

Factores de riesgo de bruxismo en pacientes adultos

Risk factors of bruxism in adult patients

Dr. Bismar Hernández Reyes^I; Dra. Silvia María Díaz Gómez^I; Dra. Siomara Hidalgo Hidalgo^I; Dra. Sandra López Lamezón^{II}; Dra. Lourdes García Vitar^I; Dr. José Enrique Noy.^I

I Facultad de Estomatología. Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey. Camagüey, Cuba.

II Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey. Camagüey, Cuba.

RESUMEN

Fundamento: el bruxismo es de las alteraciones parafuncionales el más prevalente, complejo y destructivo de los desordenes orofaciales.

Objetivo: determinar los factores de riesgo de bruxismo en pacientes adultos atendidos en la consulta de Oclusión dentaria.

Métodos: se realizó un estudio analítico de casos-controles desde enero de 2014 hasta julio de 2016, de un universo de 2 000 pacientes, a través de un muestreo aleatorio simple. La selección de la muestra quedó conformada por 678 individuos, dividida en dos grupos: uno de estudio y el otro de control, integrado cada uno por 339 pacientes. Se evaluaron por método de regresión logística univariado y multivariado las asociaciones entre los presuntos factores de riesgo y la ocurrencia del bruxismo.

Resultados: existió relación de riesgo entre el bruxismo y el estrés, el recurso de afrontamiento al estrés con focalización negativa, el hábito tóxico de tabaquismo, interferencias oclusales y maloclusión.

Conclusiones: se determinó la probabilidad de ser bruxópata en función de las variables incluidas y estimó la influencia independiente de cada variable sobre el bruxismo al controlar las restantes.

DeCS: BRUXISMO/ etiología; FACTORES DE RIESGO; OCLUSIÓN DENTAL; ADULTO; ESTUDIOS DE CASOS Y CONTROLES.

ABSTRACT

Background: among the parafunctional alterations, bruxism is the most prevalent, complex and destructive of the orofacial disorders.

Objective: to determine the risk factors of bruxism in adult patients assisted in the dental occlusion service consultation.

Methods: an analytical study of control-cases was carried out from January 2014 to July 2016, from a universe of 2 000 patients, by means of a simple random sampling. The selection of the sample was composed of 678 individuals, divided in two groups: a study group and a control group, integrated by 339 patients each one. The associations between the alleged risk factors and the occurrence of bruxism were evaluated by unvaried and multivaried logistic regression.

Results: there was a risk relationship between bruxism and stress, the resource of facing stress with a negative focalization, the smoking habit, occlusive interference and malocclusion.

Conclusions: the possibility of being a bruxist patient was determined in relation to the included variables and estimated the independent influence of each variable over bruxism when controlling the rest of them.

DeCS: BRUXISM/etiology; RISK FACTORS; DENTAL OCCLUSION; ADULT; CASE-CONTROL STUDIES.

INTRODUCCIÓN

El bruxismo es un exponente mutilador del sistema gnático, considerado para Pieri Silva K, et al,¹ y Silva Contreras AM,² el hábito de apretamiento y rechinado de los dientes, con movimientos que hacen contactos sin propósitos funcionales y en ocasiones el hábito es diurno o nocturno, con distintos grados de intensidad y persistencia en el tiempo, de manera inconsciente.

El bruxismo es de las alteraciones parafuncionales el más prevalente, complejo y destructivo de los desórdenes orofaciales. Es un problema médico que a escala mundial refiere Montero Parri-lla JM, et al,³ y Silva Contreras AM,² afectan del 15 al 23 % de la población adulta, aunque Díaz Gómez SM, et al,⁴ aseveran que el 80 % de la población en general tiene al menos un signo clínico de parafunción. En Cuba, representa un problema de salud por su alta prevalencia y re-

percusión en el bienestar físico y psicológico del organismo.

De la Torre Rodríguez E, et al,⁵ describe una prevalencia del 79 % en la Ciudad de la Habana y Silva Contreras AM,² del 75 % en la población pesquisada en el municipio Consolación del Sur, en Pinar del Río.

En la actualidad por la controversia en cuanto a su etiopatogenia, fundamenta Guevara Gómez SA, et al,⁶ los clínicos han ampliado la búsqueda de otros factores causales, donde la oclusión dentaria cede su accionar a otras áreas del conocimiento como la psicosocial, al relacionar el estrés y sus respuestas de afrontamiento, unido a condiciones psicopatológicas como: el consumo de alcohol, tabaco, drogas y medicamentos, con el origen del bruxismo.

Cordero García S, et al,⁷ enfatiza que la identificación de los factores de riesgo es primordial

para llegar a un buen diagnóstico; estos varían de un lugar a otro, por lo que deben ser identificados en cada área de salud o servicio estomatológico para desarrollar estrategias de intervención poblacional e individual que disminuyan su incidencia, lo que permitiría incluir regímenes preventivos en el plan terapéutico.

A diario a consultas estomatológicas acuden pacientes bruxópatas aquejados de dolor, molestias y con mutilaciones desbastadoras en las estructuras dentarias con gran afectación estética, todos buscan en algún momento precisar con exactitud las causas del padecimiento que lo aqueja. La posible predicción temprana del riesgo a padecer de parafunciones es un desafío, por ello se propuso determinar los factores de riesgo de bruxismo en pacientes adultos atendidos en la consulta de Oclusión dentaria.

MÉTODOS

Se realizó un estudio analítico de casos y controles en la consulta Provincial de Oclusión dentaria de la Ciudad Camagüey, desde de enero de 2014 hasta julio de 2016. De un universo de 2000 pacientes a través un muestreo aleatorio simple se seleccionó una muestra de 678 individuos, la que se dividió en dos grupos, uno experimental integrado por 339 pacientes bruxópatas, y el grupo control conformado por la misma cantidad de individuos, con la condición de que los pacientes fueran sanos; ambos grupos con una relación de proporcionalidad 1 a 1.

Se incluyeron los pacientes de edad mayor de 19 años y de ambos sexos, con fórmulas dentaria superior e inferior íntegras o desdentado parcial clase III de Kennedy con brechas cortas (hasta 20 milímetros),⁸ y que expresaron su consentimiento informado para participar en la investigación. Se excluyeron los pacientes con enferme-

dad mental o sistémica grave que imposibilitara la participación y asistencia a las consultas periódicas.

Organización de la investigación

Se determinó el diagnóstico del bruxismo por la presencia de facetas de desgastes no funcionales en dientes anteriores y posteriores; además, los pacientes presentaron al menos uno de los siguientes criterios: sonidos audibles referidos, fracturas de dientes y restauraciones, hipertrofia de los músculos masticatorios masetero y temporal, exóstosis, dolor muscular, dolor en la articulación temporomandibular y movilidad dentaria en las primeras horas de la mañana.²

La recolección de la información se realizó mediante la aplicación de un instructivo en forma de Historia Clínica, empleada en la consulta provincial de Oclusión dentaria de Camagüey, validada por criterios de expertos mediante el método Delphi,⁹ la cual contiene inmersa en su contenido las variables de interés a examinar: bruxismo, estrés, recurso de afrontamiento al estrés, hábito tóxico de tabaquismo, nivel de escolaridad, interferencias oclusales, alteraciones en las curvas de compensación, maloclusiones y funcionalidad de la guía anterior.

Se utilizó el método clínico mediante la observación, palpación, auscultación, percusión y un exhaustivo interrogatorio. Con la utilización del sillón dental reclinable, adecuada iluminación, set de clasificación y el uso de papel articular bicolor se entrenó a los pacientes en la realización de los movimientos mandibulares frente a un espejo facial con el propósito de determinar las interferencias oclusales.

Para buscar la posible influencia de las diferentes variables sobre la aparición del bruxismo se realizó una regresión logística simple o análisis univariado entre cada una de las variables

explicativas (independientes) y la variable de respuesta (dependiente: presencia de bruxismo), mediante la prueba de independencia χ^2 (Chi Cuadrado) con corrección u otra prueba para análisis de tablas de contingencia de mayor especificidad, en caso de asociación significativa ($p \leq 0.05$) se incluyó la variable explicativa en el análisis de regresión multivariado, se calculó los odds ratio ajustados (OR) (Exp bi) puntuales y por intervalos para cada variable seleccionada para ser interpretados, para cada valor del OR, se calculó sus intervalos de confianza del 95 %.

Bioética: en el estudio se respetaron los principios básicos de la ética médica.

RESULTADOS

Las variables: nivel de escolaridad, funcionabilidad de la guía anterior y las alteraciones en las curvas de compensación no resultaron factores de riesgo en la ocurrencia del bruxismo pues no se encontró asociación estadística al correlacionar estas variables en los grupos de casos y controles.

El 76,5 % de los pacientes bruxópatas presentaron estrés, con una significación de ($p=0,004$), un OR ajustado de 2,122 (IC 95 %, 1,031, 4,174). Predominó el recurso de afrontamiento

al estrés con focalización negativa en el 60,7 % de los pacientes del grupo de estudio, con una significación estadística de ($p=0,000$), el OR ajustado más alto de todas las variables de 2,962 (IC 95 %, 1,967, 4,461), lo que se interpreta que los pacientes con un recurso de afrontamiento negativo al estrés tienen tres veces más posibilidades de riesgo a debutar con bruxismo (tabla 1).

De los 130 individuos con hábitos tóxicos de tabaquismo, el 64,5 % de ellos pertenecía al grupo de estudio con una diferencia estadística respecto al grupo control de ($p=0,000$), (OR=2,221; IC95 % 1,469, 3,358), lo que refleja un riesgo dos veces mayor de padecer bruxismo (tabla 2).

El 55,4 % de los pacientes bruxópatas tenían interferencia oclusales, variable que resultó significativa ($p=0,022$), con un OR ajustado de 2,449 (IC95 % 1,056, 5,789), a partir de este valor se estima que el riesgo de debutar con bruxismo es 1,4 veces mayor (tabla 3).

Se constató una morbilidad de pacientes bruxópatas con maloclusiones del 56,3 %, con un coeficiente de regresión distinto de cero ($p=0,005$) y OR ajustado de 2,576 (IC95 % 1,149; 5,789), lo que implica que el riesgo de presentar bruxismo es 1,6 veces mayor (tabla 4).

Tabla 1. Caracterización de los pacientes según presencia de estrés y recurso de afrontamiento al estrés atendidos en la consulta de oclusión dentaria de Camagüey. Enero 2014 a julio 2016

Factor	Casos		Controles		Total		Significación
	No.	%	No.	%	No.	%	
Presencia de estrés							0,004
Sí	267	76,5	82	23,5	349	51,5	
No	72	21,9	257	78,1	329	48,5	
Recurso de afrontamiento al estrés							0,000
Positivo	42	22,2	147	77,7	189	27,9	
Negativo	297	60,7	192	39,2	489	72,1	

Tabla 2. Caracterización de los pacientes según presencia del hábito tóxico de tabaquismo y nivel de escolaridad

Factor	Casos		Controles		Total		Significación
	No.	%	No.	%	No.	%	
Hábito tóxico de tabaquismo							0,000*
No	255	46,5	293	53,5	548	80,8	
Si	84	64,5	46	35,4	130	19,2	
Nivel de escolaridad							0,877
Bajo	143	49,5	146	50,5	289	42,6	
Alto	196	50,4	193	49,6	389	57,4	

Tabla 3. Caracterización de los pacientes según interferencias oclusales y funcionabilidad de la guía anterior

Factor	Casos		Controles		Total		Significación
	No.	%	No.	%	No.	%	
Interferencias oclusales							0,003*
No	139	43,8	178	56,2	317	46,8	
Sí	200	55,4	161	44,6	361	53,2	
Funcionabilidad de la guía anterior							0,939
Funcional	139	49,6	141	50,4	280	41,3	
Disfuncional	200	50,3	198	49,7	398	58,7	

Tabla 4. Caracterización de los pacientes según maloclusiones y alteraciones de las curvas de compensación

Factor	Casos		Controles		Total		Significación
	No.	%	No.	%	No.	%	
Maloclusiones							0,001*
No	146	43,6	189	56,4	335	49,4	
Sí	193	56,3	150	43,7	343	50,6	
Alteraciones de las curvas de compensación							0,218
No	169	52,6	152	47,3	321	47,3	
Sí	170	47,6	187	52,4	357	52,7	

DISCUSIÓN

La escolaridad, a pesar de ser representativa en las investigaciones de Silva Contreras AM,² y Leyva Ponce de León A, et al,¹⁰ en el presente estudio tras aplicar los métodos de regresión logística, no resultó factor de riesgo; resultado que difiere del encontrado por Alcolea Rodríguez JR, et al,¹¹ al comprobar asociación de estas dos variables e indicar que los individuos de su comunidad con alto nivel de escolaridad tenían más probabilidades de padecer de bruxismo.

Aún cuando las variables funcionabilidad de la guía anterior y alteraciones de las curvas de compensación no resultaron factores de riesgo, la experiencia de trabajo en la consulta de Oclusión dentaria en Camagüey recopila evidencia científica en investigación aplicada que demuestra el rol fundamental de estos dos factores en el desgarramiento del sistema gnático y la aparición del hábito parafuncional. Fundamentos avalados por Delgado Izquierdo Y,¹² quien piensa y opina que al buscar salud del sistema gnático hay que pensar primero en los dientes anteriores y en su acoplamiento correcto pues sin

esta condición no puede existir desoclusión posterior, según las combinaciones de resalte y sobrepase, elementos a examinar en la evaluación de la Oclusión dentaria. Cárdenas Erosa R, et al,¹³ reporta que el 72 % de los pacientes examinados presentó guía anterior disfuncional unida a signos y síntomas de bruxismo y disfunción, resultados coincidentes, pero en cifras superiores a la presente investigación.

En la actualidad el estrés constituye un problema a escala mundial, Allberg J, et al,¹⁴ en su artículo científico: autoevaluación de la relación entre el bruxismo, la ansiedad y el estrés en adultos, apreció que los pacientes bruxópatas tenían dos veces más probabilidades de padecer estrés elevado respecto a los que no tenían bruxismo, resultados similares a los encontrados.

Nápoles García D, et al,¹⁵ y Okenson JO,¹⁶ refieren que las conexiones entre el sistema límbico y el sistema muscular mandibular explican la alta prevalencia que tiene el bruxismo en aquellas personas con altos niveles de estrés, al ser el sistema límbico el responsable de la naturaleza afectiva de las sensaciones y de su

repercusión emocional, crean un mecanismo de retroalimentación positiva (dolor-contracción-dolor) que conduce a la parafunción. En similitud con la investigación actual son los resultados de Magdalena Díaz I,¹⁷ en Brasil, al demostrar asociación entre el bruxismo y estrés.

De acuerdo con Verdugo Lucero JC, et al,¹⁸ el afrontamiento juega un papel importante como mediador entre las experiencias estresantes a las que se encuentran sometidas las personas, los recursos personales y sociales con los cuales cuentan para hacerles frente, y las consecuencias que se derivan de las mismas. Es preciso aclarar tal resultado en el estudio pues se debe a la confluencia de los niveles de estrés encontrados en la población examinada lo que evidencia el pobre recurso de afrontamiento puesto en marcha por los pacientes bruxópatas que no les permite focalizar sus problemas y lo somatizan a nivel del sistema estomatognático y específico en la estructura dentaria.

Fundamenta García Gascón A, et al,¹⁹ que las investigaciones clínicas y de laboratorio han demostrado que el consumo de tabaco representa un riesgo para la salud, con gran influencia negativa en el tiempo y la calidad del sueño, aspecto relacionado con la aparición del hábito parafuncional.

En la actualidad Guevara Gómez SA, et al,⁷ y Magdalena Díaz I, et al,¹⁷ dan a conocer el tabaquismo y sus efectos como potencial factor de riesgo de bruxismo, pues al estimular el sistema nervioso central aumenta la actividad electromiográfica de la musculatura masticatoria y desencadena episodios de bruxismo en el 60 a 80 % de los casos, aseveración en concordancia con las cifras reportadas en la investigación.

Hoy día, se expresa mayor riesgo en las perso-

nas que aunque no fumen estén expuestos de manera intensa o moderada al humo del tabaco,²⁰ idea que impulsa a reforzar aún más las labores preventivas frente a una enfermedad en creciente aumento. No se encontraron estudios a nivel nacional que abordaran el riesgo de padecer bruxismo en presencia de hábitos tóxicos como el tabaquismo; tema de estudio inter y multidisciplinario que abre nuevas interrogantes a la comunidad científica actual.

Alcolea Rodríguez JR, et al,¹¹ encontró al realizar una investigación en la provincia Granma que la morbilidad de riesgo por bruxismo en individuos con interferencias oclusales fue elevada con una probabilidad mayor a diferencia de los no afectados por la parafunción, resultados en similitud, pero con menor probabilidad de riesgo. Es preciso acotar que Grau León I, et al,²¹ admite que las interferencias oclusales son las causantes de trastornos musculares, articulares, así como de trauma a nivel del diente. Más alarmantes son los resultados arrojados por Ruiseco Palomares A, et al,²² donde casi la totalidad de la muestra examinada presentaba interferencias oclusales. Primordial resulta la necesidad de detectar de forma precoz las interferencias oclusales y no solo verlas asociadas al bruxismo, sino más bien como un potencial factor de riesgo a trastornos disfuncionales del sistema estomatognático.

Castillo Hernández R,²³ apunta que para estudiar los trastornos disfuncionales del sistema masticatorio es necesario comprender la causalidad, donde una maloclusión morfológica puede desencadenar una interferencia oclusal (maloclusión funcional) y ambas dependen de la capacidad adaptativa del sistema sin llegar a provocar daño, pero en determinado momento esta interferencia puede confinarse con una

situación estresante y provocar un abatimiento de la capacidad del individuo, lo que posibilita la disfunción en alguno de los componentes del sistema. En el presente estudio la variable maloclusión resultó factor de riesgo de bruxismo en la población examinada, resultados en similitud con los de Katakota K, et al,²⁴ donde demuestran relación estadística entre el bruxismo y las maloclusiones, al examinar en Japón un número elevado de estudiantes universitarios, pero en cifras superiores a las de la investigación presente.

En base a lo conciliado con anterioridad, se obtiene que los factores de la oclusión dentaria por sí solos no determinan la génesis del bruxismo, es necesario verlos en estrecha relación con los factores psicosociales, pues ambos constituyen un potente binomio morfológico y funcional que conllevan a un mecanismo de retroalimentación.

CONCLUSIONES

Se determinó la probabilidad de ser bruxópata en función de las variables incluidas y estimar la influencia independiente de cada variable sobre el bruxismo al controlar las restantes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pieri Silva K, Mora Pérez C, Álvarez Rosa I, González Arocha B, García Alpízar B, Morales Rosell L. Resultados de tratamiento estomatológico en niños con bruxismo. Medisur [Internet]. Feb 2015 [citado 11 Ene 2016];13(1):[aprox. 5 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2015000100014&lng=es
2. Silva Contreras AM. Bruxismo: su comportamiento en un área de salud. Rev Cienc Méd

[Internet]. Ene-Feb 2015 [citado 18 Ene 2016];19(1):[aprox. 9 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942015000100009&lng=es

3. Montero Parrilla JM, Jiménez Quintana Z. Rehabilitación ocluso-articular en un paciente bruxópata. Rev Cub Estomatol. 2011;48(3):287-92.
4. Díaz Gómez SM. Texto de parafunciones en sistema braille para pacientes ciegos y de baja visión. Arch Méd Camagüey [Internet]. Mar-Abr 2016 [citado 9 May 2016];20(2):[aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://www.revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/4303>
5. De la Torre Rodríguez E, Aguirre Espinosa I, Fuentes Mendoza V, Peñón Vivas PA, Espinosa Quirós D, Núñez Fernández J. Factores de riesgo asociados a trastornos temporomandibulares. Rev Cub Estomatol [Internet]. Sep-Dic 2013 [citado 18 Nov 2015];50(4):[aprox. 9 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072013000400004&lng=es
6. Guevara Gómez SA, Ongay Sánchez E, Castellanos Suárez JL. Avances y limitaciones en el tratamiento del paciente con bruxismo. Rev ADM. 2014;72(2):106-14.
7. Cordero García S, Peña Sisto M. Factores de riesgo de hipersensibilidad dentinaria en pacientes adultos con prótesis dental. MEDISAN [Internet]. Mar 2012 [citado 28 Abr 2016];16(3):[aprox 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012000300006&lng=es
8. Barber Gutiérrez R, González González G, Robledo Fernández M, de los Santos Solana L. Principios Biomecánicas de la Prótesis Parcial

- Removible. En: González González G, Ardanza Zulueta P, editores. Rehabilitación protésica estomatológica. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008. p. 139.
9. Rodríguez Perón JM, Aldana Vilas L, Villalobos Hevia N. Método Delphi para la identificación de prioridades de ciencia e innovación tecnológica. Rev Cub Méd Mil [Internet]. Jul-Dic 2010 [citado 16 Feb 2015];39(3-4):[aprox. 12 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S013865572010000300006&script=sci_arttext
10. Leyva Ponce de León A, Escalona Silva Y. Caracterización clínico epidemiológica del Bruxismo en pacientes mayores de 15 años. Rev Electrón Dr Zoilo E Marinello Vidaurreta [Internet]. Nov 2013 [citado 8 Jun 2015];38(11):[aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://www.ltu.sld.cu/revistam/modules.php?name=News&file=article&sid=725>
11. Alcolea Rodríguez JR, Herrero Escobar P, Ramón Jorge M, Labrada Sol ET, Pérez Téllez M, Garcés Llauger D. Asociación del bruxismo con factores biosociales. CCM [Internet]. Abr-Jun 2014 [citado 8 Jun 2015];18(2):[aprox. 9 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812014000200003&lng=es
12. Delgado Izquierdo Y, González Olazábal MV, Pérez García LM, Barreto Ortega MA. Influencia de la guía incisiva en personas con trastornos temporomandibulares Área Norte de Sancti Spíritus. Gac Méd Espirit [Internet]. Ene-Abr 2015 [citado 25 Ene 2016];17(1):[aprox. 10 p.]. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212015000100002&lng=es
13. Cárdenas Eroza R, Mendiburu Zavala CE, Cortes Carrillo D, Navarro Zapata D, Lugo Ancona P. Guía Anterior como factor etiológico del dolor de la articulación temporomandibular. Intra Med Journal. 2012;1(3):1-6.
14. Ahlberg J, Lobbezoo F, Ahlberg K, Manfredini D, Hublin CH, Sinisalo J, et al. Self-reported bruxism mirrors anxiety and stress in adults. Med Oral Patol Oral y Cir Bucal. 2013;18(3):7-11.
15. Nápoles García D, García Cabrera L, Rodríguez Reyes O, Nápoles Méndez D. Tendencias contemporáneas de las bases fisiopatológicas del bruxismo. MEDISAN [Internet]. Ago 2014 [citado 28 Oct 2015];18(8):[aprox. 7 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000800017&lng=es
16. Okenson JP. Etiología de los trastornos funcionales del sistema masticatorio. En: Okenson JP, editor. Tratamiento de Oclusión y afecciones temporomandibulares. 3^{ra} ed. Barcelona: Mosby; 2010. p. 170.
17. Maddalena Dias I, Marins Ramalho de Mello L, Duque Maia I, de Oliveira Reis L, Gonçalves Leite IC, Pessôa Pereira Leite F. Avaliação dos fatores de risco do bruxismo do sono. Arq Odontol [Internet]. Sep 2014 [citado 29 May 2015];50(3):[aprox. 12 p.]. Disponible en: http://revodontobvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-09392014000300002&lng=es&nrm=iso
18. Verdugo-Lucero JC, Ponce de León-Pagaza BG, Guardado-Llamas RE, Meda-Lara RM, Uribe-Alvarado J, Isaac Guzmán-Muñiz J. Estilos de afrontamiento al estrés y bienestar subjetivo en adolescentes y jóvenes. Rev Latinoam Cienc Soc Niñez Juv. 2013;11(1):79-91.
19. García Gascón Á, Querts Méndez O, Hierrezuelo Izquierdo EJ, Quesada Vidal S. Algunos aspectos psicosociales del insomnio en

estudiantes de primer año de medicina. MEDISAN [Internet]. Ene 2015 [citado 5 May 2015];19(1):[aprox. 4 p.]. Disponible en:

http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015000100009&lng=es

[script=sci_arttext&pid=S1029-30192015000100009&lng=es](http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015000100009&lng=es)

[30192015000100009&lng=es](http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015000100009&lng=es)

20- AEPap.org [Internet]. Madrid: Grupo de Sueño de la AEPap; c1999-2016. [actualizado 15 Ene 2012; citado 5 Jun 2016]. [Exposición al humo del tabaco y bruxismo](#); [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <http://www.aepap.org/gtsiaepap/?p=892>

<http://www.aepap.org/gtsiaepap/?p=892>

21. Grau León I, Cabo R. Evaluación de la oclusión en pacientes con trastornos temporomandibulares y desarmonías oclusales. Rev Cub Estomatol [Internet]. Jun 2010 [citado 15 Oct 2015];47(2):[aprox. 6 p.]. Disponible en:

<http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sciarttext&pid=S003475072010000200005&lng=es>

[script=sciarttext&pid=S003475072010000200005&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sciarttext&pid=S003475072010000200005&lng=es)

[05&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729519X2014000300007&lng=es)

22. Ruiseco Palomares A, Llanes Rodríguez M, Rodríguez Calzadilla OL, Rodríguez Aparicio A. El dolor articular y su relación con las interferencias oclusales. Rev Haban Cienc Med [Internet]. May-Jun 2014 [citado 15 Oct 2015];13(3):[aprox. 7 p.]. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729519X2014000300007&lng=es

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729519X2014000300007&lng=es

[g = es](#)

23. Castillo Hernández R. Nuevas Variables para el Tratamiento Oclusal y Prevención de la Disfunción Temporomandibular [tesis doctoral].

Villa Clara: ISCM "Serafín Ruiz De Zárate", Facultad de Estomatología; 2007 [citado 15 Oct 2015]. Disponible en:

http://tesis.repo.sld.cu/409/1/Tesis_doctoral-Dr.Castillo.pdf

24. Kataota K, Ekuni D, Mizutani SH, Tomofuyi T, Azuma T, Yamani M, et al. Association Between Self- Reported Bruxism and Malocclusion in university Students: Across- Sectional Study. I Epidemiolol. 2015 Abr; 25(6):423-30.

Recibido: 5 de diciembre de 2016

Aprobado: 21 de marzo de 2017

Dr. Bismar Hernández Reyes. Especialista de I Grado en Prótesis Estomatológica. Profesor Instructor. Facultad de Estomatología. Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey. Camagüey, Cuba. Email: bismar@iscm.cmw.sld.cu