komo H, Almutairi M, Addus A. Prevalence, knowledge and awareness level of temporomandibular joint disorder among Saudi population. Medical Science. 2022; 26(3).

8. Jaramillo C. Presencia de alteraciones temporomandibulares mediante el índice Fonseca. Hospital IESS, 2020. [tesis de pregrado]. UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO, Ecuador; 2020.
9. Cintra D, Oliveira S, Isadora. Impacto perjudicial de las creencias erróneas sobre los trastornos temporomandibulares y posibles estrategias para superarlas. *Journal of oral rehabilitation*. 2022; 3(1).
10. Bin J, Huina C, Yongqiang D, Panying W. Knowledge, attitudes, and practices regarding temporomandibular joint disorder among patients. *Scientific reports*. 2026; 16(1): p. 1-11.
11. Ilgunas A, Fjellman , Häggman. Experiencias de pacientes con trastornos temporomandibulares y tratamientos relacionados. *BMC Oral Health*. 2023; 23(653).
12. Carlos M. Nivel de conocimiento y autopercepción de los trastornos temporomandibulares en los pacientes de un centro odontológico ubicado en Lima 202. Tesis de Pregrado. Lima: Universidad Continental, Lima; 2021.
13. Rojas G. Relación entre la autopercepción de trastornos temporomandibulares y estrés en personal de seguridad ciudadana. [tesis de pregrado]. Universidad Norbert Wiener, Lima; 2022.
14. Benites V , Trujillo H. Prevalencia y diagnóstico de disfunción temporomandibular en la práctica médica - Hospital General María Auxiliadora. *Acta Médica Peruana*. 2021; 38(2).
15. Canches E. Disfunción temporomandibular mediante el Índice de Helkimo (Modificado por Maglione) y el nivel de stress según el Índice Percibido en pacientes atendidos en el Centro Odontológico Sonrisas Up. 2020. [Tesis de Pregrado]. Universidad Privada de Huancayo Franklin Roosevelt; 2020.

16. Gomez G, Gomez G. revalencia de trastornos temporomandibulares en pacientes atendidos en la clínica odontológica de la universidad privada Antenor Orrego, Trujillo. [Tesis de Pregrado]. Universidad Privada Antenor Orrego, Trujillo; 2020.
17. Fuentes A, Pastor Ramírez N. Autopercepción del estado de salud y capacidad de autocuidado en estudiantes universitarios de enfermería. Revista medica Panacea. 2022; 11(3).
18. Silva T, et al. Nivel de conocimiento de los estudiantes sobre el examen clínico y patologías de atm. Tesis de Pregrado. Lima: Cientifica, Lima; 2021.
19. Arellano Mendoza G,ea. Nivel de conocimiento sobre el Manejo Odontológico de pacientes con Trastornos de la Articulación Temporomandibular en Estudiantes de la Carrera de Odontología, UNAN-Managua, Julio a Diciembre 2017. Tesis de Pregrado. Nicaragua: unan, Managua; 2019.
20. Celakil T, Saruhanoğlu A. Conocimiento y actitud hacia los trastornos temporomandibulares: una encuesta realizada en Estambul. Pubmed. 2022 Marzo; 35(1): p. 39-45.
21. Benites J, Trujillo H. Prevalencia y diagnóstico de disfunción temporomandibular en la práctica médica - Hospital General María Auxiliadora. scielo. 2021 Abril; 38(2).
22. Solís L, Barajas-Pérez. Prevalencia de trastornos temporomandibulares mediante el índice anamnésico simplificado de fonseca en estudiantes de odontología de la universidad juárez del estado de durango, México. Revistacientifica odontologica. 2021; 9(2).

23. Larrazál C. Estudio anatómico del Tercer Molar Mandibular incluido. [tesis doctoral]. Valencia: Departamento de Anatomía y Embriología Humana Valencia; 2015.
24. Hadziabdic N, Dzankovic , Maktouf , Tahmiscija. The Clinical and Radiological Evaluation of Impacted Third Molar Position, Crown and Root Morphology. Pubmed. 2023; 52(2): p. 77-87.
25. Gururaj N. Role of supraerupted and distovered maxillary third molars in the treatment of Temporomandibular disorders- A randomized control trial. Cureus. 2023; 15(2): p. 1-11.
26. Romero C. Severidad de trastornos temporomandibulares según el índice anamnésico simplificado de fonseca en docentes de la escuela profesional de estomatología en la universidad andina del cusco-2022. Revistas.uandina. 2022; 9(1).
27. Lopez A, Pinto A. Estudio descriptivo sobre el conocimiento de la disfunción temporomandibular y la autopercepción de dicha patología en una población universitaria. Tesis de Pregrado. España: buleria.unileon, España; 2017.
28. Hernández B, et al. Caracterización de la oclusión dentaria en pacientes con trastornos temporomandibulares. scielo. 2018 Octubre; 22(5).
29. Okeson JP. Tratamiento de Oclusión y Afecciones Temporomandibulares. 7th ed. Barcelona: ELSEVIER; 2013.
30. Berrocal D. Patologías y tratamientos más comunes de la disfunción temporomandibular. [ensayo]. España: revistahigienistas, Barcelona ; 2020.
31. FA FC. Conocimientos actuales para el entendimiento del bruxismo. Revisión de la literatura. Revista ADM. 2018; 75(4).

32. Fuenzalida C , Hernández M. Alteraciones estructurales y funcionales del sistema estomatognático. Revista Arete. 2017; 17(1).
33. Real academia española. Real academia española. [Online].; 2024 [cited 2024 Julio 1. Available from: <https://dle.rae.es/signo>.
34. Ramírez M , Barragán López. Autopercepción de estudiantes universitarios sobre el uso de tecnologías digitales para el aprendizaje. Scielo. 2020; 10(2).
35. Vizcaíno P. Metodología de la investigación científica: Guía Práctica. Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar. 2023; 7(4): p. 9723-9762.
36. Escudero S, Cortez S. Técnicas y métodos cualitativos para la investigación científica. Primera edición en español ed. Machala utd, editor. Machala-Ecuador: UTMACH; 2017.

Los anexos, panel fotográfico y otros documentos están resguardados en la oficina de repositorio digital institucional en la Biblioteca Central de la Universidad Tecnológica de los Andes