



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
PROGRAMA DE ESPECIALIZACION EN ODONTOPEDIATRIA**

**PREVALENCIA DEL BRUXISMO Y OTROS HABITOS BUCALES
PARAFUNCIONALES EN PACIENTES ODONTOPEDIATRICOS**

Autor:
OD. Dayana Natale

Bárbula, Octubre 2019



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
PROGRAMA DE ESPECIALIZACION EN ODONTOPEDIATRIA**

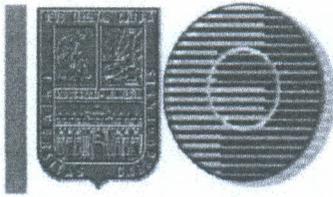
**PREVALENCIA DEL BRUXISMO Y OTROS HABITOS BUCALES
PARAFUNCIONALES EN PACIENTES ODONTOPEDIATRICOS**

**Línea de Investigación: Biología Humana
Temática: Patología General y Bucal
Sub-Temática: Inmunopatología de la Cavidad Bucal**

Autor:
OD. Dayana Natale

Tutor de Contenido y Metodología
OD. Luz Escobar

Bárbula, Octubre 2019



ACTA DE DISCUSION TRABAJO DE ESPECIALIZACION

En atención a lo dispuesto en los Artículos 127,128,137,138 y 139 del Reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo, quienes suscribimos como Jurado Designado por el Consejo de Postgrado de la Facultad de Odontología, de acuerdo a lo previsto en el Artículo 135 del citado Reglamento, para estudiar el Trabajo de Especialización titulado:

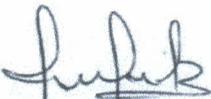
"PREVALENCIA DEL BRUXISMO Y OTROS HABITOS BUCALES PARAFUNCIONALES EN PACIENTES ODONTOPEDIATRICOS"

Presentado para optar al grado de **ESPECIALISTA en ODONTOPEDIATRIA** por el (la) aspirante:

NATALE R., DAYANA R.
C.I. V.- 19.062.449

Habiendo examinado el Trabajo presentado, decidimos que el mismo está **APROBADO.**

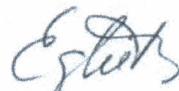
En Valencia, a los veintidós días del mes de Octubre del año dos mil diecinueve.


Prof. ESCOBAR LUZ
C.I. 4465221
Fecha: 22/10/2019




Prof. DE ABREU, KARLA
C.I.: 14.570.685
Fecha: 22 Oct 2019

17/10/2019 /Vg.


Prof. DIAZ, EGGLEE
C.I.: 4.131.694
Fecha: 22 Oct. 2019

DEDICATORIA

A Dios, por darme la salud y la capacidad necesaria para finalizar esta importante meta, ser Odontopediatra.

A mis padres, Miriam Rodríguez de Natale y Antonio Natale, por ser fuente de apoyo e inspiración en todos los momentos de mi vida.

A mi hermano Antonio Vicente, por ser un ejemplo a seguir y un apoyo incondicional a lo largo de mi carrera

A mis tíos: Emilio, José Francisco y Santa, quienes me han ayudado y me han dado apoyo en todo momento.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar quisiera agradecerle a Dios por guiar mis pasos, y a mis padres, los cuales me han apoyado de manera incondicional a lo largo de toda mi carrera.

A mi tutora Luz Escobar y a mi profesora de proyecto de investigación Gladys Orozco quienes me orientaron y ayudaron en todo momento, ¡Gracias por sus consejos y colaboración!

A los residentes del Postgrado de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo, por facilitarme las historias clínicas objetos de estudio para la realización de mi investigación. Por su valiosa colaboración, ¡muchas gracias!



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
PROGRAMA DE ESPECIALIZACION EN ODONTOPEDIATRIA

**PREVALENCIA DEL BRUXISMO Y OTROS HABITOS BUCALES
PARAFUNCIONALES EN PACIENTES ODONTOPEDIATRICOS**

Autor: OD. Dayana Natale

Tutor de Contenido y Metodología: OD. Luz Escobar

Bárbula, Octubre 2019

RESUMEN

El objetivo principal de esta investigación fue determinar la prevalencia del bruxismo y otros hábitos bucales parafuncionales en pacientes odontopediátricos. Se llevó a cabo una investigación de tipo descriptiva, de diseño transeccional, seleccionándose una muestra de tipo censal de 107 individuos, que se corresponden a las historias clínicas de pacientes con edades comprendidas entre los 3 y 12 años que padecen de bruxismo, del área de Postgrado de Odontopediatria de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo durante el periodo enero 2014- mayo 2015. Entre los hallazgos más resaltantes se encuentran los siguientes: mayor frecuencia de bruxismo infantil en pacientes del sexo masculino, el tipo de bruxismo prevalente fue el nocturno, y los hábitos bucales parafuncionales que se observaron en presencia de bruxismo fueron la respiración bucal (51,40%), succión digital (10,20%) y onicofagia (22,40%). Se recomienda iniciar acciones con la finalidad de implementar encuentros permanentes de educación para padres, e interceptar estos hábitos a tiempo por parte de los odontopediatras, con la finalidad de disminuir y erradicar los distintos hábitos bucales parafuncionales que presentan dichos pacientes.

**Palabras Clave: Bruxismo Infantil, Hábitos bucales parafuncionales,
Respiración Bucal, Onicofagia, Succión Digital**



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
PROGRAMA DE ESPECIALIZACION EN ODONTOPEDIATRIA

**PREVALENCIA DEL BRUXISMO Y OTROS HABITOS BUCALES
PARAFUNCIONALES EN PACIENTES ODONTOPEDIATRICOS**

Autor: OD. Dayana Natale

Tutor de Contenido y Metodología: OD. Luz Escobar

Bárbula, Octubre 2019

ABSTRACT

The main objective of this research was to determine the prevalence of bruxism and other parafunctional oral habits in pediatric patients. A descriptive type investigation, of transectional design, was carried out, selecting a sample of census type of 107 individuals, which correspond to the medical records of patients aged between 3 and 12 years suffering from bruxism, from the area of Postgraduate in Pediatric Dentistry of the Faculty of Dentistry of the University of Carabobo during the period January 2014- May 2015. Among the most prominent findings are the following: higher frequency of childhood bruxism in male patients, the type of prevalent bruxism was the nocturnal, and the parafunctional oral habits that were observed in the presence of bruxism were oral breathing (51.40%), digital suction (10.20%) and onychophagy (22.40%). It is recommended to initiate actions in order to implement permanent education meetings for parents, and intercept these habits on time by pediatric dentists, in order to reduce and eradicate the different parafunctional oral habits that these patients present.

Key Words: Child Bruxism, Parafunctional Mouth Habits, Mouth Breathing, Onychophagy, Digital Suction

ÍNDICE GENERAL

p.p

CARTA DE APROBACION.....	
DEDICATORIA.....	
AGRADECIMIENTO.....	
RESUMEN.....	
INDICE GENERAL.....	
LISTA DE CUADROS.....	
LISTA DE GRAFICOS.....	

INTRODUCCION.....	
-------------------	--

CAPÍTULO

I. EL PROBLEMA

Planteamiento del Problema.....	
Objetivos del Problema	
Objetivo General.....	
Objetivos Específicos.....	
Justificación e Importancia de la Investigación.....	

II. MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

Antecedentes de la Investigación.....	
Bases Teóricas.....	
Definición de Términos.....	
Fundamentación Legal y Bioética.....	
Cuadro de Operacionalización de Variables.....	

III. MARCO METODOLÓGICO

Tipo, Nivel, Diseño y Modalidad de la Investigación.....	
Población y Muestra.....	
Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.....	
Técnicas de Análisis de los Datos.....	

IV. ANALISIS Y PRESENTACION DE RESULTADOS.....

DISCUSION DELOS RESULTADOS.....

CONCLUSIONES.....

RECOMENDACIONES.....

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....

ANEXOS.....

INTRODUCCION

En la actualidad, se ha podido reconocer que existen diversos hábitos bucales parafuncionales que necesitan ser interceptados y diagnosticados en edades tempranas con el fin de que estos no persistan en la edad adulta, como es el caso del Bruxismo.

La importancia del conocimiento de estos hábitos radica en que todos modifican la posición de los dientes y la relación que guardan estos entre sí, ya que interfieren con el crecimiento normal y en la función de la musculatura orofacial.

Ahora bien, es de interés determinar cuál es la prevalencia de los hábitos bucales parafuncionales en los pacientes que padecen de bruxismo infantil, y es precisamente alrededor de dicho aspecto que se estructura la presente investigación, organizada de la siguiente forma:

Capítulo I, Planteamiento del Problema, en el cual se presenta la problemática desde sus perspectivas más amplia hasta llegar a la formulación del problema específicamente, asimismo se definen los objetivos de la investigación, y la razón por la cual se realiza este estudio, detallando los beneficios que se pueden obtener mediante la ejecución del mismo, es decir, la justificación de la investigación.

Capitulo II. Marco Teórico, se exponen los antecedentes o estudios relacionados con el problema, se definen los diversos tópicos teóricos que dieron sustento al estudio, los fundamentos legales y bioéticos mediante los cuales se rige la investigación, y se realizó la operacionalización de las variables con sus respectivos indicadores y dimensiones.

Capitulo III. Marco Metodológico, en el cual se describen los métodos para

poder realizar la investigación, tipo y diseño de la misma, población y muestra, técnica e instrumento de recolección de datos y el procesamiento de la información.

Capítulo IV. Presentación y Análisis de los Resultados, en donde se exponen mediante tablas y gráficos los hallazgos del estudio, con sus correspondientes análisis e interpretación con sustento teórico.

Por último, se presentan las Conclusiones y Recomendaciones emanadas de la investigación y las Referencias Bibliográficas consultadas.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

Planteamiento del Problema

En el mundo se ha podido reconocer que existen diversas enfermedades y hábitos parafuncionales que necesitan ser interceptados y diagnosticados en edades tempranas con el fin de que estos no persistan en la edad adulta, como es el caso del Bruxismo.

El bruxismo más que un problema oclusal, es considerado en la actualidad como un trastorno del sueño que en la mayoría de los casos es de origen multifactorial, referido al hábito bucal involuntario de apretar y rechinar los dientes en forma inconsciente durante el día o la noche, con contracción de los músculos de la masticación sin propósito funcional, es decir cuando no se está realizando la función masticatoria¹. Es una afección relativamente común en niños y su prevalencia varía de acuerdo con la población estudiada: 6,2% hasta 60%²

Sin embargo, otros establecen intervalos más amplios del 15 al 90% en la población adulta y del 7 al 88% en la población infantil. Aunque la mayoría de las personas que padecen bruxismo muestran signos de éste, sólo del 5 al 20% de la población son conscientes de ello³. Numerosos estudios efectuados durante las últimas décadas sustentan la idea de que el bruxismo es uno de los desórdenes funcionales más prevalentes como complejos y destructivos, entre un 80-90 % de la población infantil presenta algunos de los signos o síntomas habituales en el Bruxismo y hasta en un tercio de la población mundial. La prevalencia más alta se encontró en asiáticos, intermedia en euroamericanos e hispanos, y la prevalencia más baja en afroamericanos.⁴

Por otra parte en Buenos Aires, la prevalencia del bruxismo es de aproximadamente 46% en niños y adolescentes vinculándose con alteraciones

del sueño, dificultades en la alimentación, dolor de oídos y cefalea. La prevalencia de trastornos del sueño en la población escolar en Colombia es alta y similar a la reportada en otros países, entre ellas el bruxismo reporto un 33,1%. Hallazgos similares a los trabajos hechos en Suiza (35,9%) y Canadá (28,1%).⁵

En Venezuela, una parte importante de la población (40% a 60%) presenta alguna señal de este trastorno.⁶ El bruxismo puede producirse durante el día y/o noche, en forma inconsciente; en los niños pasa generalmente inadvertido, salvo cuando los padres consultan por el ruido dentario que efectúan sus hijos al dormir. Algunos padres no perciben que sus hijos son bruxomanos, y es el pediatra o el odontólogo quien lo detecta, muchas veces cuando ya es evidente el desgaste de las unidades dentarias, aun cuando los niños pudieran o no tener dolor en la región buco facial. Por esta razón, es necesario que los padres estén alertas con lo que ocurre con la dentadura de sus hijos, ya que esta condición suele ser muy destructiva, observándose clínicamente un desgaste franco de las superficies dentarias, que es mayor al fisiológico normal.⁷

La edad también se considera un factor condicionante y presenta una relación inversa con la presencia de Bruxismo. Suele aparecer en los niños entre 4 y 6 años y tiende a disminuir con la edad, después que erupcionan los molares permanentes y los dientes incisivos, sin embargo, otros autores lo asocian directamente con los trastornos temporomandibulares en la población infantil, que puede persistir en la edad adulta y no tiene predisposición por el sexo.⁸

Muchos factores han sido relacionados con el bruxismo en niños, entre ellos: cambios en la dentición, maloclusiones, desarrollo de la articulación temporomandibular, estrés emocional, parásitos y hábitos bucales parafuncionales.

Un hábito es cualquier acto adquirido mediante la experiencia y realizado regular e inconscientemente. Los hábitos bucales son conductas repetitivas

que pueden conducir a trastornos en el desarrollo de los dientes y maxilares. La importancia de estos hábitos para la odontología radica en que todos los hábitos bucales parafuncionales modifican la posición de los dientes y la relación que guardan estos entre sí, ya que interfieren con el crecimiento normal y en la función de la musculatura orofacial. La succión digital o labial, la respiración bucal, el hábito de colocar la lengua sobre los dientes, queilofagia y onicofagia son algunos de ellos.²

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las maloclusiones ocupan el tercer lugar de prevalencia dentro de las patologías en Salud bucodental, de las cuales más de 60 % de los niños presenta algún tipo de hábito parafuncional. En México, el 68,2% de la población infantil presenta al menos un hábito bucal parafuncional.⁹ Por otra parte, en Chile, la tercera patología odontológica prevalente son las anomalías dentomaxilares y la causa de su aparición se debe a múltiples factores entre los que destacan los malos hábitos bucales¹⁰

Por consiguiente, según los planteamientos antes mencionados, se realiza la siguiente interrogante: ¿Cuál es la prevalencia del bruxismo y otros hábitos bucales parafuncionales en pacientes odontopediátricos?

Objetivos de la Investigación

Objetivo General

Determinar la prevalencia del bruxismo y otros hábitos bucales parafuncionales en pacientes odontopediátricos que asisten al área de Postgrado de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo durante el periodo enero 2014- mayo 2015

Objetivos Específicos

-Caracterizar a la población según grupo etario y sexo

- Determinar la frecuencia del bruxismo infantil
- Determinar la frecuencia de los hábitos bucales parafuncionales
- Establecer la prevalencia del bruxismo y los hábitos bucales parafuncionales.

Justificación

Muchos de los hábitos que se adquieren durante la infancia tienen repercusiones negativas a lo largo de la vida; en este grupo se ubican los hábitos bucales, que por lo general se ponen de manifiesto en el paciente como un desajuste oclusal que progresa con la edad y que, de no ser tratado a tiempo, puede originar daños severos en la función masticatoria del individuo, debido a ello, la detección temprana de estos hábitos como el bruxismo, succión digital o respirar bucalmente, es de vital importancia para garantizar un adecuado proceso de evolución fisiológica de la dentición, es decir, el diagnóstico y el pronóstico de las maloclusiones van a estar determinados tanto por la corrección temprana de hábitos bucales como por evaluar a tiempo las causas de una maloclusión, sea ésta de origen orgánico o ambiental.

La presente investigación se justifica desde el punto de vista teórico, ya que permite profundizar los conocimientos en el tema del bruxismo infantil, debido a que se disponen de pocos datos epidemiológicos y de estudios en este campo, y así, se contribuye a una base de información actualizada a especialistas en el área de Odontopediatría, buscando dejar como aporte el dilucidar todas las interrogantes en cuanto a las consecuencias que puede traer el bruxismo infantil instaurado en la cavidad bucal, ya que se le considera un factor etiológico en las alteraciones funcionales y dolorosas de la Unidad Cráneo-Cérvico-Mandibular.

En el mismo orden de ideas, permite contribuir al conocimiento de estos hábitos parafuncionales y así se evita que produzcan daños físicos ni sociales, ya que si estos hábitos se manifiestan con mayor frecuencia el riesgo de alteraciones aumentará en las estructuras dentofaciales, razón por la cual los odontopediatras deben sumarse a incrementar la investigación en esta área en pro de la salud integral del individuo.

Partiendo de estas consideraciones, se espera que la presente investigación pueda constituir un aporte de gran significación en lo social, ya que el interés de esta investigación es proporcionar nuevos datos que sean de gran utilidad al área de ciencias de la salud, al estudiantado, odontólogos y además brindar información a la comunidad en general, de esta manera se puede educar al niño y a su representante sobre la necesidad de evitar o erradicar a partir de su aparición hábitos que pueden ser factores generadores de maloclusiones y, en consecuencia, convertirse en agentes multiplicadores de este concepto en sus comunidades, contribuyendo de esta forma a reducir eficazmente los índices de Hábitos bucales para preservar y mejorar su salud bucal.

Desde el punto de vista metodológico, esta investigación permite realizar una búsqueda de información de una manera científica y tecnológica. Es de utilidad para ampliar y actualizar nuevos conocimientos que permitan enriquecer las ideas existentes, logrando que el futuro profesional asuma un criterio unificado al momento de abordar un cuadro similar al tema en curso

CAPITULO II

MARCO TEORICO

Antecedentes de la Investigación

El factor emocional y la maloclusión son los principales factores periféricos de la etiología del bruxismo. Los signos de patología articular se reportan como una causa-consecuencia de este mismo problema. Para que el bruxismo se produzca deben estar unidos dos o más de estos factores, formando una sinergia, ya que cada uno independientemente está imposibilitado de producirlo como ente aislado. Los hábitos orales se consideran otro factor etiológico periférico importante en el bruxismo.¹¹

Por otra parte, Alpoz y colaboradores¹², publicaron “El Bruxismo y el Síndrome de Relt”, donde afirman que las principales causas del Bruxismo son: alto nivel de ansiedad, maloclusiones, disfunción temporomandibular y hábitos orales. Además, existe un tipo de bruxismo en niños que puede estar asociado al Síndrome de Relt en el que se observa hipertrofia de los maseteros y atriciones severas en los dientes. Junto a este síndrome el bruxismo se ha visto asociado a hábitos de succión digital, respiración bucal y lengua protráctil, en los cuales se ha observado, que el 71% de los niños presentan atriciones severas en sus dientes como consecuencia del rechinar.

En un estudio realizado en la Facultad de Odontología de Granada, realizado en el año 2002, explica que el esmalte de los dientes primarios contiene una menor proporción de sales minerales, lo que unido al mayor volumen de sus poros, permite demostrar el mayor desgaste que se observa en esta dentición. Estas características del esmalte que normalmente son fisiológicas se agravan cuando el paciente infantil presenta bruxismo. En su etiología, además de los factores periféricos (interferencias oclusales, gingivitis o periodontitis) se distinguen también factores centrales (tensión psíquica o estrés). En el pasado,

los factores morfológicos como las discrepancias oclusales, fueron considerados como el principal factor causal del bruxismo; pero actualmente se acepta que estos factores juegan sólo un papel menor, en este estudio se hace una revisión bibliográfica de las principales teorías que explican su origen. Por ello, la importancia de determinar si el bruxismo se encuentra relacionado con otros tipos de hábitos parafuncionales.¹³

El bruxismo se considera un hábito no funcional, voluntario o involuntario que se puede manifestar en dos estados de conciencia diferentes, en el cual hay otros factores implicados como la herencia (padres con bruxismo) y la salud general (niños con rinitis y asma), en este caso asociándose al hábito de respiración bucal.¹⁴

Se han realizado varias definiciones a través del tiempo relacionando el bruxismo como una parafunción del sistema estomatognático que además está influenciado por otros factores como hábitos orales presentes durante la infancia, que pueden producir maloclusiones generando interferencias durante los movimientos funcionales (protrusión, lateralidad) Otras investigaciones afirman que las maloclusiones no producen bruxismo.¹⁵

Por otra parte, revelan que hábitos como el bruxismo actúan como desencadenantes de dolor o limitación de apertura bucal, por lo que son motivo frecuente de consultas pediátricas y se vinculan con trastornos de músculos masticadores y trastornos de la ATM. Este autor considera que los hábitos pueden ser suficientes, pero no necesarios para desencadenar síntomas.¹⁶

Según Lauzardo, el bruxismo es un trastorno complejo, condicionado por factores predisponentes como son: los psicológicos, emocionales, estomatológicos y sistémicos, tales como: parasitosis intestinal, deficiencias nutricionales, alergias y trastornos endocrinos, así como ocupacionales e idiopáticos, por lo que este autor establece una relación entre el bruxismo y los procesos alérgicos, el cual es un factor que influye directamente en la respiración bucal.⁸

Bases Teóricas

Las bases teóricas ubican al investigador dentro del contexto que desea estudiar, proporcionándole recursos teóricos emitidos por estudiosos y expertos en la materia o aspectos involucrados con su investigación, suministrándole a ésta validez conceptual. Según expone Sierra, “Se refieren a los postulados, principios, leyes y teorías que dan sustento al tema de investigación”¹⁷

La epidemiología es el estudio de la distribución y los determinantes de estados o eventos (en particular de enfermedades) relacionados con la salud y la aplicación de esos estudios al control de enfermedades y otros problemas de salud. Hay diversos métodos para llevar a cabo investigaciones epidemiológicas: la vigilancia y los estudios descriptivos se pueden utilizar para analizar la distribución, y los estudios analíticos permiten analizar los factores determinantes.¹⁸

La Epidemiología Clínica es la aplicación de los principios y métodos epidemiológicos a los problemas encontrados en la medicina clínica con el fin de brindar una mejor atención, realizar investigación y comprende críticamente la literatura médica.¹⁹

La incidencia y la prevalencia son dos medidas de frecuencia de la enfermedad, es decir, miden la frecuencia (el número de casos) con que una enfermedad aparece en un grupo de población.²⁰

La prevalencia es la proporción de individuos de una población que presentan el evento en un momento, o periodo de tiempo, determinado. La incidencia va a contabilizar el número de casos nuevos, de la enfermedad que estudiamos, que aparecen en un período de tiempo previamente determinado.²⁰

Bruxismo

El bruxismo es una parasomnia que ocurre predominantemente durante el sueño. Es un desorden de movimiento estereotipado, caracterizado por desgaste de y rechinar de los dientes durante el sueño. Es una afección relativamente común en niños.²

El bruxismo consiste en apretar o rechinar los dientes. Se trata de una actividad anómala que se ejerce con los músculos de la masticación y que carece de cualquier tipo de propósito funcional. Se lleva a cabo de un modo inconsciente y lo más habitual es que se produzca durante la noche.²¹

Etiología

Según Gittelson, el bruxismo puede obedecer a tres etiologías diferentes: 1) por causa oclusal, en la que la propia oclusión puede provocar el bruxismo, donde el tratamiento pertinente suele revertirla. En estos casos, el factor articular será un importante factor desencadenante del bruxismo, así como los contactos prematuros en relación céntrica; 2) la etiología emocional, en la que el estrés provoca o aumenta el bruxismo; y 3) la etiología central, por alteración a nivel del sistema nervioso central, siendo la más frecuente y la más difícil de diagnosticar. En estos pacientes el cerebro dirige determinados movimientos patológicos de la mandíbula, independientemente de los contactos oclusales o la función.²²

Factores Etiológicos

Han sido formuladas muchas teorías etiológicas a lo largo de los años. Ninguna de ellas ha sido confirmada o refutada, por lo que el Bruxismo se considera de carácter multifactorial

Básicamente, se pueden distinguir dos grupos de factores etiopatogénicos:

- a) Factores periféricos (morfológicos)
- b) Factores centrales (patofisiológicos y psicológicos)

En los últimos años, la gran mayoría de las publicaciones corresponden a factores patofisiológicos, lo que muestra una tendencia en investigación del Bruxismo más cercana a un modelo biomédico-biopsicosocial que únicamente a la oclusión.²³

Al principio, los profesionales estaban muy convencidos de que el bruxismo estaba directamente relacionado con interferencias oclusales. El tratamiento se orientaba a la corrección del estado oclusal. Estudios más recientes no confirman la idea de que los contactos oclusales causen los episodios de bruxismo. Ciertamente, uno de los principales factores que parecen influir en la actividad del bruxismo es el estrés emocional. Los estudios en que se ha registrado el nivel de actividad de bruxismo nocturno ponen de manifiesto un claro patrón temporal asociado con hechos estresantes.¹

Sin embargo, el aumento del estrés emocional no es el único factor que se ha demostrado que influye en el bruxismo. Algunas medicaciones pueden aumentar los episodios bruxísticos. Otras investigaciones sugieren que puede haber una predisposición genética al bruxismo. También se ha indicado la existencia de una relación entre el bruxismo y los trastornos del Sistema Nervioso Central.¹

Tipos de Bruxismo

Bruxismo Céntrico

Se aprietan los dientes por una contracción muscular. Estos no llegan a desgastarse, pero la mandíbula tiende a cargarse en exceso, provocando contractura muscular asociada a molestia y dolor.²⁴

La actividad parafuncional durante el día consiste en el golpeteo y el rechinar de los dientes, así como muchos hábitos orales que el individuo lleva a cabo a menudo, aun sin ser consciente de ello, como morderse la lengua, y las mejillas, o chuparse el pulgar, hábitos posturales inusuales y muchas actividades relacionadas con el trabajo, como morder lápices o alfileres, morderse las uñas o sostener objetos bajo el mentón. Es frecuente que durante las actividades diarias un individuo apriete los dientes con fuerza. Este tipo de actividad diurna puede observarse en individuos que se concentran en una tarea o que llevan a cabo un esfuerzo físico importante. El músculo masetero se contrae periódicamente, de una forma del todo irrelevante respecto a la tarea en cuestión. Algunas actividades diurnas están relacionadas estrechamente con la tarea que se lleva a cabo.¹

Características del Bruxismo Céntrico

- ✓ Apretamiento dentario diurno
- ✓ Menor desgaste dentario
- ✓ Mayor afección muscular
- ✓ Desgastes en las proximidades del área de céntrica

Bruxismo Excéntrico

Cuando se presenta durante el sueño, predominan los movimientos de deslizamiento de las superficies oclusales de los dientes en contacto, aunque puedan ser detectados apretamientos, con el aumento de la tensión por contracción isométrica de los músculos elevadores de la mandíbula. Los dientes rechinan produciendo un desgaste dentario mayor, aunque los dolores de tipo muscular apenas son apreciables.²⁴

Los datos de diversas procedencias han sugerido que la actividad parafuncional durante el sueño es muy frecuente y parece adoptar la forma de episodios aislados y contracciones rítmicas. No se sabe si estas actividades se deben a factores etiológicos diferentes o son el mismo fenómeno en dos

formas de presentación distintas. En muchos pacientes se dan ambas actividades y a veces son difíciles de diferenciar. Por este motivo, el apretar los dientes y el bruxismo a menudo se engloban en la denominación de episodios bruxísticos.¹

También debe evaluarse el comportamiento del paciente en el sueño, y este se puede dividir en tres grandes periodos, llamados periodos de sueño superficial, poco profundo y asociado con un grupo de ondas cerebrales llamadas alfa, periodo de sueño profundo, en el que predominan las ondas más lentas llamadas beta, y periodos de movimientos oculares rápidos, en el que se observa una actividad desincronizada con alteraciones de frecuencia cardíaca y respiratoria, y en el que se producen contracturas musculares.

Si bien se cree que el bruxismo se produce más en el “sueño profundo” o en el de movimientos oculares rápidos, los trabajos de investigación han demostrado episodios de bruxismo relacionados con las tres etapas del sueño.

Asimismo, durante el transcurso del sueño, pueden variar la duración y la intensidad del apretamiento dentario, a veces se ve influenciado también por la posición corpórea del individuo durante el sueño.¹

Características del Bruxismo Excéntrico

- ✓ Frotamiento dentario nocturno
- ✓ Mayor desgaste dentario
- ✓ Menor afección muscular
- ✓ Desgaste fuera de las áreas funcionales

Signos y Síntomas

El bruxismo puede provocar consecuencias graves al sistema estomatognático, además de poder llevar al paciente a desarrollar vicios posturales y problemas psicológicos que, en un estado más avanzado se tornan cíclicos. En cuanto a

los síntomas, no siempre el dolor está asociado como queja principal del paciente. El desgaste de la estructura dental, normalmente, es una alerta para la presencia de daño. Además de esto, la incomodidad de familiares, también puede ser una alerta para el problema, cuando identifican algo extraño durante el sueño del paciente, como consecuencia de la atrición. Esto en la mayoría de las veces no es percibido por el portador.²

El bruxismo puede ser encontrado aún, en niños portadores de la dentición primaria, así como en la dentición mixta. Se ve que el bruxismo en esta fase es fisiológico e importante para la reabsorción de las raíces residuales y la erupción de los permanentes. Tampoco se descarta la hipótesis de las tensiones y estrés en esta época de la vida. En la dentición mixta la persistencia del hábito puede ser importante para permitir acomodación de superficies oclusales con contactos redondeados (vertientes triturantes), a través de formación de pequeñas facetas y movimientos dentarios que deben generar, en el final, estabilidad oclusal debido a la adaptación posibilitada por el ligamento periodontal.

Este hábito implica una alterada función muscular, que puede manifestarse como fatiga muscular que se muestra como una amplia irritabilidad debido al acumulo de ácido láctico. Cuando la fatiga no sucede, el resultado puede ser hipertrofia muscular

El músculo está trabajando de manera continua fuera de condiciones adecuadas posiblemente desarrolle espasmos, con una dolorosa contracción involuntaria. El paciente con mucha probabilidad presentará dolor, limitación de apertura o incoordinación muscular. El desarrollo de espasmos en uno o más músculos de la masticación no conllevan solo al dolor y limitación de los movimientos, sino que también altera la posición mandibular. Si esa nueva posición es mantenida, la oclusión tiende a acomodarse lo que puede ser dañino para el equilibrio del sistema estomatognático.

El efecto del bruxismo sobre los dientes depende de varios factores: tiempo, intensidad, localización de los dientes (maxila o mandíbula), posición del diente en el arco, relaciones mandibulares, número de dientes, grado de calcificación y dureza, altura o angulación cuspídea, movilidad de contactos proximales.

El esmalte es la primera estructura en recibir las fuerzas del bruxismo, originando las facetas de desgaste, las cuales ocurren por fricción. Como resultado de esta parafunción, la superficie oclusal presenta una parte central de dentina rodeada por un borde de esmalte con diversos espesores. Existe una fuerte asociación entre el grado de severidad de las facetas de desgaste y la manifestación de dolor en la musculatura y región en la ATM.²

Hábitos orales parafuncionales

Hábitos Neuróticos

Deglución atípica con empuje lingual

Es una afección que se refiere a la protrusión de la lengua sobre o entre los dientes anteriores durante la deglución, lo que genera aumento de la actividad de los músculos circumorales, a una edad en la que el niño ya debería presentar deglución adulta.²

La deglución atípica se define como aquellos movimientos compensatorios que se desencadenan por la inadecuada actividad lingual en el acto de deglutir en la fase oral. La deglución atípica o "infantil" no se trata de un estancamiento en un estadio evolutivo infantil previo, sino de una forma de deglutir anómala que puede ser consecuencia y causa de alteraciones anatómicas.²⁵

La deglución atípica se detecta cuando los niños proyectan la lengua en la cara palatina de los dientes anteriores abriendo la mordida, espacio que luego

ocupa la lengua. Esto se traduce en problemas para pronunciar con claridad ciertos fonemas como: d, t, l, n, r.²⁵

En muchos casos una evaluación e intervención logopédica temprana puede evitar que se instauren patrones y hábitos incorrectos que generen anomalías estructurales en los órganos fonoarticulatorios: maxilares, paladar, mejillas y dientes.²⁵

Manifestaciones bucales de la deglución atípica

Diversas investigaciones han relacionado la deglución atípica con diferentes desordenes dentofaciales: mordida abierta anterior, mordida abierta posterior, paladar alto y angosto, morfología facial larga, mayor inclinación de incisivos superiores, mayor respiración bucal, mayor overjet, mayor cantidad de sonidos dentalizados, mayor actividad del musculo mentoniano y geniogloso, dificultad para el cierre labial, mayor ángulo del plano mandibular, entre otros.²

Onicofagia

La etimología de la palabra viene del griego onyx y phagein que significan uña y comer respectivamente. Se trata de un vicio o un hábito compulsivo por comerse o morderse las uñas cuyo origen se presenta generalmente en edades tempranas como la infancia y la adolescencia, aunque este mismo hábito puede encontrarse en individuos de edad adulta pero en menor porcentaje, tomando en cuenta que la mayor incidencia la encontramos en jóvenes sobretodo en la edad de la pubertad.²⁶

La onicofagia, se define como una costumbre de incidir, cortar, roer las uñas con los dientes, pudiendo provocar heridas en dedos, labios y encías así como el desarrollo de diversas infecciones.²⁶

"La mordedura de uñas u onicofagia se considera uno de los hábitos con mayor prevalencia, tan alto como 27-33% en escolares. Existe mucha discusión acerca de los efectos que este hábito traería a las estructuras dentofaciales. Algunos autores consideran que la mordedura de uñas no genera ningún signo o síntoma de desórdenes craneomandibulares, mientras que otros creen que puede traer como consecuencia dolores musculares o ruidos articulares. La evidencia no es muy clara en este aspecto. También existen informes de lesiones en el tejido gingival como consecuencia de la mordedura de uñas.²

Hábitos ocasionales

Succión Digital

El hábito de succión se considera como un comportamiento común y típicamente inocuo en la infancia y la niñez. La succión digital ha sido observada en el útero de la madre y es considerada como una etapa normal del desarrollo fetal y neonatal; las ecografías, muchas veces, muestran al niño succionando el dedo.²

Tipos de Succión

Nutritivo (amamantamiento, leche en biberón): brinda nutrientes esenciales

No nutritivo: asegura una sensación de sentirse bien, con calor humano y con sentido de seguridad. Es el hábito más temprano, adquirido por el niño en respuesta a una frustración y lo realiza para satisfacer la urgencia y la necesidad de contacto.²

Prevalencia del hábito de succión digital

Es muy variada y depende mucho del grupo estudiado. Se ha informado desde 13% hasta 45% y ha llegado a 90% en algunos países. Lo cierto es que el hábito es alto en infantes: desde 30% hasta 50% en niños de 1 año e igual en ambos sexos, pero luego va disminuyendo con la edad.²

Efectos de la succión digital

La presencia y la severidad de alteraciones en las estructuras dentofaciales dependerá de varios factores: frecuencia, intensidad, duración y posición del dedo dentro de la boca.²

Efectos físicos-bucales

- ✓ Incisivos superiores en labioversión
- ✓ Incisivos inferiores con inclinación anteroposterior alterada
- ✓ Aumento de la sobremordida horizontal
- ✓ Mordida abierta anterior
- ✓ Mordidas cruzadas posteriores
- ✓ Maloclusión clase II
- ✓ Problemas esqueléticos

Efectos psicológicos

Un efecto adverso es la actitud de los padres con los niños que succionan el dedo. Los padres que ridiculizan y castigan a los niños que se succionan los dedos pueden generarles efectos psicológicos negativos

Además, otro efecto nocivo es la baja aceptación social del niño que succiona el dedo. Cualquier hábito crónico después de los 4 años puede llevar a complicaciones en la salud, relaciones sociales, relación con los compañeros, padres y hermanos.

Otros estudios sugieren que los niños con hábitos bucales persistentes cuando son pequeños tendrán la tendencia más adelante a ser emocionalmente inestables, con mayor dificultad para ser influenciados por los padres y tener control sobre ellos.²

Succión del labio

Los hábitos de succionarse los labios o los carrillos se ven con frecuencia en niños con exceso de overjet. Los hábitos de succión del labio no son generalmente causa de la maloclusión, sino consecuencia de ella. Una vez que se corrige el excesivo overjet que entrapa el labio inferior entre los dientes, este recupera su posición original y por lo general se elimina la succión.²⁷

Este hábito por lo general se genera de forma secundaria a un hábito de succión digital o de deglución atípica.²⁷

Efectos bucofaciales de la interposición labial

- ✓ Protrusión dentoalveolar superior.
- ✓ Retroinclinación de incisivos inferiores.
- ✓ Labio superior hipotónico.
- ✓ Labio inferior hipertónico.
- ✓ Incompetencia labial.
- ✓ Hipertrofia del musculo mentoniano.
- ✓ La presión excesiva del labio inferior que impide el correcto desarrollo de la arcada dentaria inferior.
- ✓ Mordida profunda.
- ✓ Por lo general los incisivos inferiores ocluyen en la mucosa palatina.
- ✓ Retrognatismo mandibular.²⁷

Succión del Chupete

Para algunos autores, usar un chupete es más ventajoso que la succión del dedo, porque es más fácil de eliminar el chupete que eliminar la succión del dedo, aunque esta afirmación no tiene evidencia suficiente.²

Efectos negativos de la succión del chupete

- ✓ Mayor overjet
- ✓ Relación canina clase II en dientes primarios
- ✓ Escalón distal en dientes primarios

- ✓ Mordidas abiertas anteriores
- ✓ Mordidas cruzadas

Respiración Bucal

La respiración normal es aquella donde el aire ingresa libremente por la nariz con un cierre simultáneo de la cavidad bucal, creándose así una presión negativa entre la lengua y el paladar duro en el momento de la inspiración, la lengua se eleva y se proyecta contra el paladar, ejerciendo un estímulo positivo para su desarrollo. ²⁷

Durante la respiración bucal lo que se produce es que durante la inspiración y espiración, el aire pasa por la cavidad bucal, y como consecuencia, provoca un aumento de la presión aérea intrabucal. El paladar se modela y se profundiza, y al mismo tiempo, como el aire no transita por la cavidad nasal, deja de penetrar en los senos maxilares, que se vuelven atrésicos, y dan al paciente un aspecto característico (aspecto de cara larga)

Causas de la Respiración Bucal

Primarias

- ✓ Fisiológica: ciclo nasal

No fisiológica

- ✓ Alérgica: estacional o perenne
- ✓ Infecciosa: aguda o crónica, fúngica, viral o parasitaria
- ✓ Mecánica: deformidad septal, hipertrofia de los cornetes, cuerpos extraños, atresia coanal
- ✓ Hiperreactiva (rinitis vasomotora) inducida por drogas, irritantes químicos, emocional
- ✓ Inflamatoria: pólipos, sarcoide, granulomatosis de Wegener
- ✓ Tumores Benignos.
- ✓ Malignos: primarios y secundarios

- ✓ Disturbios en el flujo del aire: sobre expansión, rinitis atrófica, perforación septal

Secundarias

- ✓ Espacio posnasal – adenoides
- ✓ Orofaringe: amígdalas, paladar blando, base de la lengua
- ✓ Tracto respiratorio bajo: asma, enfermedad obstructiva crónica de la vía aérea

Características faciales de la respiración bucal

- ✓ Síndrome de la cara larga
- ✓ Cara estrecha y larga
- ✓ Boca entreabierta
- ✓ Nariz pequeña y con narinas estrechas
- ✓ Labio superior corto
- ✓ Labio inferior grueso y evertido
- ✓ Mejillas flácidas
- ✓ Apariencia de ojeras

Características dentarias de la respiración bucal

- ✓ Mordida cruzada posterior, unilateral o bilateral acompañada de una moderada mordida abierta anterior
- ✓ Paladar alto u ojival
- ✓ Retrognatismo del mandibular
- ✓ Músculo de la borla del mentón hipertónico
- ✓ Labios agrietados y resecos. Encías hipertróficas y sangrantes
- ✓ Arcada superior en forma triangular.
- ✓ Vestibuloversión de incisivos superiores Linguoversión de incisivos inferiores
- ✓ Linguoversión de dientes posterosuperiores
- ✓ Apiñamiento

Fundamentación Legal y Bioética

Este estudio tiene su fundamentación legal basada en los artículos 83, 84 y 85 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela en la que dice que “El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República” , “La comunidad organizada tiene el derecho y el deber de participar en la toma de decisiones sobre la planificación, ejecución y control de la política específica en las instituciones públicas de salud”. “El Estado garantizará un presupuesto para la salud que permita cumplir con los objetivos de la política sanitaria. En coordinación con las universidades y los centros de investigación, se promoverá y desarrollará una política nacional de formación de profesionales, técnicos y técnicas y una industria nacional de producción de insumos para la salud”.²⁸

Por su lado, la fundamentación bioética está basada en los fundamentos de la UNESCO 1990 y la declaración de Helsinki 2000, referente a la investigación médica en seres humanos, donde el bienestar de la persona que participa en la investigación debe tener siempre primacía sobre todos los otros intereses, además se menciona la necesidad del paciente a estar informado y que se le debe solicitar su consentimiento informado, para la recolección, análisis, almacenamiento y reutilización de datos pertinentes a la investigación y para cualquier tratamiento a realizar o actividad científica de investigación. En la investigación médica a realizar es deber del médico u odontólogo proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación.²⁹

De igual manera, la Ley Orgánica de Protección al Niño y al Adolescente (LOPNA), hace referencia en su Artículo N° 41° el Derecho a la Salud y a Servicios de Salud. Todos los niños y adolescentes tienen derecho a disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental. Asimismo, tienen derecho a servicios de salud, de carácter gratuito y de la más alta calidad, especialmente para la prevención, tratamiento y rehabilitación de las afecciones a su salud. En el Parágrafo Primero explica que el Estado debe garantizar a todos los niños y adolescentes acceso universal e igualitario a planes, programas y servicios de prevención, promoción, protección, tratamiento y rehabilitación de la salud. Asimismo, debe asegurarles posibilidades de acceso a servicios médicos y odontológicos periódicos, gratuitos y de la más alta calidad.³⁰

Definición de Términos

Adenoides: son dos masas de tejido linfoide situadas cerca del orificio interno de las fosas nasales, en el techo de la nasofaringe, justo donde la nariz se une con la boca. Forman parte de las amígdalas.

Atresia: Oclusión, completa o incompleta, congénita o adquirida, de un orificio o de un conducto natural

Deglución: es una función muscular compleja, en la que actúan músculos de la respiración y del aparato gastrointestinal cuyo objetivo es el transporte del bolo alimenticio y también la limpieza del tracto respiratorio.

Espiración: es cuando el aire sale de los pulmones o el fenómeno opuesto a la inspiración, durante el cual el aire que se encuentra en los pulmones sale de éstos.

Hábito: es cualquier comportamiento repetido regularmente, que requiere de un pequeño o ningún raciocinio y es aprendido, más que innato.

Hipertonía muscular: se caracteriza por una tensión muscular exagerada y permanente cuando un músculo está en reposo.

Hipertrofia: es el nombre con que se designa un aumento del tamaño de un tejido cuando se debe al aumento correlativo en el tamaño de las células que lo forman

Hipotónico: disminución del tono muscular.

Inspiración: es el proceso por el cual entra aire, que contiene el oxígeno desde un medio exterior hacia el interior de los pulmones.

Linguoversión: inclinación lingual de un diente

Maloclusión: se refiere al mal alineamiento de los dientes o a la forma en que los dientes superiores e inferiores ocluyen entre sí.

Mucosa: es una capa formada por epitelio y el tejido conjuntivo subyacente que reviste las paredes internas de los órganos que están en contacto con el exterior del cuerpo. Suele estar asociada a numerosas glándulas secretoras de moco. En general, presenta funciones de protección, secreción y absorción

Circumoral: Relativo o perteneciente al área de la cara que rodea la boca

Neonatal: las primeras cuatro semanas de la vida de un recién nacido

Ojival: es la figura formada por dos arcos de círculo iguales que cortándose en un extremo presentan concavidad enfrentada.

Overjet: Es la distancia que se da desde el borde incisal de los incisivos superiores a la cara vestibular de los incisivos inferiores

Parafunción: son aquellos movimientos del sistema masticatorio que no tienen sentido útil, son involuntarios y desconocidos por la persona

Reabsorción: es el proceso por el cual los osteoclastos eliminan tejido óseo liberando minerales

Rechinamiento dental: es el frotamiento de los dientes de una manera involuntaria, muchas veces como resultado de un estado de tensión emotiva.

Retrognatismo mandibular: Es una alteración potencialmente deformante de la cara donde la mandíbula es muy pequeña o le falta proyección.

Rinitis: es una inflamación del revestimiento mucoso de la nariz, caracterizada clínicamente por uno o más síntomas: rinorrea, estornudo, prurito (picor) nasal, congestión nasal, drenaje (secreción) postnasal.

Vasomotor: es una inflamación del revestimiento mucoso de la nariz, caracterizada clínicamente por uno o más síntomas: rinorrea, estornudo, prurito (picor) nasal, congestión nasal, drenaje (secreción) postnasal.

Vestibuloversión: inclinación vestibular de un diente.

CAPITULO III

MARCO METODOLOGICO

Tipo y diseño de investigación

El motivo para la realización de esta investigación, es determinar la presencia de hábitos bucales parafuncionales y bruxismo infantil, y de esta manera evitar que produzcan daños físicos ni sociales. Por ende, la investigación es de tipo descriptiva, la cual tiene como objetivo indagar la incidencia y los valores en que se manifiestan una o más variables o ubicar un fenómeno o situación.³¹ Conforme a sus objetivos se desarrolló en el contexto del enfoque cuantitativo. El diseño de la investigación corresponde a no experimental, cuyo objetivo es indagar incidencia y los valores en que se manifiestan una o más variables, dentro del enfoque cuantitativo.³¹ El diseño es transeccional debido a que se recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado.³¹

Población y Muestra

Una población “es la totalidad del fenómeno a estudiar en donde las unidades de población poseen una característica común, la cual se estudia y da origen a los datos de la investigación”³² y corresponde a todos aquellos pacientes infantiles que asistieron a la consulta Odontopediátrica del área de postgrado de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo. Para cumplir dicho propósito se seleccionó una muestra de tipo censal de 107 individuos, que se corresponde a las historias clínicas de dichos

pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión, es decir que presentaron bruxismo, así como pacientes infantiles con edades comprendidas entre los 3 y 12 años, ya que a los 3 años el paciente ha completado su dentición primaria y a los 12 años se encuentra en la etapa de dentición mixta tardía; y que además no padecieron de alguna alteración sistémica, durante el periodo académico enero 2014- mayo 2015

Técnica e Instrumento de Recolección de Datos

Según Arias “las técnicas de recolección de datos son las distintas formas de obtener información” y los instrumentos “son los medios materiales para recoger y almacenar la información”³³ Para el inicio del estudio, la técnica que se utilizó para la recolección de datos fue la observación indirecta, la cual es definida por Tamayo “cuando el investigador corrobora los datos que ha tomado de otros, ya sea de testimonios orales o escritos de personas que han tenido contacto de primera mano con la fuente que proporciona los datos”³² y los instrumentos fueron las historias clínicas de los pacientes infantiles que asistieron al Área de Postgrado de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo durante el periodo enero 2014- mayo 2015. Los datos obtenidos de las mismas fueron registrados en una lista de cotejo que permitió archivar toda esa información e indicar la presencia o ausencia de dichos hábitos.

Procedimiento y Análisis de los Resultados

Se asistió a los archivos de historias clínicas del área de postgrado de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo; para realizar la revisión de dichas historias. Luego los resultados

fueron vaciados en una guía de observación, que permitió registrar todos los datos a través de sus indicadores: presencia o ausencia de bruxismo diurno, bruxismo nocturno, hábitos neuróticos, hábitos profesionales o hábitos ocasionales, y a su vez determinar la prevalencia que puede existir entre los mencionados hábitos con los diferentes tipos de bruxismo.

Dichos datos fueron recolectados en un solo momento, sin llevar a cabo un seguimiento, obteniendo los datos pertinentes a la investigación. Luego fueron evaluados, analizados y decodificados. Finalmente, estos resultados se representaron mediante gráficos de barra mediante la utilización del programa Excel

CAPITULO IV

ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS

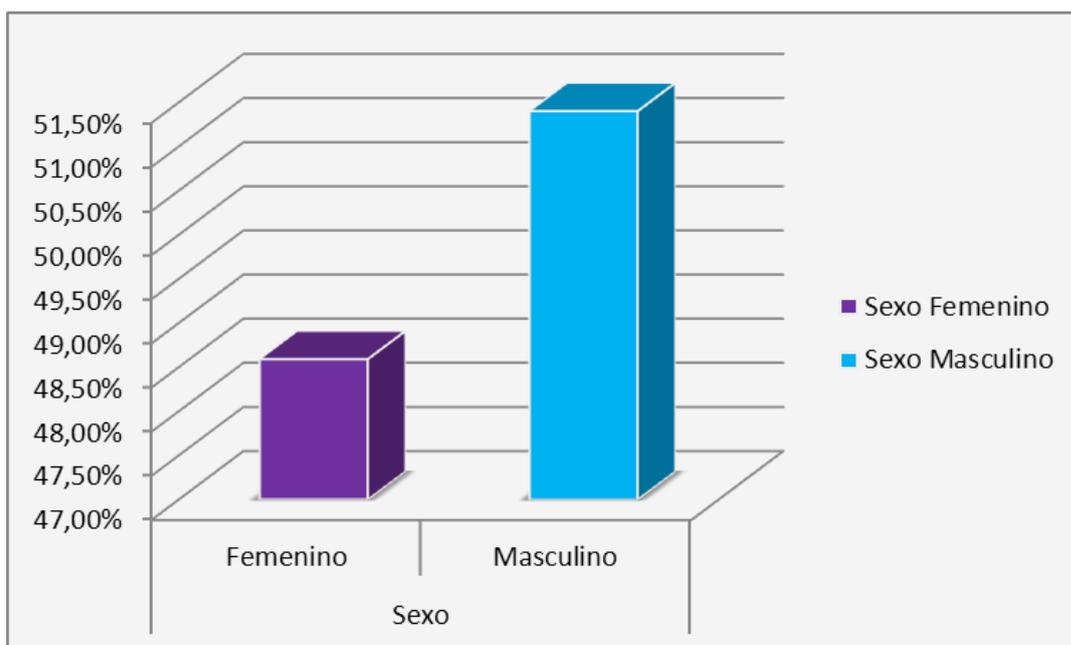
Este capítulo expresa la manera como una vez culminada la observación indirecta mediante la revisión de las historias clínicas de los pacientes odontopediátricos que presentaron bruxismo infantil y recolectada toda la información pertinente, posteriormente se pudo conocer las tendencias más reveladoras en materia de hábitos parafuncionales, determinándose en primer lugar, los resultados de una manera organizada, incluyendo todos los cuadros y gráficos con su respectivo análisis.

Cuadro nº 1. Prevalencia por sexo del bruxismo infantil en los pacientes odontopediátricos que asistieron al postgrado de Odontopediatria de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo durante el periodo Enero 2014 – Mayo 2015

Sexo	
Femenino	Masculino
48,59%	51,40%

Fuente: Historias clínicas Enero 2014- Mayo 2015

Figura 1. Prevalencia por sexo del bruxismo infantil en los pacientes odontopediátricos que asistieron al postgrado de Odontopediatria de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo durante el periodo Enero 2014 – Mayo 2015



Fuente: Historias clínicas Enero 2014- Mayo 2015

Análisis Grafico 1

En primer lugar, se determinó la frecuencia del bruxismo infantil por sexo, en los pacientes odontopediátricos que asistieron al postgrado de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo durante el periodo 2014- Mayo 2015. Se observó que el sexo masculino presentó mayor prevalencia de bruxismo (51,4%) en comparación con el sexo femenino (48,59%); sin embargo los resultados obtenidos presentaron casi la misma proporción para ambos sexos (Figura 1). Análogamente, en otro estudio realizado por Morales, el bruxismo predominó en el sexo masculino (53%), sobre el sexo femenino (47%), sin que la diferencia resultara significativa desde el punto de vista estadístico.³⁴

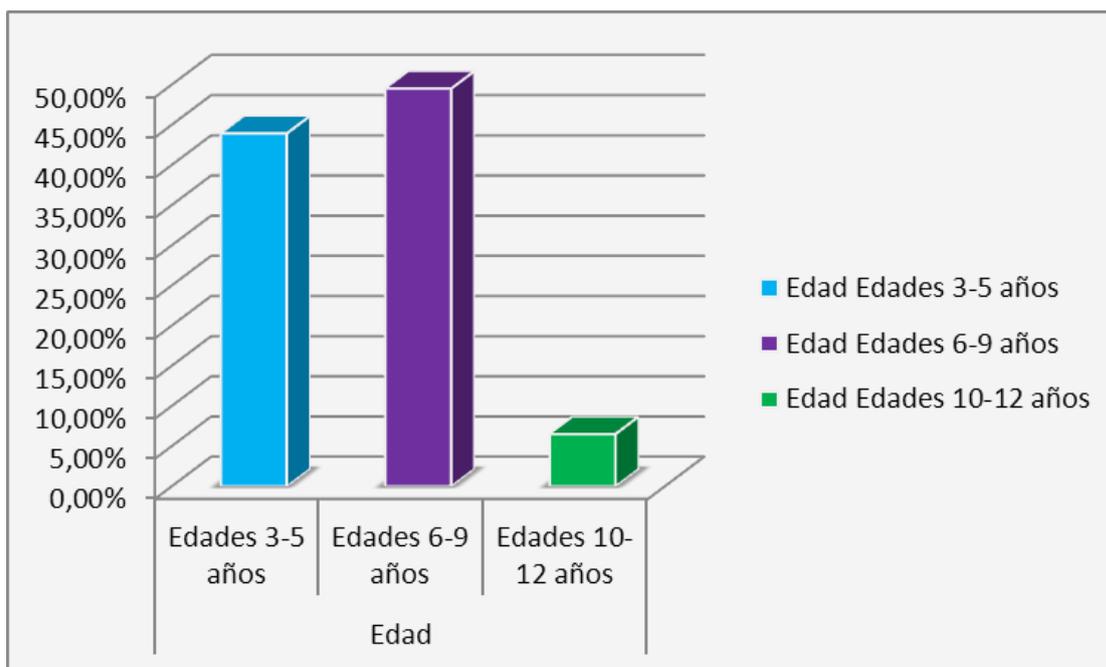
Por otro lado, en un estudio realizado por Riva³⁵, evidencian una prevalencia mayor de bruxismo en el sexo femenino, aunque refieren que no existen diferencias significativas de prevalencia por sexo

Cuadro nº 2. Prevalencia por grupo etario del bruxismo infantil en los pacientes odontopediátricos que asistieron al postgrado de Odontopediatria de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo durante el periodo Enero 2014 – Mayo 2015

Edad		
Edades 3-5 años	Edades 6-9 años	Edades 10-12 años
43,92%	49,50%	6,50%

Fuente: Historias clínicas Enero 2014- Mayo 2015

Figura nº 2. Prevalencia por grupo etario del bruxismo infantil en los pacientes odontopediátricos que asistieron al postgrado de Odontopediatria de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo durante el periodo Enero 2014 – Mayo 2015



Fuente: Historias clínicas Enero 2014- Mayo 2015

Análisis Grafico 2

Con respecto a la prevalencia del bruxismo infantil en función del grupo etario, se determinó que las edades entre 6-9 años presentaron mayor frecuencia de bruxismo (49,5%), seguidamente del grupo de 3-5 años (43,92%) y por último el que presento menor frecuencia de bruxismo fue el grupo etario de 10-12 años (6,5%).(Figura 2)

Análogamente con el estudio realizado por Carra, se observa que la prevalencia del bruxismo va aumentando hasta los 6 años, y comienza a disminuir llegada la adolescencia, lo cual puede deberse al hecho de que los padres visitan menos a los niños mientras duermen durante la pubertad.³⁶

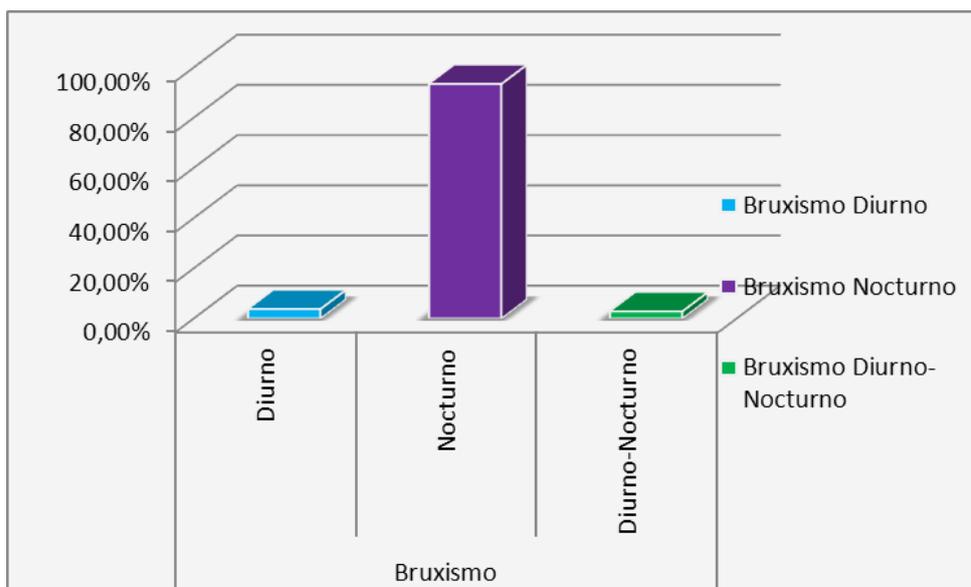
En otra investigación aplicada a una población pediátrica, lo consideran un fenómeno parafuncional pero normal, relacionado con el proceso de dentición. Concluyen que este hábito comienzan a tenerlo a la edad de 4-8 años, se alcanza el máximo entre los 10 y 14, y después desciende.³⁷

Cuadro nº 3. Prevalencia del tipo de bruxismo infantil en los pacientes odontopediátricos que asistieron al postgrado de Odontopediatria de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo durante el periodo Enero 2014 – Mayo 2015

Tipo de Bruxismo		
Diurno	Nocturno	Diurno-Nocturno
3,73%	93,40%	2,80%

Fuente: Historias clínicas Enero 2014- Mayo 2015

Figura 3. Prevalencia del tipo de bruxismo infantil en los pacientes odontopediátricos que asistieron al postgrado de Odontopediatria de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo durante el periodo Enero 2014 – Mayo 2015



Fuente: Historias clínicas Enero 2014- Mayo 2015

Análisis Grafico 3

En relación a la prevalencia del tipo de bruxismo infantil, los resultados revelaron que hubo mayor frecuencia de bruxismo nocturno (93,4%), seguido a este grupo el bruxismo diurno (3,73%) y por ultimo un pequeño porcentaje que presento tanto bruxismo diurno como nocturno (2,80%). (Figura 3)

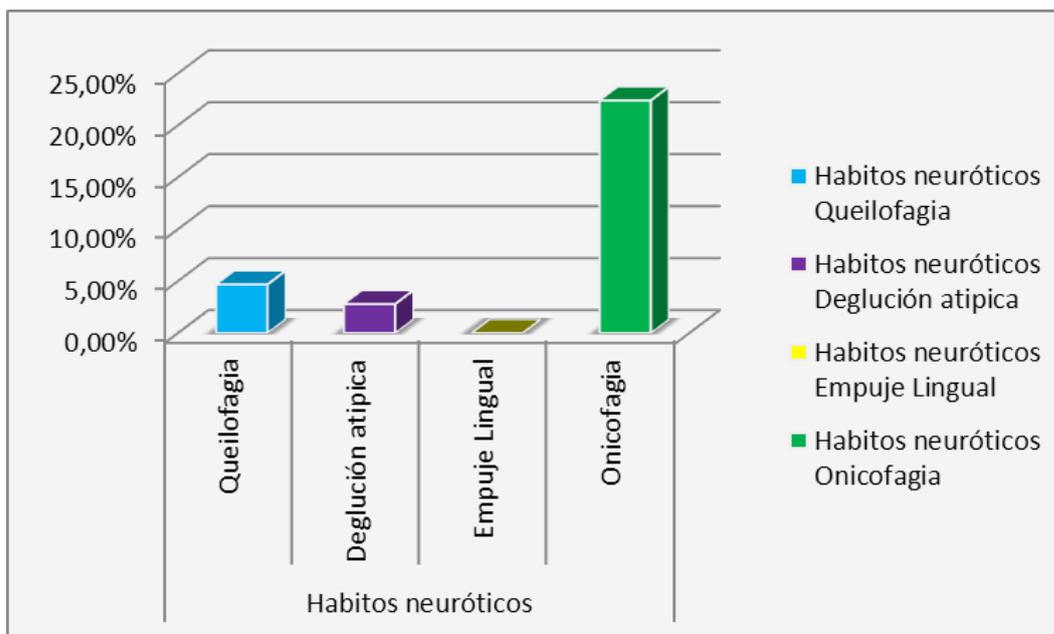
Según el estudio realizado por Carra y cols, observaron que en una muestra de 604 personas de entre 7 y 17 años de edad, el 15% de los sujetos reportaba bruxismo nocturno y el 12% reportaba apriete dentario diurno³⁶ de esta manera se observa que hubo una mayor prevalencia de bruxismo nocturno. Además, en un estudio con 1353 niños, para revisar los cambios de prevalencia y desarrollo de las parasomnias en niños de hasta 13 años, los resultados mostraron una mayor frecuencia de somnilocuencia, cansancio de piernas y bruxismo nocturno³⁸.

Cuadro nº 4. Prevalencia del tipo de hábitos bucales parafuncionales (neuróticos) en los pacientes odontopediátricos con bruxismo infantil que asistieron al postgrado de Odontopediatria de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo durante el periodo Enero 2014 – Mayo 2015

Hábitos neuróticos			
Queilofagia	Deglución atípica	Empuje Lingual	Onicofagia
4,67%	2,80%	0%	22,40%

Fuente: Historias clínicas Enero 2014- Mayo 2015

Figura nº 4. Prevalencia del tipo de hábitos bucales parafuncionales (neuróticos) en los pacientes odontopediátricos con bruxismo infantil que asistieron al postgrado de Odontopediatria de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo durante el periodo Enero 2014 – Mayo 2015



Fuente: Historias clínicas Enero 2014- Mayo 2015

Análisis Grafico 4

Por otra parte, entre los hábitos parafuncionales del tipo neuróticos que el paciente presentó además del bruxismo infantil, el hábito de mayor prevalencia fue la onicofagia (22,4%) seguidamente la queilofagia (4,67%) y por último la deglución atípica (2,80%). (Figura 4).

Según Simoes, los malos hábitos observados con mayor frecuencia en niños con bruxismo nocturno son la onicofagia, queilofagia y sialorrea durante el sueño, coincidiendo de esta manera con los resultados de esta investigación.³⁹

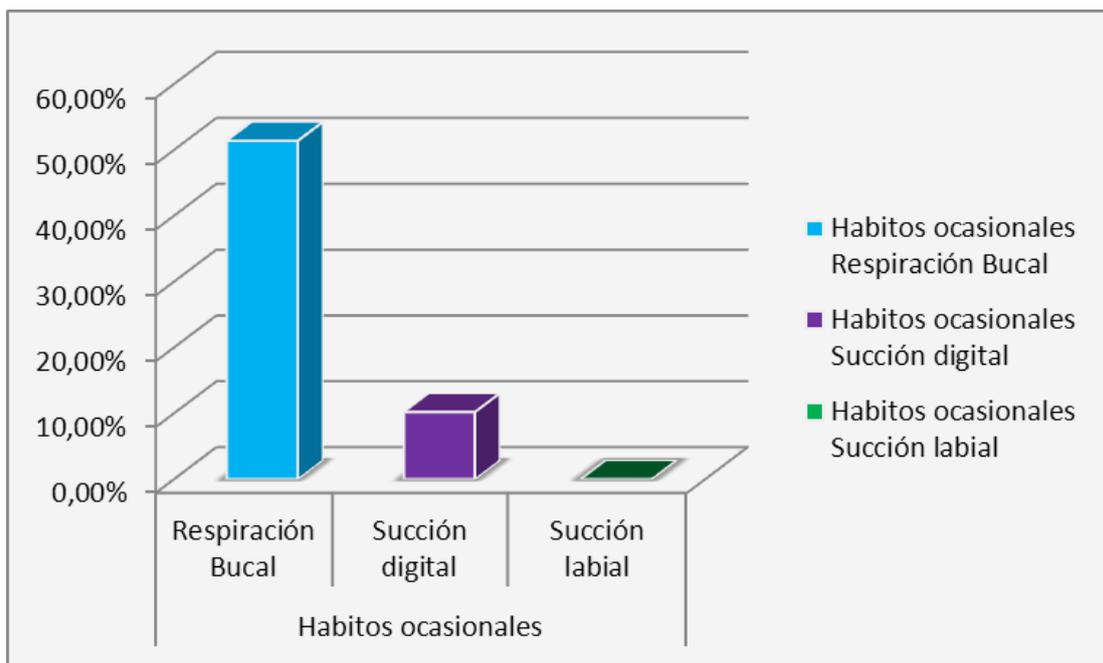
Por otra parte, en un estudio realizado por Emodi, explica que eventos de la vida estresantes en la niñez están relacionados a un incremento en el desarrollo de malos hábitos (onicofagia, morder objetos), y que además mostraron un efecto indeseado en el sistema masticatorio, pero estos hábitos no están asociados a un incremento en la sintomatología de desórdenes temporomandibulares o del bruxismo.⁴⁰

Cuadro nº 5. Prevalencia del tipo de hábitos bucales parafuncionales (ocasionales) en los pacientes odontopediátricos con bruxismo infantil que asistieron al postgrado de Odontopediatria de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo durante el periodo Enero 2014 – Mayo 2015

Hábitos ocasionales		
Respiración Bucal	Succión digital	Succión labial
51,40%	10,20%	0%

Fuente: Historias clínicas Enero 2014- Mayo 2015

Figura nº 5. Prevalencia del tipo de hábitos bucales parafuncionales (ocasionales) en los pacientes odontopediátricos con bruxismo infantil que asistieron al postgrado de Odontopediatria de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo durante el periodo Enero 2014 – Mayo 2015



Fuente: Historias clínicas Enero 2014- Mayo 2015

Análisis gráfico nº 5

Entre los hábitos parafuncionales del tipo ocasionales, los resultados fueron que el hábito de mayor prevalencia fue la respiración bucal (51,4%), y en menor frecuencia la succión digital (10,2%). (Figura 5).

Existe una hipótesis en la cual se menciona que los niños alérgicos producen menor cantidad de saliva, disminuyendo así la necesidad de tragar lo cual puede ocasionar cambios en la presión del tubo auditivo, y aumentar la presencia de bruxismo.⁴¹

En una población estudiada por Biondi, se observó mayor prevalencia de bruxismo en niños con dentición primaria, vinculándose en ambas denticiones con respiración bucal.⁵

Según Marks, existe una mayor frecuencia de bruxismo en niños alérgicos porque se produce un aumento de la presión negativa en la cavidad timpánica por el edema de la mucosa de la trompa de Eustaquio, produciendo un efecto reflejo sobre la mandíbula estimulando el núcleo del trigémino en el tronco del encéfalo.⁴²

Por otra parte, Miamoto evidenció en su investigación, que el bruxismo nocturno se asociaba a hábitos de succión, mordida cruzada y facetas de desgaste dentario.⁴³

DISCUSION DE LOS RESULTADOS

De acuerdo con lo observado en la población estudiada, la prevalencia del bruxismo en relación al género fue mayor en el sexo masculino; comportamiento similar a lo reportado por Morales³⁴, pero diferente a lo que observaron Riva y cols.³⁵ quienes evidenciaron una mayor frecuencia de bruxismo en el sexo femenino. No obstante, a pesar de que en el presente estudio los niños fueron los que mostraron este tipo de hábito de manera más frecuente, la diferencia en relación con el grupo de niñas no resultó ser significativa, de tal forma que en esta población, el género del infante no es relevante, por lo que la probabilidad de desarrollar el hábito parafuncional del bruxismo es similar para ambos géneros.

Ahora bien, en relación con la edad de los pacientes, los grupos etarios de 6 a 9 años presentaron una mayor prevalencia del bruxismo; seguido del grupo de 3 a 5 años donde también se evidenció una alta frecuencia, al igual que en un estudio realizado recientemente por Petit⁴⁴, donde observó que el 46% de los infantes examinados con edades entre 2,5 y 6 años presentaban bruxismo. Por otro lado, el grupo etario de menor prevalencia fue el de 10 a 12 años, por lo que se compara con el estudio realizado por Carra³⁶, donde se comenta que el bruxismo comienza a disminuir llegada la pubertad, y se podría deber a que los padres visitan en menor medida a los adolescentes en esta etapa de su vida durante la noche, por lo que reportan menos casos de bruxismo nocturno. Por el contrario en otro estudio realizado por López y cols.³⁷, este hábito es considerado normal y llega a alcanzar su frecuencia más alta entre los 10 y 14 años, hasta que después de esta edad, desciende. De acuerdo a los resultados obtenidos en la presente investigación, se puede decir que conforme se incrementa la edad, el riesgo de desarrollar bruxismo aumenta, y llegada la adolescencia disminuye.

En relación a la prevalencia del tipo de bruxismo infantil, los resultados revelaron que hubo mayor frecuencia de bruxismo nocturno, de la misma forma

en el estudio realizado por Simoes³⁹, donde evidenciaron que un 55,3% de los niños objetos de estudio presentaron este hábito durante la noche. De igual manera, en otro estudio realizado por Carra y cols³⁶ observaron que en una muestra de 604 personas de entre 7 y 17 años de edad, el 15% de los sujetos reportaba bruxismo nocturno y el 12% reportaba apriete dentario diurno. Además, en un estudio con 1353 niños, para revisar los cambios de prevalencia y desarrollo de las parasomnias en niños de hasta 13 años, los resultados mostraron una mayor frecuencia de somnilocuencia, cansancio de piernas y bruxismo nocturno³⁸, por lo cual se puede deducir que este hábito se ve influenciado por otros elementos, como el componente emocional, las maloclusiones y los hábitos bucales parafuncionales¹¹, problemas neurológicos, asociados al estilo de vida o intrínsecos de cada individuo, donde cada persona tiene una probabilidad distinta de desarrollar este hábito.

Al analizar los hábitos bucales parafuncionales evaluados en la población en estudio, el hábito clasificado entre los de tipo “neuróticos” de mayor prevalencia fue la onicofagia, y seguidamente la queilofagia, prevalencia que resultó ser la mayor en un estudio realizado por Simoes³⁹ donde en un grupo de 141 niños con edades comprendidas entre los 4 y 6 años, sus resultados corroboran la relación entre el bruxismo, hábitos bucales parafuncionales y aspectos de la motricidad orofacial alterados, coincidiendo en la variable onicofagia y queilofagia con los resultados de esta investigación. Por otra parte, en el estudio realizado por Emodi⁴⁰, explica que otros hábitos no están asociados a un incremento en la sintomatología del bruxismo, y que eventos estresantes que se producen durante la niñez están relacionados con un incremento de desarrollar malos hábitos como la onicofagia y el bruxismo, no estando asociados necesariamente estos últimos. El hábito de onicofagia por lo general se produce en niños nerviosos, al igual que el bruxismo, probablemente debido a un desajuste social y psicológico, por lo que tiene mayor importancia que la sola presencia del hábito. Los hábitos orales se consideran otro factor etiológico periférico importante en el bruxismo, según Bayardo y cols¹¹ considerados como los factores periféricos de la etiología del bruxismo. Para

que el bruxismo se produzca deben estar unidos dos o más de estos factores, formando una sinergia, ya que cada uno independientemente está imposibilitado de producirlo como ente aislado. Ya que el bruxismo es considerado una parafunción del sistema estomatognático, se puede decir que los malos hábitos bucales presentes durante la infancia, pueden producir maloclusiones, que a su vez generan interferencias durante los movimientos de la mandíbula, produciéndose de esa forma, el bruxismo.

Entre los hábitos parafuncionales del tipo ocasionales, los resultados evidencian que el hábito de mayor prevalencia fue la respiración bucal. Análogamente, en un estudio realizado por Biondi⁵, se observó mayor prevalencia del bruxismo durante la etapa de la dentición primaria, asociada a la respiración bucal. En una hipótesis realizada por Sobral⁴¹, se menciona que los niños alérgicos producen menor cantidad de saliva, por lo cual disminuye la necesidad de tragar, ocasionando cambios en la presión del tubo auditivo y de esa forma aumenta la presencia de bruxismo. Parecido a este estudio, se encuentra el realizado por Marks⁴², donde explica que en los niños con respiración bucal por problemas respiratorios (alergias), se produce un aumento de la presión negativa en la cavidad timpánica por el edema de la mucosa de la trompa de Eustaquio, produciendo de esa manera un reflejo sobre la mandíbula, estimulando el núcleo del trigémino en el tronco del encéfalo. El hábito del bruxismo se ha asociado a un síndrome denominado "Relt", donde Alpoz y cols.¹², también lo asocian a otros hábitos parafuncionales como la respiración bucal. El bruxismo se considera un hábito no funcional, que se puede manifestar en dos estados de conciencia diferentes, en el cual hay otros factores implicados como la salud general del niño (rinitis y asma), en este caso asociándose al hábito de respiración bucal.¹⁴ Según Lauzardo, el bruxismo es un trastorno complejo, condicionado por factores predisponentes como son los problemas respiratorios y procesos alérgicos, factor que influye directamente en la respiración bucal.⁸

Por otra parte, el hábito de succión digital se observó durante la investigación pero en menor proporción. Miamoto evidenció en su investigación, que el

bruxismo nocturno se asociaba a hábitos de succión digital, mordida cruzada y facetas de desgaste dentario.⁴³ El síndrome de Relt, ha sido también asociado al bruxismo nocturno y al hábito de succión digital.¹²

CONCLUSIONES

Conforme a los hallazgos obtenidos y sus consecuentes interpretaciones, las conclusiones se enmarcan dentro de las siguientes consideraciones:

El primer objetivo, consistente en caracterizar a la población infantil que padece de bruxismo según el sexo, se observó que hubo mayor prevalencia en el sexo masculino, aunque la diferencia entre ambos sexos no fue significativa. Con respecto al grupo etario se determinó que las edades comprendidas entre 6 y 9 años presentaron mayor prevalencia de bruxismo y que este hábito tuvo tendencia a disminuir conforme aumentaba la edad.

En relación a la prevalencia del bruxismo infantil en la población estudiada, se observó que el bruxismo nocturno se presentó con mayor frecuencia en comparación con el bruxismo diurno.

En referencia al bruxismo infantil y los hábitos bucales parafuncionales del tipo neuróticos, se observó que la onicofagia y la queilofagia fueron los hábitos prevalentes en la población infantil que padece de bruxismo, por lo cual coincide con los postulados de los expertos consultados, según los cuales indican que estos dos hábitos parafuncionales se observan con mayor frecuencia en niños con bruxismo nocturno.

Con respecto a la prevalencia del bruxismo infantil y los hábitos bucales parafuncionales del tipo ocasionales, se detectó que el hábito de mayor frecuencia fue la respiración bucal, y en menor proporción la succión digital, tendencia esta corroborada por los fundamentos teóricos revisados, en donde los especialistas sugieren que el bruxismo infantil y la respiración bucal evidenciada en niños alérgicos se produce por aumento de la presión negativa en la cavidad timpánica.

En conclusión, se comprobó que en los pacientes odontopediátricos que asistieron al área de postgrado de Odontopediatria de la Facultad de

Odontología de la Universidad de Carabobo durante el periodo enero 2014 - mayo 2015; el tipo de bruxismo más frecuente fue el nocturno, y que el hábito parafuncional con mayor prevalencia en estos pacientes fue la respiración bucal.

RECOMENDACIONES

Dados los hallazgos encontrados a través de la realización de la investigación, se considera necesario elaborar algunas recomendaciones, específicamente dirigidas al área clínica del Postgrado de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo, en el orden de iniciar acciones con la finalidad de implementar encuentros permanentes de educación para padres y representantes, con la finalidad de disminuir y erradicar los distintos hábitos bucales parafuncionales que presentan los pacientes odontopediátricos.

En este sentido, es necesario enfatizar que se requiere de un trabajo preventivo, ya que la complejidad de las alteraciones oclusales en los pacientes con bruxismo infantil va aumentando proporcionalmente mientras se mantengan dichos hábitos. La investigación realizada, corroboró la prevalencia entre el bruxismo y hábitos bucales parafuncionales en los niños estudiados, por lo que se recomienda reforzar la necesidad de acciones dirigidas a la atención y tratamiento de estos malos hábitos, ya sea de manera preventiva o interceptiva en las instituciones, para erradicar dichos hábitos a edades tempranas, siendo los residentes del Postgrado de Odontopediatría los comprometidos a resolver dicha problemática. Por otra parte se debe considerar el adecuado abordaje terapéutico a los pacientes odontopediátricos mediante la participación interdisciplinaria de especialistas, como el otorrinolaringólogo, para resolver obstrucciones de las vías aéreas en casos de pacientes respiradores bucales.

Se hace extensiva las recomendaciones en el área clínica del Postgrado de Odontopediatría, dado que al realizar la búsqueda de la información en los archivos donde se encuentran las historias clínicas, se observó una cantidad de historias que presentaban la información incompleta por lo que no se tomaron en cuenta en el momento del estudio. Se sugiere a los residentes del postgrado ser más estrictos en el llenado de las mismas, para garantizar la fidelidad de su contenido.

Referencias Bibliográficas

1. Okeson JP. Tratamiento de oclusión y afecciones temporomandibulares. 5ed. Madrid: Elsevier; 2003:174-78
2. Bordoni, Escobar, Castillo. Odontología Pediátrica, La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual. Editorial Médica Panamericana. 2010
3. Berasategi, 2011. Bruxismo. Disponible en:
<http://www.clinicadonnay.com/media/pdf/bruxismo.pdf>
4. Hicks, Lucero, Bautista, 1999. Ethnicity and Bruxism. Perceptual and Motor Skills: volume 88, Issue, pp 240-241
5. Cortese S, Biondi A. Factores asociados con bruxismo en niños y su prevalencia. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=344297&indexSearch=ID>
6. Malta Ferreira. Lesiones cervicales no cariosas asociadas a bruxismo nocturno grave: informe de un caso clínico. Disponible en: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2012/1/art15.asp>
7. Pulido T. Manejo del Bruxismo desde una perspectiva Integral. Disponible en:
<http://132.248.9.34/hevila/ODOUSCientifica/2010/vol11/no2/3.pdf>
8. Lauzardo, 2008. Bruxismo en niños. Disponible en:
<http://www.16deabril.sld.cu/rev/222/profe.html>

9. Murrieta, 2010. Prevalencia de hábitos bucales parafuncionales en niños de edad preescolar en Ciudad Nezahualcóyotl, Estado de México, 2009. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462011000100004
10. Agurto, 1999 Frecuencia de malos hábitos orales y su asociación con el desarrollo de anomalías dentomaxilares en niños de 3 a 6 años del área Oriente de Santiago. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s037041061999000600004&script=sci_arttext
11. Bayardo R, Mejía J, Orozco S, Montoya K. (1996). Etiology of oral habits. ASDC J. Dent Child, 63, 350-3
12. Alpoz AR1, Ergul N, Oncag O, 1999. Bruxism in Rett syndrome: a case report.. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1020446>
13. Vallejo, González, Del Castillo. 2002. El bruxismo infantil. Disponible en: http://www.odontologiapediatrica.com/revista_o_pediatria/articulo/39/el/bruxismo/infantil
14. Urrieta E., López I. Quirós O. Farias M. Rondón S. Lerner H. 2008, " Hábitos bucales y maloclusión presente en los pacientes atendidos durante el diplomado de ortodoncia interceptiva U.G.M.A años 2006-2007.
15. Tamayo, 2009. Efecto de la intervención fisioterapéutica sobre los signos de bruxismo y la postura cefálica en niños.
16. Cortese, 2009. Relación de disfunciones y hábitos parafuncionales orales con trastornos temporomandibulares en niños y adolescentes. Arch. argent. pediatr. v.107 n.2 Buenos Aires mar./abr. 2009

17. Sierra, C (2004). Estrategias para la elaboración de un proyecto de investigación. Maracay: Insertos Médicos de Venezuela
18. Organización Mundial de la Salud (OMS). 2015. Disponible en: <http://www.who.int/topics/epidemiology/es/>
19. Altamirano, L, 2013. Epidemiología Clínica. Concepto Y Aplicación. Disponible en: <http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spiii/spiii/epiclinIma.pdf>
20. Pita, 2004. Medidas de frecuencia de enfermedad. Disponible en: http://www.fisterra.com/mbe/investiga/medidas_frecuencia/med_frec.asp
21. Lozoya, Juan 2013. Bruxismo: placas, tratamiento, causas, síntomas y consecuencias. Disponible en: <http://suite101.net/article/bruxismo-centrico-y-excentrico-etilogia-sintomas-y-tratamiento-a31194#.U55aF5SSySo>
22. Rabaço P, Cabello G, Rehabilitación con implantes en pacientes bruxistas. 2010. Periodoncia y Osteointegración. Volumen 20, Número 2. pp 135-146
23. Teran, H. 2013. Efecto del uso de instrumentos de viento en las maloclusiones dentarias. Revisión de la literatura Disponible en: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2013/3/art17.asp>
24. Glazinovic, V. 2013. Bruxismo: Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de Vanguardia. Disponible en: <http://www.endodoncia.cl/bruxismo.php>
25. Blanco, Quirós. 2013. Deglución atípica y su influencia en las maloclusiones. Disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2013/art16.asp>

26. Ferro, Naccif, Sotillo, Velazques, Velez, 2010. Aspectos psicológicos de la onicofagia en los estudiantes de 2do año de la Facultad de odontología de la universidad central de Venezuela. Disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2010/pdf/art1.pdf>

27. Gonzales, Guida, Herrera, Quirós, 2012. Maloclusiones asociadas a: Hábito de succión digital, hábito de deglución infantil o atípica, hábito de respiración bucal, hábito de succión labial y hábito de postura. Revisión bibliográfica. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/art29.as>

28. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999)

29. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios Éticos para las investigaciones médicas en seres humanos.

30. Ley Orgánica de Protección al Niño y al Adolescente (1998)

31. Hernández Sampieri, Fernández, Baptista. 2006 Metodología de la investigación. Ed. Mc Graw Hill. México.

32. Tamayo, 1994, Diccionario de la investigación científica. México: Limusa

33. Arias, 1999. El Proyecto de Investigación, Guía para su Elaboración. Editorial Episteme, Oriol Ediciones

34. Morales A, Mora C, Alvarez I. 2009. Bruxismo y Funcionamiento Familiar en escolares de 5 a 11 años. Medisur, vol. 7, núm. 1, pp. 124-130

35. Riva R, Martin S, Rodríguez A. 2011. Prevalencia de Trastornos Temporomandibulares y Bruxismo en Uruguay. Odontoestamología vol.13 nº 17. Montevideo.

36. Carra, MC, Huynh N, Morton P, Rompre PH, Papadakis A, Remise C, et al. 2011. Prevalence and risk factors of sleep bruxism and wake time tooth clenching in a 7- to 17-yr old population. *Eur. J. Oral Sci.* Oct 119 (5):386-94
37. Lopez R, Lopez P, Borges A, Maupome G, Pares G. 2007. Prevalencia del Bruxismo en Niños Mexicanos con Síndrome de Down. *Revista Virtual Down* 21.
38. Frugone R, Rodríguez C. 2003. Bruxismo. *Odontoestomatol*; 19-3; 123-130.
39. Simoes-Zenari M, Bitar ML. 2010. Factors associated to bruxism in children from 4-6 years. *Pro Fono. Dic.*; 22(4): 465-72
40. Emodi-Perlman A, Eli I, Friedman-Rubin P, Goldsmith C, Reiter S, Winocur E. 2012. Bruxism, oral parafunctions, anamnestic and clinical findings of temporomandibular disorders in children. *J Oral Rehabil.* Feb; 39(2):126-35
41. Sobral, T. 2011. Influencia de Parámetros infantiles y Hábitos orales en la oclusión de niños de 3 a 5 años de edad.
42. Marks MB. 1980. Bruxism in allergic children. *Am J Orthod. Ene*; 77(1): 48-59
43. Miamoto CB, Pereira LJ, Ramos M, Marques L, 2011. Prevalence and predictive factors of sleep bruxism in children with and without cognitive impairment. *Braz Oral Res.* Oct; 25(5); 439-45
44. Petit D, Touchette E, Tremblay R, Boivin M, Montplaisir J. Dysomnias and parasomnias in early childhood. *Pediatrics* 2007; 119:e1016-25