



UNIVERSIDAD LAICA “ELOY ALFARO” DE MANABÍ

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE ODONTÓLOGO**

TEMA:

Prevalencia del Bruxismo en Pacientes Atendidos en las Clínicas
Odontológicas de la ULEAM durante el Periodo 2025-1.

AUTORA:

Adriana Annabel Sánchez Andrade

TUTOR:

Dr. Miguel Carrasco

MANTA-MANABÍ-ECUADOR

2025

CERTIFICACIÓN

	NOMBRE DEL DOCUMENTO: CERTIFICADO DE TUTOR(A).	CÓDIGO: PAT-04-F-004
	PROCEDIMIENTO: TITULACIÓN DE ESTUDIANTES DE GRADO BAJO LA UNIDAD DE INTEGRACIÓN CURRICULAR	REVISIÓN: 1
		Página 1 de 1

CERTIFICACIÓN

En calidad de docente tutor(a) de la Facultad Ciencias de la Salud, Carrera de Odontología, de la Universidad Laica "Eloy Alfaro" de Manabí, CERTIFICO:

Haber dirigido, revisado y aprobado preliminarmente el Trabajo de Integración Curricular, Proyecto de Investigación, bajo la autoría de la estudiante Adriana Annabel Sanchez Andrade, legalmente matriculado/a en la carrera de Odontología, periodo académico 2025-2, cumpliendo el total de 384 horas, cuyo tema del proyecto es "Prevalencia del Bruxismo en Pacientes Atendidos en las Clínicas Odontológicas de la Uleam durante el Periodo 2025-1".

La presente investigación ha sido desarrollada en apego al cumplimiento de los requisitos académicos exigidos por el Reglamento de Régimen Académico y en concordancia con los lineamientos internos de la opción de titulación en mención, reuniendo y cumpliendo con los méritos académicos, científicos y formales, y la originalidad del mismo, requisitos suficientes para ser sometida a la evaluación del tribunal de titulación que designe la autoridad competente.

Particular que certifico para los fines consiguientes, salvo disposición de Ley en contrario.

Manta, 09 de enero 2026.

Lo certifico,


Dr. Juan Miguel Carrasco
Docente Tutor(a)
Área: Odontología

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

Yo, Adriana Annabel Sanchez Andrade, con C.I. N.º 1316536349, en calidad de autora del proyecto de investigación titulado “Prevalencia del Bruxismo en Pacientes Atendidos en las Clínicas Odontológicas de la ULEAM durante el Periodo 2025-1”, por la presente autorizo a la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí a hacer uso de todos los contenidos que me pertenecen o de parte de los que contiene esta obra, con fines estrictamente académicos o de investigación.

Los derechos que como autora me corresponden, con excepción de la presente autorización, seguirán vigentes a mi favor, de conformidad con lo establecido en los artículos 5, 6, 8 y 19 de la Ley de Propiedad Intelectual y su reglamento.



Adriana Annabel Sanchez Andrade

C.I. 1316536349

Dedicatoria

Primeramente, a Dios, por haberme permitido llegar hasta este punto; por darme fuerza y ser mi guía con su maravillosa presencia en cada paso que doy, demostrándome que todo, a su tiempo, es perfecto; por iluminar, fortalecer y darle resiliencia a mi corazón.

A mis padres por desde pequeña haberme forjado como una mujer valiente y determinada, por enseñarme que con determinación y sacrificio podre conseguir cualquier meta que me plantee, a mi hermana por haber sido un gran apoyo en este proceso y haberme impulsado a seguir y no decaer.

A mi sobrina Danna Victoria Sánchez Velez porque gracias a ella aprendí a luchar y tener resiliencia a soportar cualquier tipo de situación difícil que se me presente en este proceso, por haber sido un pilar emocional en los momentos difíciles.

A mi hermosa bebé que esta en camino Amelia Sánchez por en los últimos meses haber sido mi fortaleza más grande en esta etapa, quiero ser su ejemplo de superación enseñarle que a pesar de que a veces el camino se nos turbe siempre con disciplina y determinación podremos cumplir nuestras metas, gracias por aferrarte a la vida y a mí, y haber sido ese último impulso que necesitaba para culminar este proceso, te amo infinitamente.

Finalmente, a mis amigas: Sheyla Amaya, Xaidy Pallo y Silvia Alcívar. Gracias por el apoyo, la ayuda incondicional, las risas, las locuras, los momentos y experiencias vividas, pero sobre todo por la compañía que me brindaron durante todos estos años.

Agradecimiento

Expreso mi más sincero agradecimiento, en primer lugar, a Dios, por darme la fuerza que necesitaba para luchar por mis metas, a mi persona por haber tenido la constancia, disciplina en toda mi formación universitaria. Por haber asumido con responsabilidad el compromiso de financiar mis estudios, enfrentar dificultades económicas, académicas y personales, y aun así mantener firme el objetivo de culminar esta etapa profesional. Este logro representa no solo el cierre de un ciclo académico, sino también una prueba de crecimiento, perseverancia y fortaleza personal.

Agradezco a mi familia por el apoyo que me pudieron brindar en esta etapa, por haber estado ahí y no dejarme decaer, a los docentes, quienes a lo largo de la carrera contribuyeron a mi formación profesional y humana, brindando conocimientos, orientación y exigencia académica que permitieron fortalecer mis capacidades.

Finalmente, agradezco a quienes me brindaron apoyo emocional, palabras de ánimo y comprensión en los momentos de cansancio y dificultad. Su compañía y aliento hicieron más llevadero este proceso y me recordaron la importancia de seguir adelante. A todos ellos, mi sincero agradecimiento.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CERTIFICACIÓN	ii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA.....	iii
Dedicatoria.....	iv
Agradecimiento.....	v
ÍNDICE DE CONTENIDOS	vi
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I. EL PROBLEMA.....	3
Planteamiento del problema.....	3
OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION.....	5
General.....	5
Específicos	5
JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	6
CAPITULO II MARCO TEÓRICO	7
ANTECEDENTES	7
Definición del bruxismo	8
Clasificación del bruxismo	9
Bruxismo del sueño.....	9
Bruxismo de vigilia.....	10
Bruxismo primario y secundario.....	11
Otra forma en la que se expresa el bruxismo es:	11
Coexistencia y clasificación dinámica	12
Prevalencia del bruxismo.....	12
Etiología y factores de riesgo del bruxismo.....	13
Modelo biopsicosocial del bruxismo	13
Factores fisiológicos y neurológicos.....	14

Factores psicológicos	14
Factores conductuales	15
Factores oclusales y morfofuncionales	15
Factores genéticos y hereditarios	16
Manifestaciones clínicas del bruxismo	16
Signos dentales.....	16
Signos musculares y articulares	17
Síntomas subjetivos	17
Consecuencias funcionales	18
Diagnóstico del bruxismo	18
Diagnóstico posible.....	18
Diagnóstico probable	19
Diagnóstico definitivo.....	19
Tratamiento del bruxismo	19
Educación y monitoreo conductual.....	20
Férulas oclusales	20
Terapias psicológicas y manejo del estrés	21
Farmacoterapia.....	21
Fisioterapia y rehabilitación mandibular	22
Tratamiento odontológico restaurador	22
Enfoque interdisciplinario e individualizado	22
Consecuencias clínicas del bruxismo no tratado	23
Desgaste dentario y pérdida de estructura dental.....	23
Fractura de restauraciones y prótesis	23
Disfunción de la articulación temporomandibular (ATM).....	24
Alteraciones musculares y dolor orofacial.....	24
Trastornos del sueño y fatiga crónica	24

Cambios estéticos y psicológicos.....	25
Complicaciones en tratamientos odontológicos futuros	25
CAPITULO III. MARCO METODOLOGICO	26
Tipo de diseño e investigación.	26
Población y muestra.....	26
Instrumento de recolección de datos.....	26
Consideraciones éticas	26
Análisis de los datos.....	26
CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	27
DISCUSIÓN	44
CONCLUSIONES	46
RECOMENDACIONES.....	47
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	48

INTRODUCCIÓN

El bruxismo corresponde a una actividad muscular de tipo masticatorio que se expresa a través del apretamiento o rechinar de los dientes. Dependiendo de su intensidad, duración y frecuencia, puede ocasionar complicaciones clínicas como desgaste del esmalte dental, fracturas dentales, dolor en la región orofacial, disfunción temporomandibular y cefaleas recurrentes. En la actualidad, esta conducta neuromuscular ya no se considera exclusivamente como una patología, sino como una manifestación regulada por múltiples factores, la cual puede tener un carácter adaptativo, neutral o nocivo, según el contexto fisiológico del individuo (Marcela Romero Reyes Jennifer P. Bassiur, 2024)

El fenómeno se manifiesta en dos formas claramente diferenciadas. Por un lado, el bruxismo del sueño se produce de manera rítmica (fase fásica) o sostenida (fase tónica) durante el descanso nocturno. Por el otro, el bruxismo de vigilia implica una contracción mantenida de la mandíbula mientras el paciente está despierto. Aunque ambas se diferencian en sus mecanismos fisiopatológicos y abordajes terapéuticos, pueden coexistir en un mismo individuo (Fulek et al., 2025)

En las últimas décadas se ha evidenciado un incremento de los hábitos parafuncionales, entre ellos el bruxismo, especialmente en grupos poblacionales jóvenes que residen en áreas urbanas. Este fenómeno se asocia a múltiples factores, como la exposición constante a situaciones de estrés, las alteraciones en la calidad del sueño, el uso prolongado de dispositivos electrónicos y el consumo frecuente de sustancias con efecto estimulante, entre las que destacan la cafeína y el tabaco (Cruz Fierro, 2016). Si bien mundialmente se evidencia un creciente interés en el estudio del bruxismo, en Ecuador la información epidemiológica disponible sigue siendo limitada. Esta falta de recursos dificulta la formulación de políticas públicas encaminadas a la prevención y detección temprana de dicha patología.

En este consenso, la formulación que expone Manfredini et al. (2013) resalta la necesidad de generar investigaciones regionales que permitan evaluar las consecuencias clínicas que tiene este síndrome, considerando los ámbitos sociales, culturales y demográficos de cada población o comunidad que será estudiada.

Por lo tanto abordar clínicas odontológicas universitarias es de gran ayuda ya que son espacios claves para detectar dicho trastorno, ya que cumplen con formación académica y científica, también ofrecen atención a distintos tipos de poblaciones los cuales van en busca de diagnósticos, métodos de prevención o que le realicen cualquier tipo de tratamiento, por ello resulta posible el recolectar información sobre la prevalencia, los tipos de bruxismo que existe y las manifestaciones del mismo según el tipo de población que se presente.

En la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí (ULEAM), en la sede ubicada en la ciudad de Manta, la cual dispone de clínicas adecuadas para el diagnóstico de cualquier de patología, y un grupo de docente altamente preparados en temas de dicha índole con ardua experiencia en la investigación. Por lo tanto, estas condiciones favorecen la ejecución de estudios de amplia índole sobre las distintas patologías de la cavidad oral, siguiendo un régimen de principios éticos y metodológicos.

El proyecto tiene como propósito principal cooperar en reunir evidencia científica y epidemiológica sobre un trastornos recurrente y visible en las practicas clínicas que es escasamente documento en el ámbito local.

La integración de una base teórica actualizada, objetivos definidos y un diseño riguroso permitirá fortalecer el conocimiento científico disponible y mejorar la calidad de la atención odontológica ofrecida en el entorno universitario.

CAPITULO I. EL PROBLEMA

Planteamiento del problema

La salud bucodental constituye un componente fundamental del bienestar general, al incidir directamente en funciones esenciales como la masticación, la fonación y la deglución, así como en aspectos psicosociales como la autoestima y la calidad de vida. En este contexto, el bruxismo ha adquirido una relevancia creciente en el ámbito clínico y educativo odontológico, debido a su impacto en la funcionalidad del sistema estomatognático, la estética dental y la salud emocional de los pacientes (Puerta & Cárdenas, 2017)

Este trastorno se define como una actividad muscular parafuncional caracterizada por el apretamiento o rechinamiento involuntario de los dientes. Puede presentarse en dos modalidades diferenciadas: el bruxismo del sueño, que ocurre durante las fases del descanso nocturno, y el bruxismo de vigilia, que se manifiesta mientras la persona está despierta. A pesar de su aparente carácter benigno, ambas formas pueden provocar una serie de consecuencias clínicas relevantes, como el desgaste progresivo del esmalte, fracturas coronarias, sensibilidad dental, alteraciones en la articulación temporomandibular, cefaleas, trastornos del sueño y dolor muscular en la región orofacial (González Emsoto et al., 2015a)

El bruxismo se concibe como un trastorno de origen multifactorial, en el que confluyen aspectos psicológicos, fisiológicos y oclusales. La literatura científica ha señalado que la ansiedad y el estrés emocional se encuentran entre los principales factores asociados, sobre todo en personas sometidas a altos niveles de exigencia académica o social (Manfredini & Lobbezoo, 2021). Asimismo, se ha descrito que las alteraciones en la calidad del sueño, junto con determinadas características morfofuncionales del sistema estomatognático, pueden favorecer tanto la aparición como la perpetuación de esta condición (Lobbezoo et al., 2013; Wieckiewicz et al., 2020).

Latinoamérica ha sido foco de distintos estudios acerca del bruxismo lo cuales reportan una mayor prevalencia en estudiantes universitarios, como también en pacientes atendidos en clínicas universitarias. Por ende, se evidencia la importancia de promover estudios que permitan dimensionar con mayor exactitud las características del trastorno en la región. En Ecuador hay una investigación desarrollada en Quito la cual de manera estadística expone los

niveles altos de estrés y presencia de bruxismo en estudiantes de odontología. (Hernández Carrera, 2014)

En la provincia de Manabí, y de manera particular en la ciudad de Manta, aún se carece de información actualizada que permita dimensionar con precisión la magnitud del bruxismo en el ámbito clínico universitario. Las observaciones preliminares en la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí (ULEAM) sugieren que una proporción significativa de los pacientes atendidos presenta signos compatibles con esta parafunción, entre los que destacan el desgaste dental atípico, la sintomatología dolorosa en los músculos masticatorios y las molestias articulares a nivel de la articulación temporomandibular (ATM). Es posible que la ausencia de un registro sistemático y de protocolos de evaluación estandarizados esté conduciendo a una subestimación de su verdadera incidencia en este contexto.

Para la provincia de Manabí, caracterizada por un historial de desigualdad estructural, los determinantes sociales de la salud como el entorno socioeconómico, las condiciones de vida o las dificultades de acceso a servicios de salud mental podrían exacerbar la prevalencia del bruxismo en los grupos poblacionales más vulnerables.

Ante la impetuosa realidad, resulta de gran importancia realizar un estudio para determinar la asiduidad del bruxismo y los factores asociados que acompañan a los pacientes atendidos en las clínicas odontológicas de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí (ULEAM) en el periodo 2025-1. De lo cual nace la siguiente interrogante:

¿Cuál es la prevalencia del bruxismo y sus principales características clínicas en pacientes atendidos en las clínicas odontológicas de la ULEAM, sede Manta, durante el primer semestre de 2025?

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

General

Determinar la prevalencia del bruxismo en los pacientes que reciben atención en las clínicas odontológicas de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí (ULEAM), sede Manta de Ecuador.

Específicos

1. Cuantificar la frecuencia de bruxismo en pacientes atendidos en la clínica odontológica de la ULEAM durante el período académico 2025-1.
2. Reconocer las manifestaciones clínicas más frecuentes del bruxismo en los sujetos de estudio.
3. Identificar los principales tipos de bruxismo en la población de estudio.

JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación surge ante la necesidad urgente de disponer de información actualizada sobre la prevalencia del bruxismo en contextos clínicos universitarios, particularmente en los pacientes atendidos en las clínicas odontológicas de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí (ULEAM), sede Manta. Aunque a nivel internacional existen estudios que reportan cifras de prevalencia del bruxismo en adultos entre el 8 % y el 31 % (Manfredini et al., 2013), en Ecuador y más aún en la región de Manabí los datos son escasos, lo que limita el diseño de estrategias clínicas adaptadas a la realidad local.

Este enfoque se centra en la importancia de llevar a cabo una evaluación personalizada de cada situación, tomando en cuenta factores como los hábitos del sueño, las manifestaciones y el aspecto psicológico del paciente. Por ende, es relevante estudiar de manera real todos estos factores y la manera que se percibe en los grupos de personas que se atienden en las clínicas universitarias, es satisfactorio para llevar a cabo los objetivos de este estudio.

La determinación de las manifestaciones clínicas predominantes, como los tipos de bruxismo, componen un soporte esencial para la elaboración de protocolos de atención odontología los cuales serán avalados por evidencia científica local. Además, ayudara a la implementación de mecanismos de referencias para diversas de la salud, en particular cuando se identifiquen factores psicológicos o afines a problemas de la calidad de sueño.

La elección de variables como la frecuencia del bruxismo, sus características clínicas observables y la diferenciación entre bruxismo de vigilia y del sueño responde a la necesidad de obtener un panorama integral del problema. Asimismo, la inclusión de factores asociados como el estrés, hábitos parafuncionales y calidad del sueño se justifica por el marco biopsicosocial propuesto por modelos contemporáneos de salud bucal los cuales promueven una visión holística del paciente. (Storari et al., 2023)

En definitiva, este estudio resulta pertinente, factible y alineado con los objetivos institucionales de la ULEAM en cuanto a docencia, investigación y vinculación con la comunidad. No solo se generará evidencia científica útil para la práctica clínica local, sino que también se contribuirá a la formación integral de los estudiantes de Odontología, quienes podrán enfrentar con mayor solvencia una condición de alta incidencia y complejidad.

CAPITULO II MARCO TEÓRICO

ANTECEDENTES

En la Actualidad, el bruxismo es entendido como una actividad muscular masticatoria que responde a una interacción compleja de factores neurológicos, conductuales y psicosociales. Esta concepción multifactorial se sustenta tanto en estudios pioneros como los de (Ramfjord, 1961), quien ya destacaba la influencia de patrones musculares y hábitos adquiridos, como en investigaciones contemporáneas que refuerzan el rol del estrés, la ansiedad y la regulación neurofuncional en su aparición y mantenimiento (Thomas et al., 2024).

La definición actual del bruxismo a sido fortalecida debido a estudios internacionales de gran relevancia. La investigación de (Lavigne et al., 2008a) ha sido una de estas, la cual permite distinción entre el bruxismo del sueño el cual es caracterizado por movimientos constantes de la musculatura de la mandíbula en el sueño y en el caso del diurno se ascia a factores psicológicos y conductuales. Estudios epidemiológicos que se realizaron posteriormente confirmaron esta clasificación demostrando la relación del nocturno y fenómenos como microdespertares y trastornos respiratorios del sueño, como la apnea y factores elevados de estrés y ansiedad. (Wieckiewicz et al., 2020)

Estos hallazgos subrayan la necesidad de contar con métodos diagnósticos integrales que incorporen dimensiones clínicas, psicológicas y del sueño.

Por su parte en la provincia de Manabí, la escasez de investigaciones sobre bruxismo subraya la urgencia de estudios focalizados. El impacto psicológico del terremoto del 2016 podría considerarse un factor modulador relevante: por ejemplo, en Pedernales, más del 57 % mostraba síntomas sugestivos de trastorno de estrés postraumático y el 75 % de esos casos cumplía criterios formales de diagnóstico (Miguel Jacob Ochoa Andrade, 2016) Atender este contexto psicosocial es esencial a la hora de evaluar y comprender el bruxismo regional. En ese marco, el STAB tool presentado por (Manfredii et al., 2024) ofrece una herramienta robusta y estandarizada para explorar, de forma integral, el estado del bruxismo, su etiología, consecuencias y factores asociados

En el contexto latinoamericano, distintas investigaciones han reportado una elevada prevalencia de bruxismo en estudiantes universitarios y en profesionales vinculados al área de la salud. En Chile, por ejemplo, un estudio realizado en alumnos de Odontología de la Pontificia Universidad Católica indicó que un 62 % presentaba esta condición; además, todos los casos

identificados mostraron niveles elevados de ansiedad, depresión o estrés (von Bischoffshausen P. et al., 2019). Dichos trabajos combinaron el uso de cuestionarios estandarizados con evaluaciones clínicas, lo que permitió establecer asociaciones consistentes entre el bruxismo y factores como el nivel socioeconómico, la ingesta de sustancias estimulantes y la calidad del sueño.

En Ecuador, aunque la literatura científica sobre el tema sigue siendo escasa, se han registrado aportes relevantes. Una investigación desarrollada en la Universidad Central del Ecuador encontró una asociación estadísticamente significativa entre el estrés académico y la presencia de bruxismo en estudiantes de Odontología (Jadimar dos Santos Brum Júnior et al., 2025). Este hallazgo se alinea con otras investigaciones recientes en la región que resaltan la influencia de los factores psicosociales como determinantes clave en la génesis del bruxismo, particularmente en jóvenes adultos expuestos a entornos académicos o laborales de alta demanda.

Definición del bruxismo

El bruxismo se entiende actualmente como una manifestación de la musculatura masticatoria que no obedece a una causa única, sino que resulta de la interacción de diversos factores de origen neurológico, conductual y psicosocial (Lobbezoo et al., 2018; Uchima Koecklin et al., 2024)). Esta concepción amplia ha permitido que la literatura reciente lo aborde desde una perspectiva integral, en la cual se reconocen tanto las características biológicas del individuo como los aspectos emocionales y sociales que influyen en su aparición y mantenimiento.

De acuerdo con un consenso internacional reciente (Lobbezoo et al., 2018), el bruxismo ya no se considera una enfermedad en sí misma, sino una actividad motora involuntaria de los músculos masticadores, que puede ser fisiológica, adaptativa o disfuncional según su intensidad, frecuencia y efectos clínicos. Asimismo, se reconocen dos formas diferenciadas: el bruxismo del sueño, con movimientos mandibulares rítmicos durante el descanso, y el bruxismo de vigilia, que se manifiesta durante la vigilia con características clínicas distintas. (Lobbezoo et al., 2018)

Una de las definiciones más ampliamente aceptadas en el ámbito odontológico fue propuesta por el grupo de expertos encabezado por Lobbezoo y colaboradores (2013), quienes

caracterizaron el bruxismo como una actividad repetitiva e involuntaria de los músculos masticatorios, manifestada a través del apretamiento o rechinamiento dentario, así como por la generación de presión mandibular sostenida.

El bruxismo según sus manifestaciones diarias es un aspecto clave para su comprensión, diferenciándose del nocturno y el diurno. Estas diferencias no solo poseen valor clínico sino también incorpora una base integral de enfoques mitológicos que conllevan ciencias como la odontología, neurología, psicología y medicina del sueño. Desde esta perspectiva, el bruxismo no se concibe necesariamente como una condición patológica; en determinados contextos, puede cumplir funciones adaptativas, entre ellas la estabilización mandibular. (Lobbezoo et al., 2018)

Ciertos modelos actuales también coinciden en que el bruxismo no siempre constituye una condición patológica; en ocasiones puede cumplir funciones adaptativas, como la estabilización mandibular. No obstante, cuando su intensidad o frecuencia se incrementan, puede derivar en complicaciones clínicas como desgaste dental, dolor orofacial, disfunción temporomandibular y alteraciones del sueño (Lobbezoo et al., 2018).

Este enfoque ha sido de gran ayuda para el desarrollo de intervención más exactos y eficaces encaminados al abordaje de aspectos clínicos y psicossiales que se presentan en cada individuo. En si el bruxismo debe comprenderse como una condición compleja y no solo como una actividad oral involuntaria, entender esta definición nos permitirá llegar a las estrategias correctas para un diagnóstico, prevención y tratamiento en una etapa temprana de la patología.

Clasificación del bruxismo

En las últimas décadas, el modo de clasificar el bruxismo ha cambiado de manera significativa debido a los aportes de la neurofisiología, la medicina del sueño y la odontología clínica. Hoy se reconoce que no se trata de un fenómeno uniforme, sino de un conjunto de expresiones clínicas que varían en cuanto a sus causas, manifestaciones, métodos diagnósticos y alternativas terapéuticas. Dentro de esta visión se distinguen dos formas principales: el bruxismo relacionado con el sueño y el bruxismo que ocurre durante la vigilia.

Bruxismo del sueño

El bruxismo que se produce durante el sueño corresponde a una actividad muscular involuntaria que tiene lugar mientras la persona duerme. Esta actividad puede presentarse tanto

en las fases profundas del sueño no REM como en las etapas más ligeras, incluidas las fases REM. Desde el punto de vista clínico, se caracteriza por la aparición de contracciones rítmicas y repetitivas en los músculos masticatorios, lo que se traduce en episodios de apretamiento o rechinar de dientes.

En un enfoque funcional, el bruxismo puede clasificarse en dos modalidades principales. La primera corresponde a la fase fásica, la cual se caracteriza por movimientos alternantes de apertura y cierre de la mandíbula. La segunda es la fase tónica, definida por contracciones musculares sostenidas, sin intervalos de relajación. Ambos esquemas han sido identificados a través de estudios especializados en medicina del sueño, los cuales han proporcionado bases objetivas para su diagnóstico y abordaje clínico (Lavigne et al., 2008)

Desde un enfoque fisiopatológico, se ha determinado que el bruxismo del sueño está estrechamente asociado con microdespertares, activaciones breves del sistema nervioso central que interrumpen el ciclo del sueño sin despertar al individuo completamente. Durante estos eventos, se activa una respuesta motora refleja en la musculatura de la masticación, lo cual da lugar a episodios de apretamiento o rechinar de dientes (Lal et al., 2025)

El bruxismo durante el sueño se puede observar en cualquier etapa del desarrollo, pero especialmente común en niños y adolescentes, lo que podría indicar que tiene un propósito evolutivo o adaptativo. En adultos, este fenómeno está relacionado con distintas afecciones, como trastornos del sistema nervioso, apnea del sueño, desajustes del ritmo circadiano, el consumo de ciertos fármacos estimulantes y enfermedades neurodegenerativas.

Cabe señalar que un número considerable de personas que padecen esta condición desconoce su existencia, debido a que los episodios ocurren durante el sueño. Por tal motivo, su diagnóstico suele requerir una combinación de observaciones clínicas, reportes de terceros (como familiares o convivientes) y, en casos específicos, el uso de estudios para confirmar la actividad muscular durante la noche.

Bruxismo de vigilia

El bruxismo de vigilia, también conocido como bruxismo diurno, se define como una actividad masticatoria involuntaria que ocurre mientras el individuo está despierto. A diferencia del BS, este tipo de bruxismo se caracteriza predominantemente por el apretamiento

o tensión constante de los músculos mandibulares, con escaso o nulo rechinar de los dientes. Esta actividad suele estar relacionada con procesos conscientes o semiconscientes, lo cual facilita en cierta medida su modificación conductual (Martínez Loma, 2024)

Diversos estudios han vinculado el bruxismo de vigilia con factores emocionales, como estrés crónico, ansiedad, hiperactividad, perfeccionismo o exigencia académica y laboral, por lo que es frecuente en estudiantes universitarios, profesionales de alto rendimiento o personas sometidas a situaciones de presión.

Una ventaja del BV frente al BS es que su naturaleza consciente o semiconsciente permite abordajes terapéuticos conductuales más directos, como el biofeedback, la relajación progresiva o la terapia cognitivo-conductual. Sin embargo, si no se trata adecuadamente, puede derivar en trastornos temporomandibulares (TTM), hipertrofia muscular o desgaste dental.

Bruxismo primario y secundario

Otra forma en la que se expresa el bruxismo es:

Conocido como bruxismo idiopático, este tipo primario no tiene una causa médica identificable. Su aparición está frecuentemente ligada a factores emocionales y del comportamiento, como la ansiedad, el estrés o la hiperactividad producto de las presiones de la vida cotidiana. Al ser la forma más habitual, afecta principalmente a individuos que no presentan antecedentes de enfermedades neurológicas ni han sido expuestos a medicación específica.

Por otra parte, el bruxismo secundario se relaciona con alteraciones neurológicas o con el consumo de ciertos fármacos. Se ha documentado su aparición en pacientes con enfermedad de Parkinson, epilepsia, trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), así como en personas tratadas con antidepresivos, antipsicóticos o estimulantes del sistema nervioso central. Estas asociaciones sugieren una etiología multifactorial con componentes farmacológicos y neurobiológicos importantes (Pando Vázquez, 2014)

También se ha descrito un bruxismo iatrogénico, desencadenado por tratamientos odontológicos que modifican la oclusión o interfieren con el equilibrio neuromuscular del sistema estomatognático.

Coexistencia y clasificación dinámica

Cabe destacar que los tipos de bruxismo no son mutuamente excluyentes. Un mismo paciente puede experimentar bruxismo del sueño y de vigilia en distintos momentos o de forma simultánea. Además, la clasificación del bruxismo ha comenzado a adoptar un enfoque dinámico y funcional, impulso el impacto del hábito en la calidad de vida del paciente, su repercusión clínica y su respuesta al tratamiento.

Según el modelo propuesto por Manfredini (2021), se deben analizar tres aspectos:

1. Actividad muscular (fisiológica o disfuncional)
2. Presencia o ausencia de daño clínico
3. Percepción subjetiva del paciente (dolor, limitación funcional, impacto emocional) (Soto Goñi, 2021)

Este enfoque permite distinguir entre un bruxismo adaptativo (sin daño ni síntomas), compensatorio (en respuesta a otra disfunción) y patológico (con consecuencias clínicas evidentes).

Prevalencia del bruxismo

Diversos estudios han estimado que el bruxismo del sueño (BS) afecta entre el 8 % y el 15 % de la población adulta, mientras que el bruxismo de vigilia (BV) puede presentarse en hasta 30 % de los adultos jóvenes, especialmente en aquellos sometidos a niveles elevados de estrés psicosocial (Cid Verdejo, 2024). Sin embargo, estas cifras pueden variar ampliamente según el método diagnóstico utilizado: por ejemplo, estudios basados únicamente en autorreporte sobreestiman la prevalencia, mientras que aquellos que emplean técnicas instrumentales, métodos como la electromiografía y la polisomnografía proporcionan resultados más consistentes y con mayor exactitud en la detección de la actividad muscular, aunque suelen registrar cifras menores frente a otros procedimientos.

En la niñez, se observa una mayor incidencia de bruxismo en comparación con la edad adulta. De acuerdo a estudios realizados por Sandoval Ulloa y Fariña Vélez en 2016, en naciones como Brasil, México y España, la incidencia se sitúa entre el 15 % y el 40 %, y tiende a disminuir conforme las personas crecen. Este fenómeno puede atribuirse a una combinación

de diversos elementos, como el desarrollo neurológico, el ambiente familiar, la calidad del sueño durante la noche y el estrés que acompaña a la infancia

En la pandemia por COVID-19 se observó un aumento del bruxismo, tanto en vigilia como durante el sueño, atribuible a factores de estrés como el confinamiento, el uso excesivo de pantallas y trastornos del descanso. En estudios con estudiantes de odontología, el bruxismo del sueño subió notablemente durante el confinamiento, aunque el de vigilia disminuyó respecto a otro periodo. Además, informes clínicos apuntan a que entre el 60 % y más del 70 % de los odontólogos vieron un incremento en los casos de bruxismo y fracturas dentales asociada. (Osses-Anguila et al., 2023)

En el continente sudamericano, la cantidad de estudios es reducida comparada con Europa o Norteamérica, los datos existentes resultan inquietantes. Una revisión global reciente estimó que el bruxismo tanto durante el sueño como en vigilia tiene una prevalencia en Sudamérica de aproximadamente 23 % y 30 %, según (Agnieszka PająkMarcin Wójcicki & Grzegorz Zieliński, 2024) Estos números, además, son bastante consistentes con los reportados en poblaciones latinoamericanas: por ejemplo, en estudiantes de Cali, Colombia, más del 60 % percibía episodios de bruxismo ligados al estrés.

En el contexto global, el bruxismo ha sido reconocido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una condición que afecta significativamente la salud bucodental, por lo que su monitoreo poblacional se ha integrado a varios programas de vigilancia de salud oral.

Etiología y factores de riesgo del bruxismo

El bruxismo es una condición clínica de origen multifactorial, lo que significa que no puede ser atribuida a una sola causa, sino al efecto combinado de múltiples factores biológicos, que incluyen componentes psicológicos, neurológicos, conductuales y ambientales.

Modelo biopsicosocial del bruxismo

Este constituye el enfoque más aceptado para explicar el origen del bruxismo. Este modelo contempla la interacción entre factores fisiológicos, cognitivos y contextuales en el desarrollo y mantenimiento de esta actividad muscular. Investigadores como Manfredini, Lobbezoo y De Laat han señalado que la aparición del bruxismo es una combinación de

elementos predisponentes, desestabilizantes y de mantenimiento, los cuales interactúan dinámicamente en cada individuo (Soto Goñi, 2021)

Bajo esta perspectiva, el bruxismo puede considerarse como un fenómeno adaptativo que, bajo ciertas condiciones, se transforma en disfuncional y clínicamente perjudicial.

Factores fisiológicos y neurológicos

Desde el punto de vista fisiológico, el bruxismo del sueño se encuentra estrechamente vinculado con microdespertares corticales y una activación transitoria del sistema nervioso simpático. Durante estos eventos, se ha observado un incremento en la frecuencia cardíaca y respiratoria, lo cual indica una posible conexión con componentes de defensa neurofisiológicos del organismo. Esta asociación ha sido verificada mediante estudios polisomnográficos en poblaciones clínicas (Iturriaga et al., 2014) Algunas teorías plantean que el bruxismo puede ayudar a restablecer la permeabilidad de las vías aéreas superiores en personas con apnea del sueño, la cual funciona como un reflejo protector.

En el ámbito neuroquímico, el bruxismo se ha relacionado con desequilibrios en la modulación de neurotransmisores como la dopamina, la serotonina y la noradrenalina. Este vínculo ayuda a comprender por qué algunos fármacos que actúan sobre dichos sistemas, en particular los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), pueden favorecer la aparición o intensificación de la actividad bruxista (Lavigne et al., 2008)

También se ha observado una mayor prevalencia de bruxismo en pacientes con trastornos neurológicos, como enfermedad de Parkinson, epilepsia, parálisis cerebral y trastornos del espectro autista, lo que sugiere un componente neurológico relevante en su fisiopatología.

Factores psicológicos

Los factores psicológicos, especialmente el estrés y la ansiedad, se identifican como elementos clave en la aparición del bruxismo, particularmente en su modalidad diurna. El apretamiento mandibular, consciente o no, suele constituir una respuesta adaptativa del sistema musculoesquelético frente a estados prolongados de tensión emocional. Investigaciones recientes han documentado una correlación significativa entre niveles elevados de cortisol

hormona vinculada al estrés y la presencia de bruxismo, lo cual refuerza la hipótesis de un vínculo fisiopatológico entre ambos fenómenos.

Entre los factores más relevantes se encuentran:

- Los trastornos de ansiedad,
- El trastorno obsesivo-compulsivo,
- Cuadros depresivos como la depresión mayor y la distimia, así
- Rasgos de personalidad, particularmente aquellos asociados con competitividad, elevados niveles de autoexigencia y tendencias perfeccionistas (Cruz Fierro, 2016).

Los estudiantes universitarios, especialmente en carreras solicitantes como odontología, medicina o ingeniería, han sido identificados como grupos de alto riesgo debido a las altas exigencias académicas, la sobrecarga de trabajo y la falta de estrategias adecuadas de afrontamiento.

Factores conductuales

Factores de diversa índole pueden potenciar la presencia de bruxismo. Entre ellos, el consumo de sustancias estimulantes o depresoras del sistema nervioso central, tales como el alcohol, la nicotina, la cafeína, las anfetaminas y la marihuana, que interfieren con los mecanismos de regulación del sueño. También es relevante la calidad del descanso: hábitos como trasnochar, exponerse a pantallas luminosas o descansar en entornos con estímulos externos reducen la eficiencia del sueño y elevan el riesgo de bruxismo nocturno. Finalmente, la postura corporal tiene un papel no menor; dormir boca abajo o mantener contracción mandibular prolongada frente a pantallas puede reforzar la actividad muscular involuntaria (Godoy et al., 2008)

Factores oclusales y morfofuncionales

Durante años, se atribuyó el bruxismo a interferencias oclusales, contactos prematuros o malposiciones dentarias. Sin embargo, investigaciones recientes han desmentido esta hipótesis como causa primaria. Actualmente se considera que los factores oclusales no son determinantes etiológicos del bruxismo, aunque sí pueden modificar la distribución de cargas y agravar sus consecuencias clínicas (Jácome Torres, 2024)

Factores genéticos y hereditarios

Ciertos elementos morfofuncionales, como la morfología del cóndilo mandibular, la altura del ramo mandibular y el tono basal del sistema neuromuscular, se han identificado como posibles factores que aumentan la susceptibilidad individual al bruxismo. Sin embargo, la literatura especializada señala que estos factores anatómicos, por sí solos, no resultan determinantes para explicar la aparición del trastorno. Su influencia se interpreta de manera más clara dentro de un enfoque multifactorial, en el que convergen no solo componentes biológicos, sino también variables neurológicas, conductuales y psicosociales (Martínez Loma, 2024).

Manifestaciones clínicas del bruxismo

El bruxismo, ya sea de vigilia o del sueño, se manifiesta a través de una variedad de signos y síntomas que pueden comprometer no solo la integridad de los dientes, sino también el funcionamiento del sistema estomatognático en su conjunto. La diversidad de sus expresiones clínicas hace que su diagnóstico sea complejo, pues suele confundirse con otras patologías orofaciales. Es fundamental que el profesional de la salud oral conozca estas manifestaciones para detectar tempranamente el trastorno y evitar complicaciones mayores. (Ballesteros Moreno, 2011)

Signos dentales

Entre los signos más característicos del bruxismo se encuentran los desgastes dentarios anormales, especialmente visibles en las caras oclusales e incisales de los dientes posteriores y anteriores. Estas lesiones se presentan en forma de facetas planas, brillantes, sin la textura normal del esmalte, y son resultado del contacto constante entre superficies dentarias. (González Emsoto et al., 2015b)

Cuando el trastorno alcanza niveles severos, el desgaste dentario puede progresar hasta la dentina, originando hipersensibilidad, reducción de la dimensión vertical de la oclusión e incluso exposición pulpar con riesgo de necrosis secundaria al trauma crónico. A estas consecuencias se añade la mayor probabilidad de fracturas, tanto en piezas naturales como en restauraciones protésicas o en obturaciones existentes.

Es frecuente que el paciente presente líneas de estrés o microfisuras en el esmalte, pérdida del contorno anatómico de las cúspides y bordes incisales, así como atrición dental generalizada, especialmente si el bruxismo ha sido prolongado en el tiempo.

Signos musculares y articulares

El bruxismo también genera efectos sobre los músculos masticatorios y la articulación temporomandibular (ATM). La hipertrofia del músculo masetero es un hallazgo común, especialmente en pacientes que presentan bruxismo de vigilia con apretamiento constante. Esta hipertrofia puede percibirse visualmente o a la palpación como un aumento del volumen mandibular posterior, a menudo simétrico. (Godoy et al., 2008)

En muchos casos, los pacientes reportan dolor o sensibilidad muscular, especialmente al despertar o después de periodos prolongados de concentración o tensión. Este dolor puede irradiarse hacia el cuello, oído o cabeza, lo que lleva a tener cefaleas tensionales o incluso migrañas.

Respecto a la ATM, es frecuente encontrar:

- Ruidos articulares: clics, crepitaciones o chasquidos durante la apertura y cierre mandibular.
- Dolor a la palpación preauricular.
- Limitación de apertura bucal o movimientos mandibulares asimétricos.
- Desviaciones o deflexiones en la trayectoria de apertura (Álvarez et al., 2014)

Estos signos, aunque no exclusivos del bruxismo, son indicativos de disfunción del sistema estomatognático y deben ser evaluados clínicamente con precisión.

Síntomas subjetivos

Los pacientes con bruxismo pueden reportar una amplia gama de síntomas subjetivos, entre los que destacan:

- Sensación de fatiga mandibular al despertar o al final del día.

- Dolor dental difuso sin causa cariosa aparente.
- Sensibilidad térmica o dolor agudo al masticar.
- Dolor facial persistente o localizado en la región temporal.
- Zumbido o presión en los oídos.
- Cefaleas matutinas, especialmente en pacientes con bruxismo del sueño.

(Pérez Verde, 2024)

Además, es común que el paciente no sea consciente de su hábito parafuncional, aun al ser advertido por un familiar o pareja que escucha los ruidos del rechinar durante la noche.

Consecuencias funcionales

Con el tiempo, el bruxismo puede generar alteraciones funcionales en la dinámica mandibular, como dificultad para masticar ciertos alimentos, limitación de movimientos mandibulares, y trastornos en la fonación. La pérdida de altura oclusal producto del desgaste puede derivar en una reposición mandibular anómala, que a su vez afecta la postura y puede desencadenar síntomas posturales y cervicales

Diagnóstico del bruxismo

El diagnóstico del bruxismo debe abordarse desde una perspectiva multidimensional, que, al combinar con la historia clínica, el examen físico y, en algunos casos, métodos instrumentales especializados. La Academia Americana de Medicina del Sueño y la Academia Europea de Disfunción Temporomandibular han propuesto una clasificación diagnóstica en tres niveles:

Diagnóstico posible

El diagnóstico posible se establece a partir del autorreporte del paciente o del relato de una tercera persona, como el compañero de cama. Este enfoque incluye preguntas dirigidas, tales como: “¿Siente que aprieta o rechina los dientes?”, “¿Le han comentado que lo hace durante el sueño?” o “¿Despierta con dolor en la mandíbula?”. Aunque resulta útil como herramienta inicial de tamizaje, este nivel diagnóstico presenta una baja especificidad clínica y no permite confirmar la presencia del bruxismo con certeza (Cifuentes-Harris et al., 2022)

Diagnóstico probable

El diagnóstico probable se establece mediante el autorreporte del paciente, complementado con la presencia de signos clínicos objetivos. Entre estos signos se incluyen el desgaste dentario no fisiológico, dolor a la palpación de los músculos masticatorios, movilidad dentaria y la presencia de ruidos articulares, como clics o crepitaciones en la articulación temporomandibular. Este nivel diagnóstico resulta el más común en la práctica clínica odontológica, ya que permite una identificación más precisa del bruxismo y posibilita la implementación de medidas preventivas orientadas a evitar su progresión (Soto Goñi, 2021)

Diagnóstico definitivo

Requiere confirmación por medio de polisomnografía con electromiografía (EMG) de los músculos masticatorios, el cual es el método de referencia para el diagnóstico del bruxismo del sueño. No obstante, debido a su alto costo y disponibilidad limitada, no es una herramienta de uso rutinario en la práctica clínica general.

Además, se han desarrollado cuestionarios clínicos validados como el Bruxism Assessment Questionnaire (BAQ), así como investigaciones de actividad mandibular mediante dispositivos portátiles como EMG de superficie, sensores de presión o actígrafos mandibulares.

Tratamiento del bruxismo

El tratamiento del bruxismo constituye un desafío clínico debido a su naturaleza multifactorial, su presentación variable (vigilia o sueño) y la frecuente ausencia de conciencia por parte del paciente. Actualmente no existe una cura definitiva, y el enfoque terapéutico se orienta hacia la reducción de los signos y síntomas, la prevención de daños mayores, y la mejora de la calidad de vida del paciente.

Los tratamientos deben individualizarse y, preferiblemente, abordarse mediante un modelo interdisciplinario, que incluya odontología, psicología, fisioterapia y medicina del sueño. Para llevar a cabo la elección del tratamiento se debe tener en cuenta si el bruxismo es adaptativo, compensatorio o patológico, según el modelo funcional propuesto por Manfredini et al. (2021)

Educación y monitoreo conductual

El primer paso en el tratamiento es la educación del paciente sobre la naturaleza del bruxismo. Muchos pacientes no saben que lo padecen ni saben de sus posibles consecuencias. Informarlos sobre el impacto en los dientes, músculos y articulaciones puede aumentar su conciencia y fomentar la adherencia terapéutica. (Jácome Torres, 2024)

En los episodios de apretamiento dentario diurno el biofeedback, una técnica basada en el monitoreo consciente de la actividad mandibular, que permite al paciente detectar y modificar su conducta de apretamiento. También se enseña al paciente a mantener una postura mandibular en reposo (labios cerrados, dientes separados, lengua en paladar), lo que ayuda a relajar los músculos masticatorios. (Gómez et al., 2015)

Férulas oclusales

Las férulas oclusales, también conocidas como placas miorrelajantes o de descarga, son uno de los tratamientos más utilizados para el bruxismo. Se trata de dispositivos removibles confeccionados en resina acrílica, diseñados para cubrir las superficies oclusales de una arcada (generalmente la superior) y proteger los dientes del desgaste.

Beneficios de las férulas:

- Disminuyen la sobrecarga sobre las estructuras dentarias.
- Distribuyen las fuerzas masticatorias.
- Permiten la relajación muscular.
- Previenen fracturas de restauraciones.
- Favorecen la estabilización de la oclusión. (Rojas Arana, Yandir Edgar,

2022)

Por lo tanto, su eficacia está más verificada en reducir el daño que en eliminar la causa del bruxismo. Es decir, no curan el hábito, pero sí limitan sus consecuencias. Además, se debe evitar el uso prolongado en pacientes con TTM no diagnosticados o con alteraciones articulares activas.

Terapias psicológicas y manejo del estrés

Dado el papel central del estrés, la ansiedad y distintos factores emocionales en el bruxismo de vigilia, las intervenciones psicológicas son de gran utilidad. Entre ellas destacan:

- Terapia cognitivo-conductual (TCC): ayuda a identificar y modificar pensamientos y conductas disfuncionales, lo que promueve técnicas de afrontamiento más saludables.
- Técnicas de relajación: como la respiración diafragmática, meditación mindfulness, relajación muscular progresiva o visualización guiada.
- Terapia ocupacional y vigilancia del entorno estresor (García, 2009)

Varios estudios han reportado una mejora significativa de los síntomas de bruxismo en pacientes que siguen un plan psicológico complementario al tratamiento odontológico.

Farmacoterapia

Aunque no existe un medicamento aprobado exclusivamente para el tratamiento del bruxismo, en ciertos casos puede ser necesaria la intervención farmacológica, especialmente en la cual coexisten trastornos del sueño o ansiedad severa. Entre los fármacos empleados se encuentran:

- Ansiolíticos y relajantes musculares (ej. clonazepam): útiles en bruxismo nocturno en casos puntuales.
- Antidepresivos tricíclicos: aunque deben emplearse con precaución, ya que varios ISRS pueden inducir o empeorar el bruxismo.
- Toxina botulínica tipo A (Botox): se ha utilizado con éxito en casos severos de bruxismo del sueño o vigilia, aplicándose directamente en los músculos maseteros o temporales. Ayuda a reducir la hiperactividad muscular, aunque su efecto es temporal y puede requerir nuevas aplicaciones cada 3 a 6 meses (Víctor R. Uriarte, 2021)

Fisioterapia y rehabilitación mandibular

La fisioterapia cumple un rol importante, especialmente en pacientes con dolor muscular o disfunción temporomandibular asociada. Entre las técnicas utilizadas destacan:

- Masoterapia (masajes) para descontracturar los músculos masticatorios.
- Ejercicios de estiramiento y reeducación neuromuscular.
- Aplicación de calor local o ultrasonido terapéutico.
- Técnicas de liberación (Yépez Trujillo, 2025)

Estas terapias ayudan a reducir el dolor, restaurar la función mandibular y mejorar el rango de apertura bucal.

Tratamiento odontológico restaurador

En los casos en que el bruxismo ha causado daño severo al esmalte, fracturas dentarias o pérdida de la dimensión vertical, puede ser necesario un abordaje restaurador o rehabilitador. Este puede incluir:

- Reconstrucción de cúspides con resinas compuestas.
- Carillas o coronas para restaurar la estética y función.
- Ajuste oclusal, se emplea si hay interferencias que agravan la sintomatología. (Galán Borda Bossana, Carolina, 2020)

Este tipo de tratamiento debe realizarse una vez que el bruxismo esté estabilizado o bajo inspección, para evitar el fracaso de las restauraciones.

Enfoque interdisciplinario e individualizado

Dada la complejidad del bruxismo, el tratamiento más eficaz es el que integra varias disciplinas: odontología, psicología, fisioterapia, medicina del sueño y en ciertos casos, neurología o psiquiatría. Esta atención integral permite abordar las múltiples causas y consecuencias del trastorno, mejorar la calidad de vida del paciente y reducir la recurrencia. (Borbor et al., 2024)

No todos los pacientes requieren todos los tratamientos. Varios solo necesitan educación y vigilancia; otras, férulas e inspección del estrés; y en casos complejos, una

combinación más intensa de estrategias. La evaluación continua y el seguimiento clínico periódico son esenciales para adaptar el plan terapéutico a la evolución del paciente.

Consecuencias clínicas del bruxismo no tratado

El bruxismo que no recibe una evaluación ni un manejo oportuno puede generar múltiples repercusiones clínicas que afectan no solo la salud oral, sino también el bienestar general y la calidad de vida del individuo. Dichas repercusiones incluyen alteraciones locales en dientes, periodonto, músculos y articulaciones temporomandibulares, así como manifestaciones de carácter sistémico, que tienden a agravarse conforme el hábito parafuncional persiste en el tiempo..(Sánchez Salcedo et al., 2024)

Desgaste dentario y pérdida de estructura dental

Una de las principales consecuencias del bruxismo crónico es la destrucción progresiva del esmalte dental. El roce repetido entre los dientes puede causar facetas de desgaste o atrición severa, lo cual expone la dentina, provoca hipersensibilidad dentinaria y aumenta el riesgo de caries. En casos avanzados, puede ocurrir:

- Reducción significativa de la altura coronaria.
- Afectación pulpar por trauma crónico.
- Necrosis de la pulpa y dolor agudo.
- Necesidad de tratamientos restaurativos complejos, como coronas o rehabilitaciones completas.

Según Okeson (2021), el bruxismo es una de las principales causas no bacterianas de daño dental severo en adultos jóvenes.

Fractura de restauraciones y prótesis

Las fuerzas excesivas generadas por el bruxismo pueden provocar la fractura o descementado de restauraciones indirectas como carillas, coronas, puentes o implantes. Del mismo modo, las obturaciones en resina o amalgama pueden fallar prematuramente. Esto conlleva un alto costo económico para el paciente y frustración por tratamientos repetidos. (Rodríguez Chamorro, 2021)

Disfunción de la articulación temporomandibular (ATM)

El esfuerzo muscular y la carga mecánica desproporcionada en la ATM pueden ocasionar:

- Dolor articular (artralgia temporomandibular).
- Desplazamientos discales.
- Ruidos articulares persistentes (clics o crepitaciones).
- Limitación de la apertura bucal. (Ayala & Torres, 2024)

El bruxismo persistente a lo largo de los años puede tener un papel determinante en la génesis de alteraciones temporomandibulares, afectando la cinemática normal de la mandíbula y provocando trastornos funcionales que repercuten en la masticación y la apertura bucal.

Alteraciones musculares y dolor orofacial

El bruxismo no tratado provoca sobrecarga de los músculos masticatorios, lo que lleva a la aparición de:

- Dolor miofascial persistente.
- Puntos gatillo en los músculos maseteros, temporales y pterigoideos.
- Espasmos musculares, contracturas o fatiga mandibular.

Este dolor puede irradiarse hacia regiones como el cuello, la cabeza o los oídos, y generar confusión diagnóstica con otras condiciones médicas, como migrañas, neuralgias o sinusitis.

Trastornos del sueño y fatiga crónica

En el caso del bruxismo del sueño, los episodios frecuentes de microdespertares y contracción muscular pueden interrumpir el ciclo normal del sueño, lo que provoca:

- Somnolencia diurna.
- Fatiga matutina.
- Irritabilidad y baja concentración.

Además, se ha observado una mayor prevalencia de trastornos del ánimo y ansiedad generalizada en pacientes con bruxismo crónico no abordado (Hortelano, 2014)

Cambios estéticos y psicológicos

El desgaste excesivo de los dientes puede provocar alteraciones visibles en la sonrisa, pérdida de soporte labial, colapso de la dimensión vertical y envejecimiento prematuro de la fisonomía de la cara. Estas alteraciones afectan la autoestima del paciente, lo cual genera malestar emocional y evita que se sonría o se hable con naturalidad. (Toapanta Cando, 2014)

A esto se suman factores como el miedo a dañar sus dientes o la frustración por no controlar el hábito, que pueden derivar en ansiedad o aislamiento social.

Complicaciones en tratamientos odontológicos futuros

El bruxismo no tratado complica la planificación de tratamientos restauradores, ortodónticos o implantológicos. Por ejemplo:

- La pérdida de dimensión vertical puede dificultar la colocación de coronas.
- El trauma oclusal puede comprometer el éxito de los implantes.
- La movilidad dental dificulta el anclaje en ortodoncia. (Zevallos Portilla, Axel José, 2025)

Por ello, la detección y vigilancia del bruxismo debe anteceder cualquier rehabilitación dental compleja, para garantizar su durabilidad.

CAPITULO III. MARCO METODOLOGICO

Tipo de diseño e investigación.

Estudio observacional, descriptivo, transversal y prospectivo, con enfoque cuantitativo.

Población y muestra

La población del estudio está conformada por los pacientes atendidos en las clínicas odontológicas de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí durante las actividades de prácticas clínicas en el período académico 2025-1, información que se obtendrá de las historias clínicas.

La modalidad de muestreo es no probabilística por conveniencia debido a que los participantes serán seleccionados mediante los criterios específicos de inclusión que determinan la conveniencia de la investigación. La muestra quedó conformada por 270 pacientes.

Instrumento de recolección de datos

Historia Clínica: Como fuente primaria de datos, para recopilar datos relevantes y exhaustivos sobre la salud del paciente e identificar patrones, evaluar riesgos y fundamentar investigaciones clínicas.

Encuestas: Para identificar la presencia de bruxismo en pacientes mediante signos, síntomas.

Consideraciones éticas

El estudio fue aprobado con el Comité de ética para la investigación en seres humanos (CEISH) de la ULEAM. Se garantizó la autonomía del participante, se solicitó firma del consentimiento informado dirigido para los padres de familia y/o representantes legales. Para cumplir con el principio de confidencialidad de los datos, se firmó una declaración que compromete a la investigadora a realizar un manejo ético y responsable de los datos.

Análisis de los datos

Los datos serán procesados mediante tablas comparativas y frecuencias expresadas en porcentajes con la finalidad de facilitar la interpretación de los datos.

CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

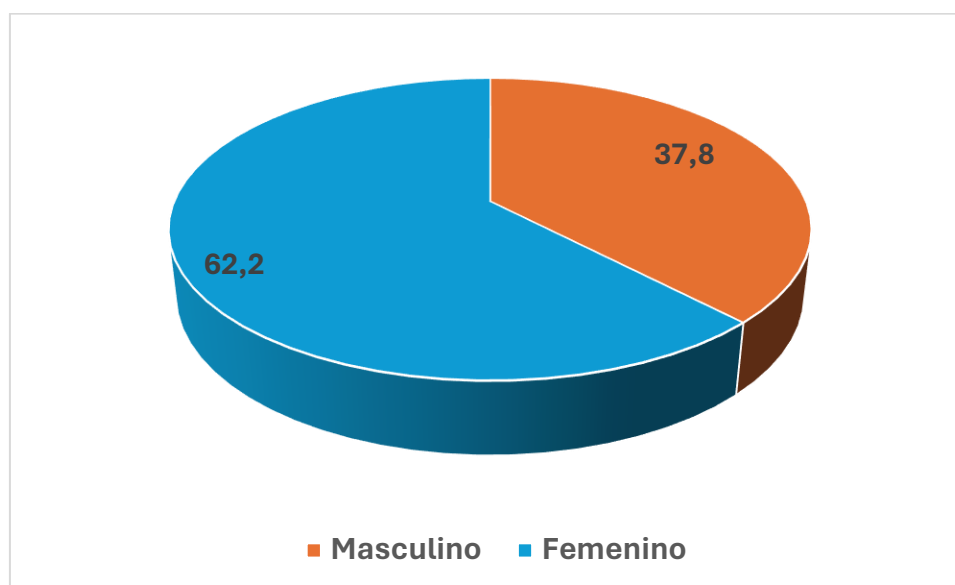
Variables demográficas

Tabla 1. Género de los pacientes de la Clínica de Odontológica I de la Carrera de Odontología en la ULEAM período 2025-1.

Género	N	%
Masculino	102	37,8
Femenino	168	62,2
Total	270	100

Elaborado por: Sánchez (2025).

Gráfico 1. Género de los pacientes de la Clínica de Odontológica I de la Carrera de Odontología en la ULEAM período 2025-1.



Elaborado por: Sánchez (2025).

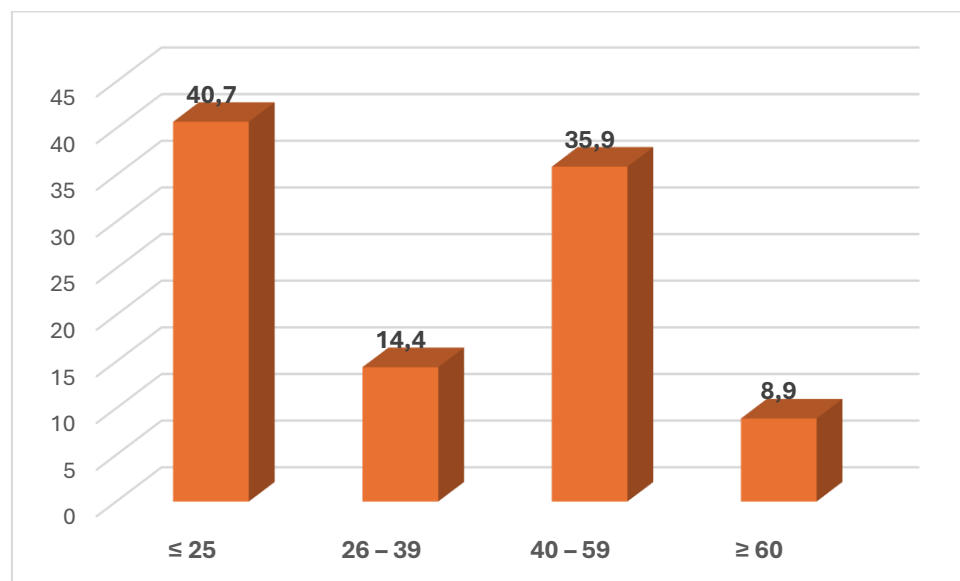
En la Tabla 1 y el Gráfico 1 se observa que el 62,2% de los pacientes correspondió al sexo femenino y el 37,8% al masculino. Se evidencia un predominio del género femenino dentro de la muestra, es decir, hubo una mayor demanda de atención odontológica por parte de mujeres en el periodo analizado.

Tabla 2. Edad de los pacientes de la Clínica de Odontológica I de la Carrera de Odontología en la ULEAM período 2025-1.

Edad	n	%
≤ 25	110	40,7
26 – 39	39	14,4
40 – 59	97	35,9
≥ 60	24	8,9
Total	270	100

Elaborado por: Sánchez (2025).

Gráfico 2. Edad de los pacientes de la Clínica de Odontológica I de la Carrera de Odontología en la ULEAM período 2025-1.



Elaborado por: Sánchez (2025).

Como se aprecia en la Tabla 2 y el Gráfico 2, la mayor proporción de pacientes se encontró en el grupo de 25 años o menos (40,7%), seguido por los de 40–59 años (35,9%). Esto refleja que la población atendida en la clínica odontológica estuvo constituida principalmente por jóvenes y adultos de mediana edad.

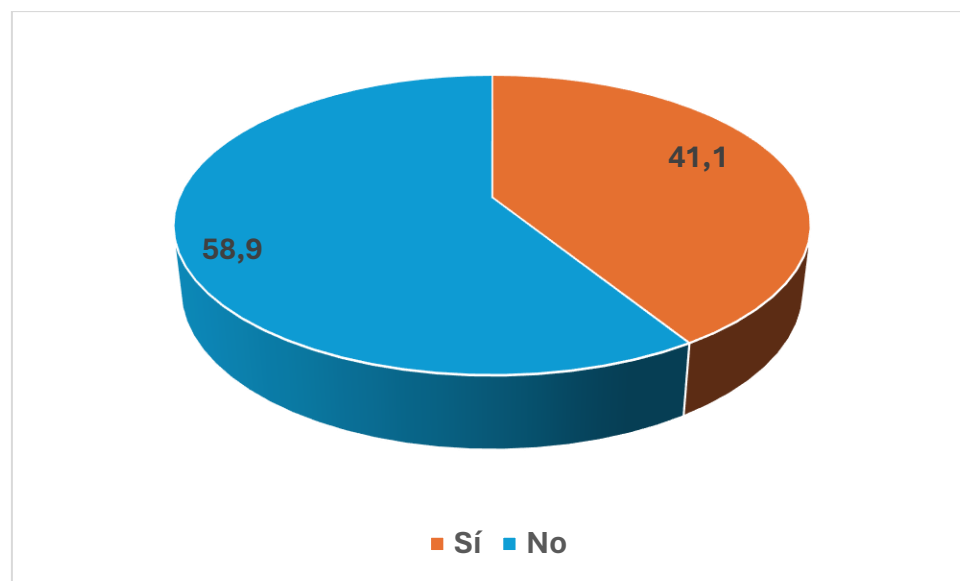
Signos y síntomas de bruxismo

Tabla 3. Distribución de frecuencias de pacientes de la Clínica de Odontológica I de la Carrera de Odontología en la ULEAM período 2025-1 que presentan desgaste incisal

Desgaste incisal	n	%
Sí	111	41,1
No	159	58,9
Total	270	100

Elaborado por: Sánchez (2025).

Gráfico 3. Distribución de frecuencias de pacientes de la Clínica de Odontológica I de la Carrera de Odontología en la ULEAM período 2025-1 que presentan desgaste incisal



Elaborado por: Sánchez (2025).

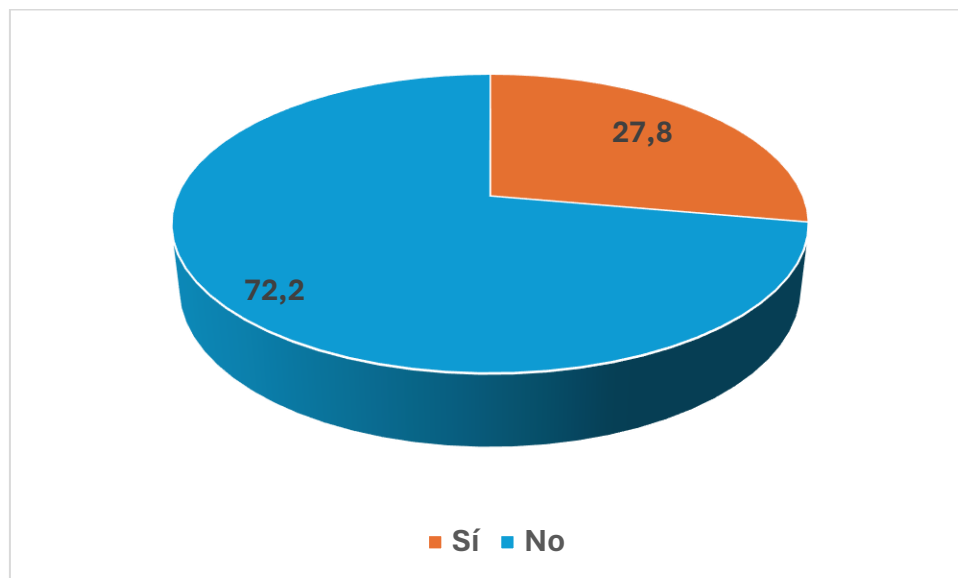
Se identificó desgaste incisal en el 41,1% de los pacientes, mientras que el 58,9% no presentó este signo clínico. Se entiende que, aunque la mayoría de la población no evidenció desgaste, existe un grupo que presentó esta manifestación compatible con sospecha de bruxismo.

Tabla 4. Distribución de frecuencias de pacientes de la Clínica de Odontológica I de la Carrera de Odontología en la ULEAM período 2025-1 que presentan desgaste oclusal

Desgaste oclusal	n	%
Sí	75	27,8
No	195	72,2
Total	270	100

Elaborado por: Sánchez (2025).

Gráfico 4. Distribución de frecuencias de pacientes de la Clínica de Odontológica I de la Carrera de Odontología en la ULEAM período 2025-1 que presentan desgaste oclusal



Elaborado por: Sánchez (2025).

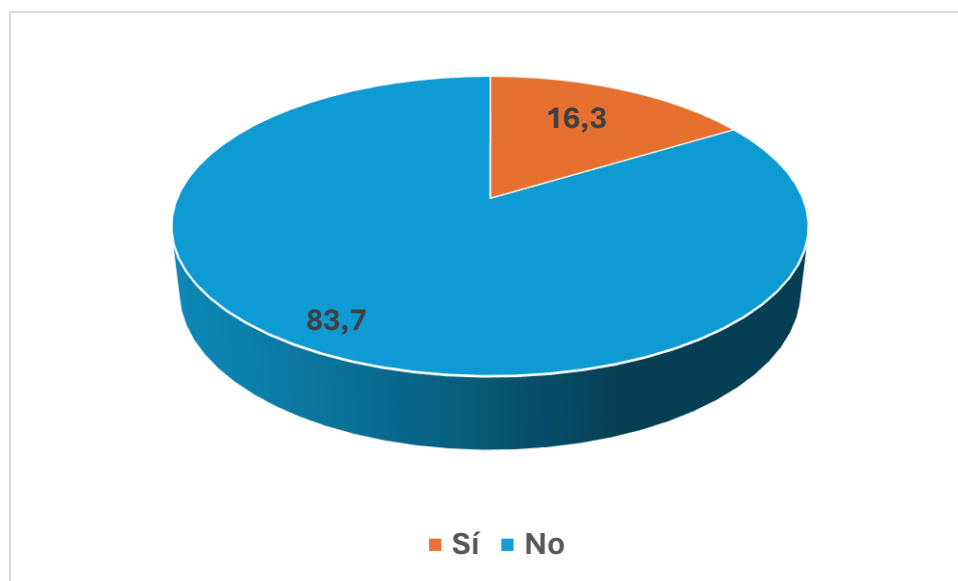
Se encontró desgaste oclusal en el 27,8% de los pacientes, frente al 72,2% que no lo presentó. Esto indica que esta condición tuvo una frecuencia importante en la muestra estudiada.

Tabla 5. Distribución de frecuencias de pacientes de la Clínica de Odontológica I de la Carrera de Odontología en la ULEAM período 2025-1 según presencia de hipertrofia o dolor del músculo masetero

Hipertrofia o dolor del músculo masetero	n	%
Sí	44	16,3
No	226	83,7
Total	270	100

Elaborado por: Sánchez (2025).

Gráfico 5. Distribución de frecuencias de pacientes de la Clínica de Odontológica I de la Carrera de Odontología en la ULEAM período 2025-1 según presencia de hipertrofia o dolor del músculo masetero



Elaborado por: Sánchez (2025).

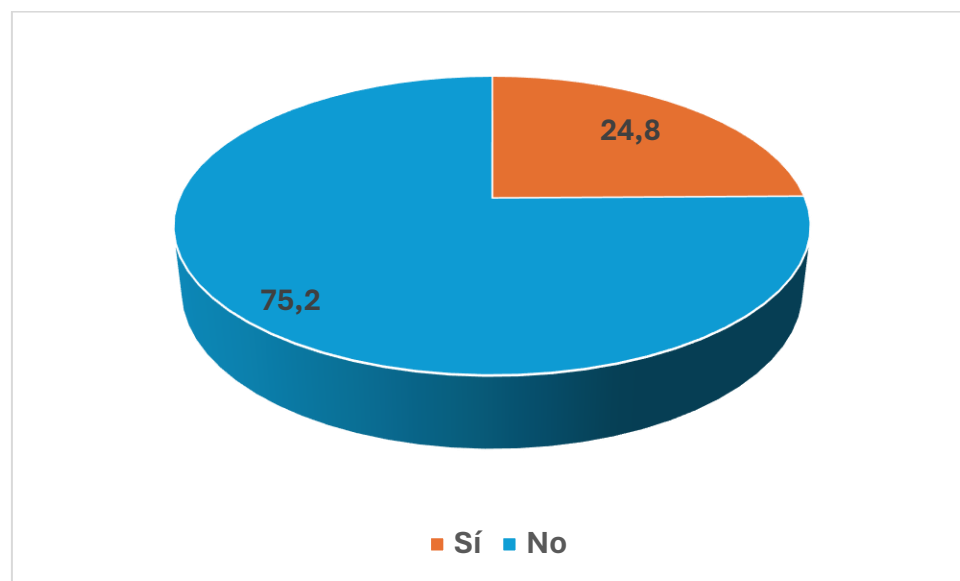
Según la Tabla y el Gráfico 5 el 16,3% de los pacientes manifestó hipertrofia o dolor del músculo masetero, mientras que en el 83,7% no se evidenció esta condición. Esto revela que esta afectación muscular asociada al bruxismo fue poco común entre los pacientes de las clínicas de la Carrera de Odontología, pero no por eso hay que restarle importancia.

Tabla 6. Distribución de frecuencias de pacientes de la Clínica de Odontológica I de la Carrera de Odontología en la ULEAM período 2025-1 según presencia de dolor del músculo temporal

Dolor del músculo temporal	n	%
Sí	67	24,8
No	203	75,2
Total	270	100

Elaborado por: Sánchez (2025).

Gráfico 6. Distribución de frecuencias de pacientes de la Clínica de Odontológica I de la Carrera de Odontología en la ULEAM período 2025-1 según presencia de dolor del músculo temporal



Elaborado por: Sánchez (2025).

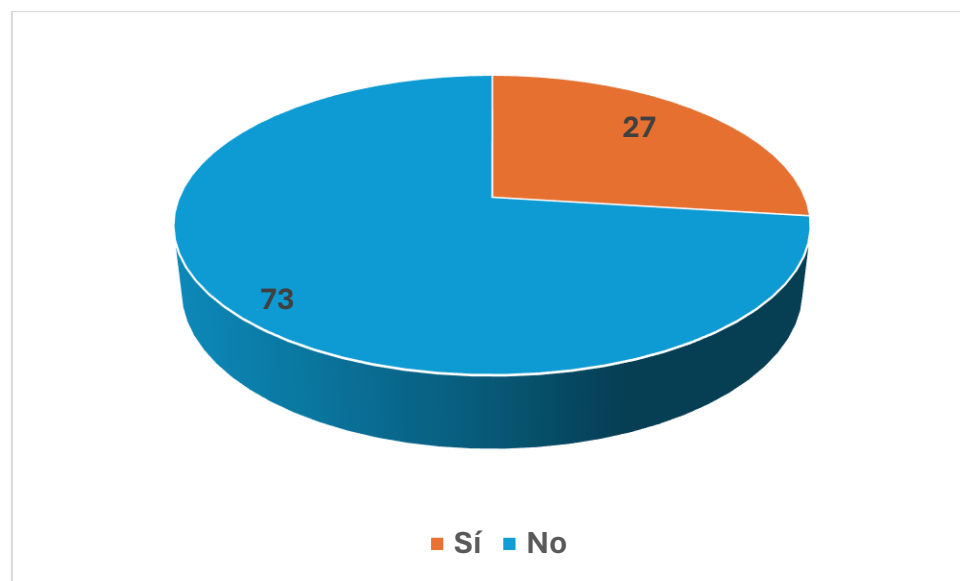
El dolor a nivel del músculo temporal fue un hallazgo frecuente entre los pacientes de las clínicas de la Carrera, estuvo presente en el 24,8% de los pacientes, mientras que el 75,2% no lo reportó.

Tabla 7. Distribución de frecuencias de pacientes de la Clínica de Odontológica I de la Carrera de Odontología en la ULEAM período 2025-1 según presencia de chasquido en la ATM

Chasquido en la ATM	n	%
Sí	73	27,0
No	197	73,0
Total	270	100

Elaborado por: Sánchez (2025).

Gráfico 7. Distribución de frecuencias de pacientes de la Clínica de Odontológica I de la Carrera de Odontología en la ULEAM período 2025-1 según presencia de chasquido en la ATM



Elaborado por: Sánchez (2025).

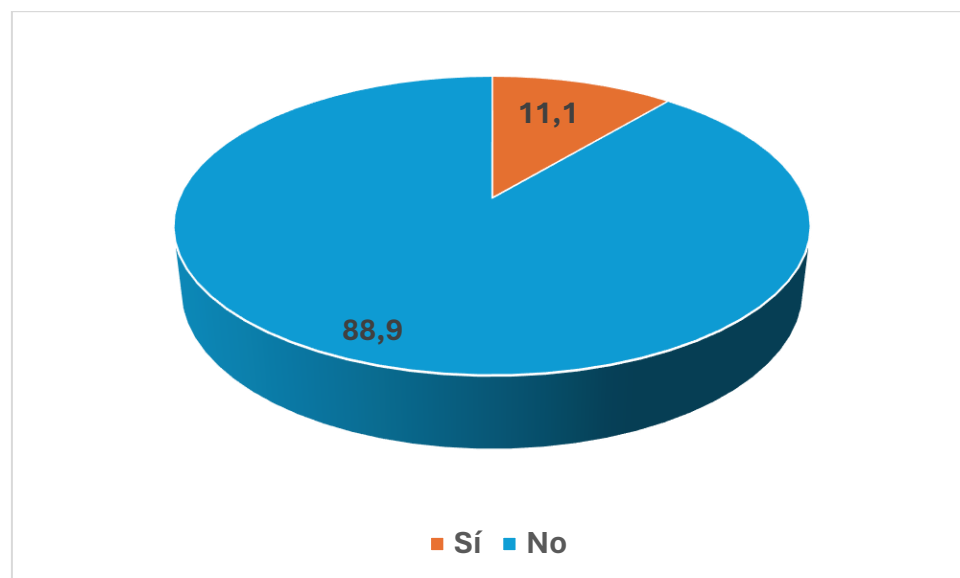
La Tabla 7 y el Gráfico 7 se refieren a la presencia de chasquido en la ATM entre los pacientes evaluados. Un 27% de los pacientes refirió chasquido, frente al 73% que no presentó esta manifestación.

Tabla 8. Distribución de frecuencias de pacientes de la Clínica de Odontológica I de la Carrera de Odontología en la ULEAM periodo 2025-1 según presencia de limitación de la apertura bucal

Limitación de la apertura bucal	n	%
Sí	30	11,1
No	240	88,9
Total	270	100

Elaborado por: Sánchez (2025).

Gráfico 8. Distribución de frecuencias de pacientes de la Clínica de Odontológica I de la Carrera de Odontología en la ULEAM periodo 2025-1 según presencia de limitación de la apertura bucal



Elaborado por: Sánchez (2025).

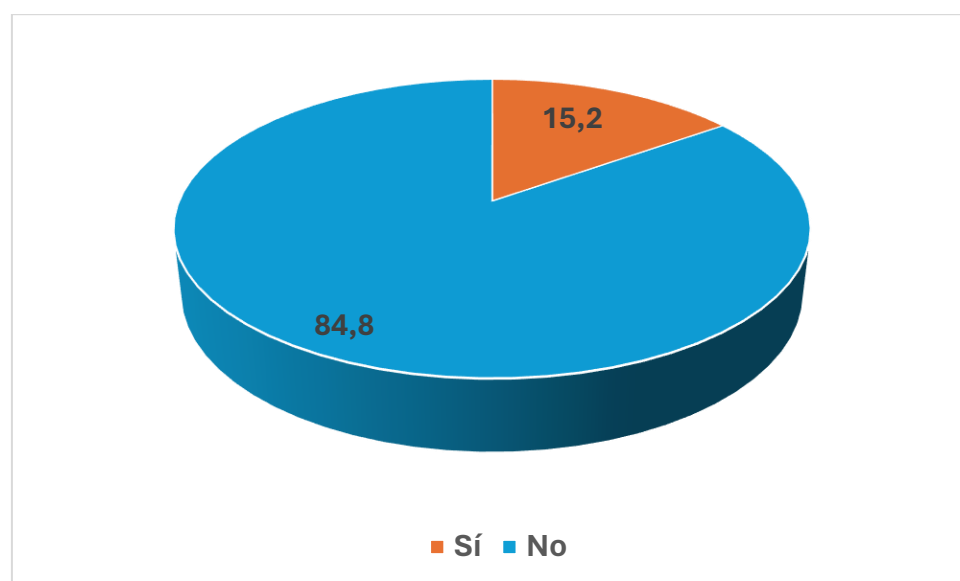
Tal como se presenta en la Tabla y Gráfico 8, se registró limitación en la apertura bucal en el 11,1% de los pacientes, mientras que la gran mayoría (88,9%) no presentó esta condición.

Tabla 9. Distribución de frecuencias de pacientes de la Clínica de Odontológica I de la Carrera de Odontología en la ULEAM período 2025-1 según presencia de desviación mandibular al abrir

Desviación mandibular al abrir	n	%
Sí	41	15,2
No	229	84,8
Total	270	100

Elaborado por: Sánchez (2025).

Gráfico 9. Distribución de frecuencias de pacientes de la Clínica de Odontológica I de la Carrera de Odontología en la ULEAM período 2025-1 según presencia de desviación mandibular al abrir



Elaborado por: Sánchez (2025).

Otra de las manifestaciones del bruxismo es la desviación mandibular durante la apertura. La Tabla 9 y el Gráfico 9 mencionan que esta se presentó en el 15,2% de los pacientes, frente al 84,8% que no la manifestó.

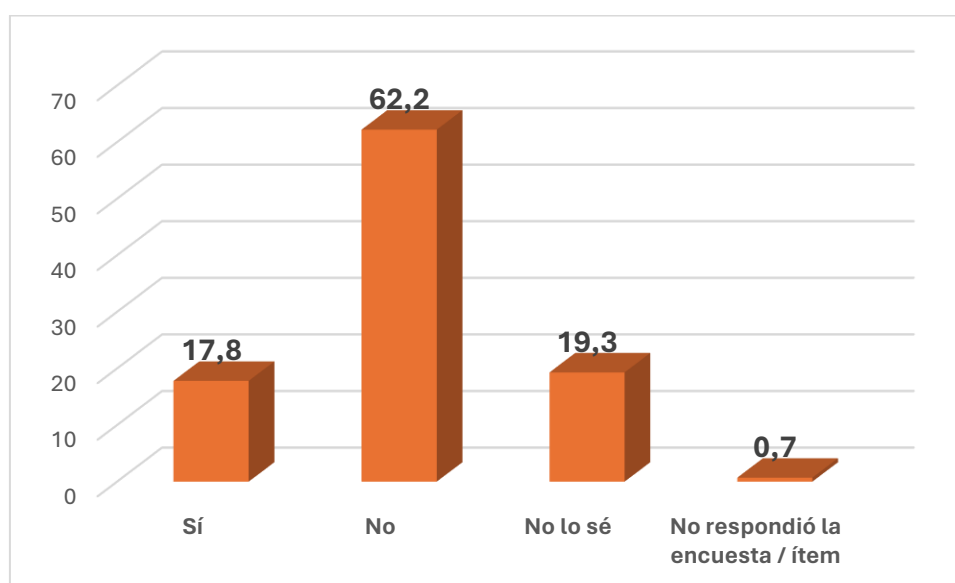
Encuesta sobre señales de alerta de bruxismo

Tabla 10. ¿Alguien lo ha escuchado que rechina los dientes mientras duerme?

Ítem 1	n	%
Sí	48	17,8
No	168	62,2
No lo sé	52	19,3
No respondió la encuesta / ítem	2	0,7
Total	270	100

Elaborado por: Sánchez (2025).

Gráfico 10. ¿Alguien lo ha escuchado que rechina los dientes mientras duerme?



Elaborado por: Sánchez (2025).

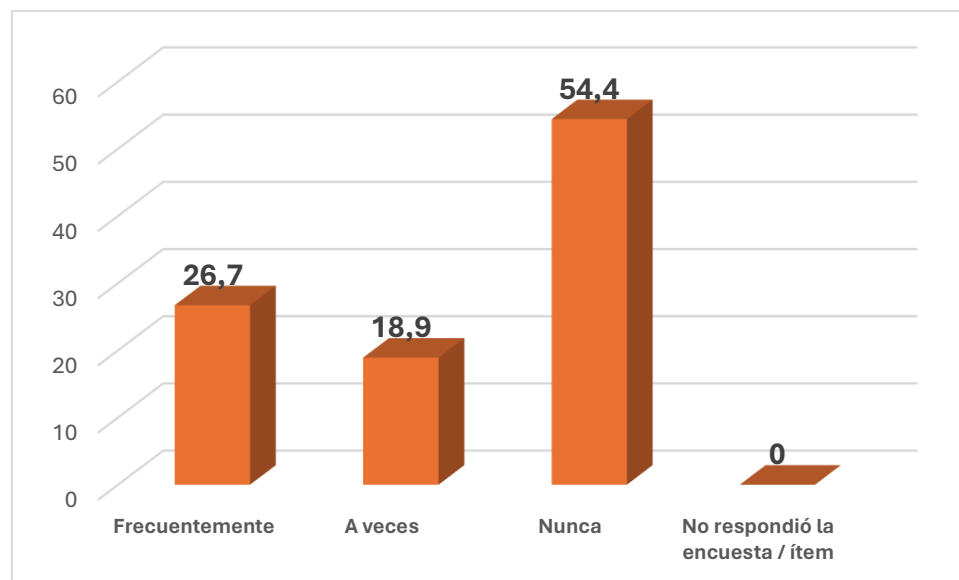
A partir de la Tabla 10 y el Gráfico 10 se presentan los resultados de la encuesta aplicada a los pacientes de las clínicas de la Carrera de Odontología. El 17,8% de los pacientes reportó que alguien los ha escuchado rechinar los dientes durante el sueño, un 62,2% manifestó que no, mientras que otro 19,3% indicó no saberlo. Un 0,7% de los participantes no respondió este ítem de la encuesta.

Tabla 11. ¿Ha sentido dolor en la mandíbula al despertar por la mañana?

Ítem 2	n	%
Frecuentemente	72	26,7
A veces	51	18,9
Nunca	147	54,4
No respondió la encuesta / ítem	0	0
Total	270	100

Elaborado por: Sánchez (2025).

Gráfico 11. ¿Ha sentido dolor en la mandíbula al despertar por la mañana?



Elaborado por: Sánchez (2025).

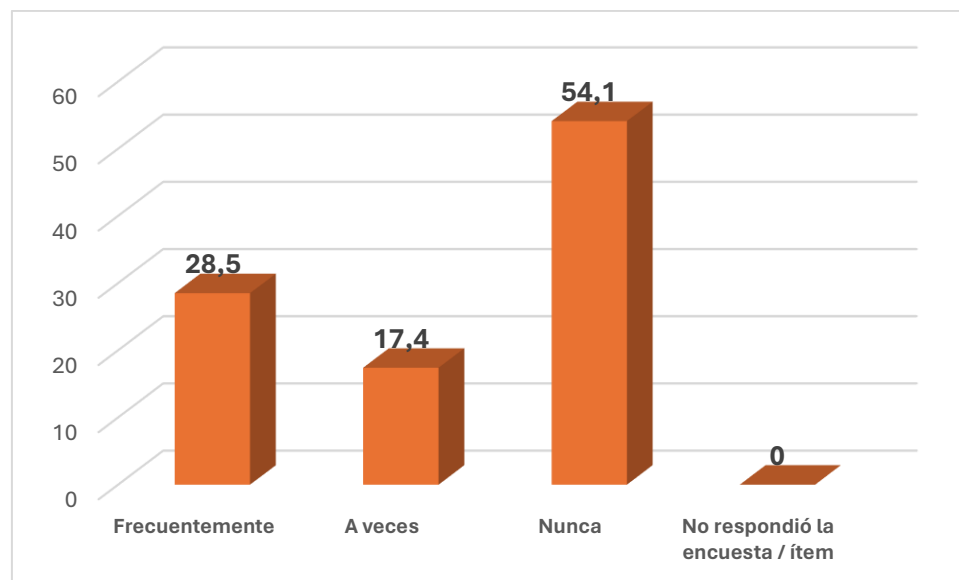
La Tabla y el Gráfico 11 informa que el 26,7% de los pacientes refirió sentir dolor mandibular con frecuencia al despertar, un 18,9% lo experimentó a veces y un 54,4% nunca lo presentó.

Tabla 12. ¿Alguna vez ha presentado un dolor momentáneo de cabeza al despertar?

Ítem 3	n	%
Frecuentemente	77	28,5
A veces	47	17,4
Nunca	146	54,1
No respondió la encuesta / ítem	0	0
Total	270	100

Elaborado por: Sánchez (2025).

Gráfico 12. ¿Alguna vez ha presentado un dolor momentáneo de cabeza al despertar?



Elaborado por: Sánchez (2025).

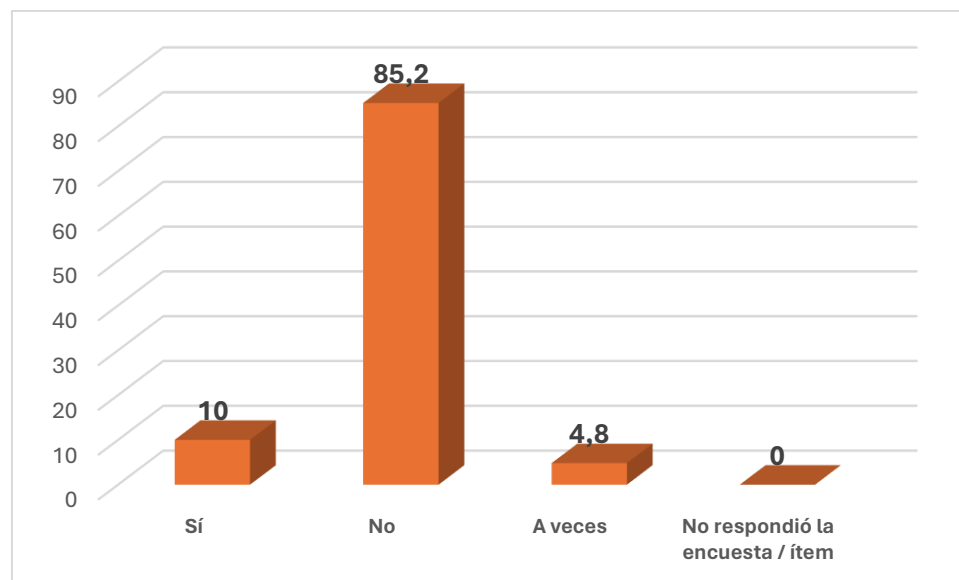
Según los resultados de este ítem La Tabla 12 y el Gráfico 12 muestran que el 28,5% de los pacientes refirió dolores frecuentes de cabeza al despertar, el 17,4% lo manifestó a veces y el 54,1% nunca.

Tabla 13. ¿Presenta cierta dificultad para abrir la boca al despertar?

Ítem 4	n	%
Sí	27	10,0
No	230	85,2
A veces	13	4,8
No respondió la encuesta / ítem	0	0
Total	270	100

Elaborado por: Sánchez (2025).

Gráfico 13. ¿Presenta cierta dificultad para abrir la boca al despertar?



Elaborado por: Sánchez (2025).

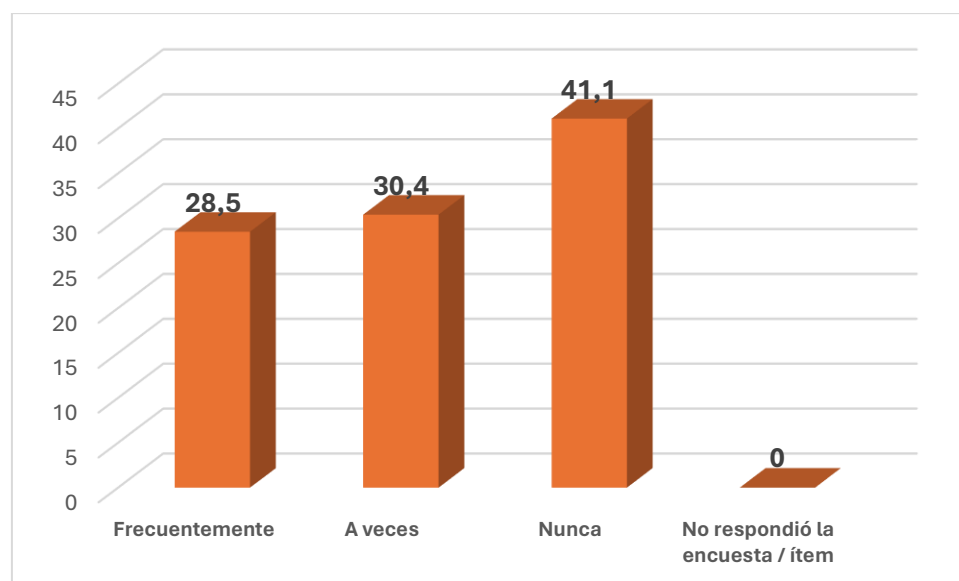
Cuando se consultó a los pacientes si presentaban dificultad para abrir la boca al despertar un 10% de los pacientes manifestó que sí, otro 4,8% lo refirió ocasionalmente, mientras que el 85,2% indicó que no, tal como se informa en la Tabla 13 y el Gráfico 13.

Tabla 14. ¿Siente dolor en los dientes al ingerir algo frio, caliente o cuando está en contacto con el aire?

Ítem 5	n	%
Frecuentemente	77	28,5
A veces	82	30,4
Nunca	111	41,1
No respondió la encuesta / ítem	0	0
Total	270	100

Elaborado por: Sánchez (2025).

Gráfico 14. ¿Siente dolor en los dientes al ingerir algo frio, caliente o cuando está en contacto con el aire?



Elaborado por: Sánchez (2025).

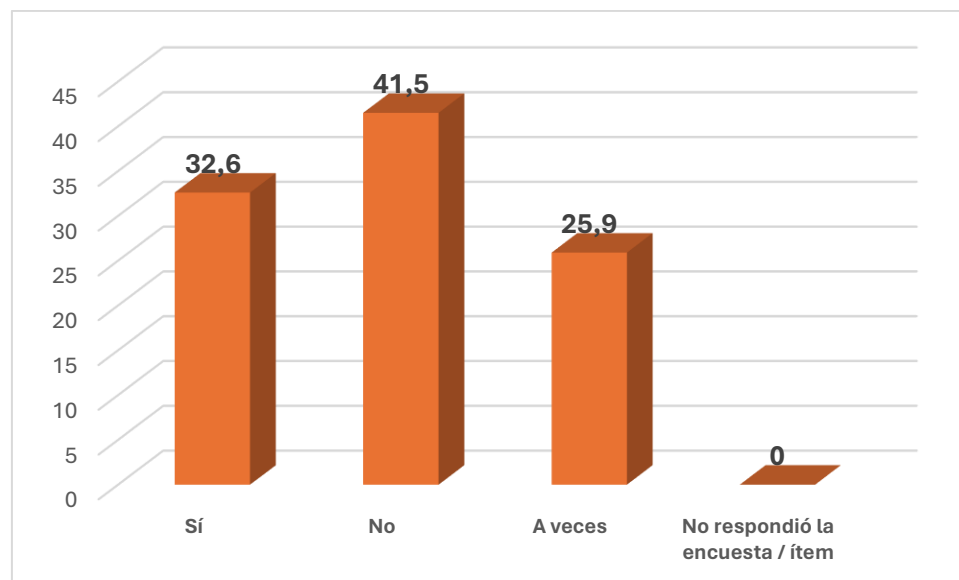
El 28,5% de los pacientes señaló presentar sensibilidad dental con frecuencia, el 30,4% lo refirió algunas veces y el 41,1% nunca lo experimentó, por lo tanto, casi un 60% pudiera considerarse como signo de alarma de bruxismo si esta sensibilidad está asociada con desgaste incisal u oclusal (Tabla y Gráfico 14).

Tabla 15. ¿Sufre de estrés o ansiedad con frecuencia?

Ítem 6	n	%
Sí	88	32,6
No	112	41,5
A veces	70	25,9
No respondió la encuesta / ítem	0	0
Total	270	100

Elaborado por: Sánchez (2025).

Gráfico 15. ¿Sufre de estrés o ansiedad con frecuencia?



Elaborado por: Sánchez (2025).

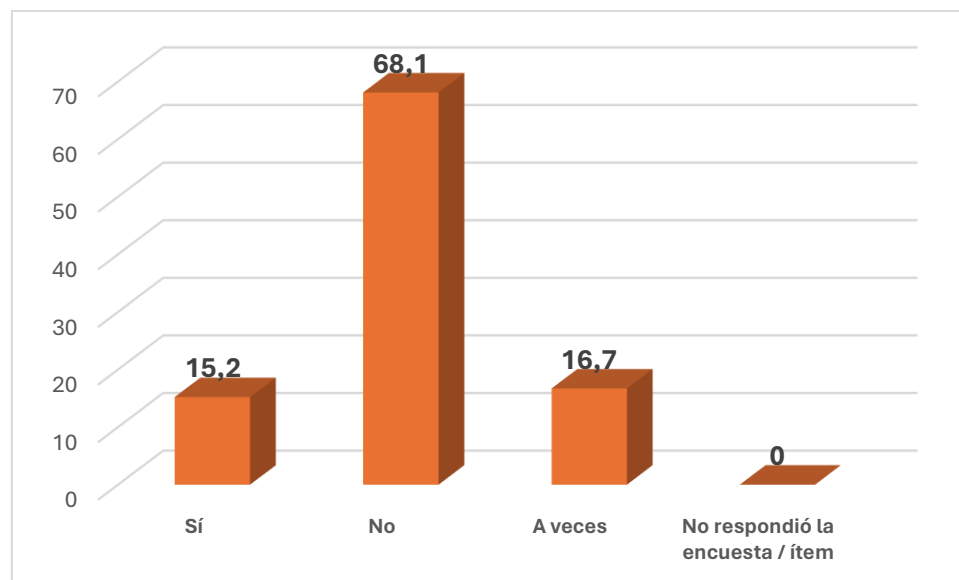
Según se aprecia en la Tabla 15 y el Gráfico 15, el 32,6% de los pacientes reportó sufrir estrés o ansiedad de forma frecuente, un 41,5% lo manifestó a veces y un 25,9% indicó que no.

Tabla 16. ¿Ha notado si aprieta los dientes durante el día?

Ítem 7	n	%
Sí	41	15,2
No	184	68,1
A veces	45	16,7
No respondió la encuesta / ítem	0	0
Total	270	100

Elaborado por: Sánchez (2025).

Gráfico 16. ¿Ha notado si aprieta los dientes durante el día?



Elaborado por: Sánchez (2025).

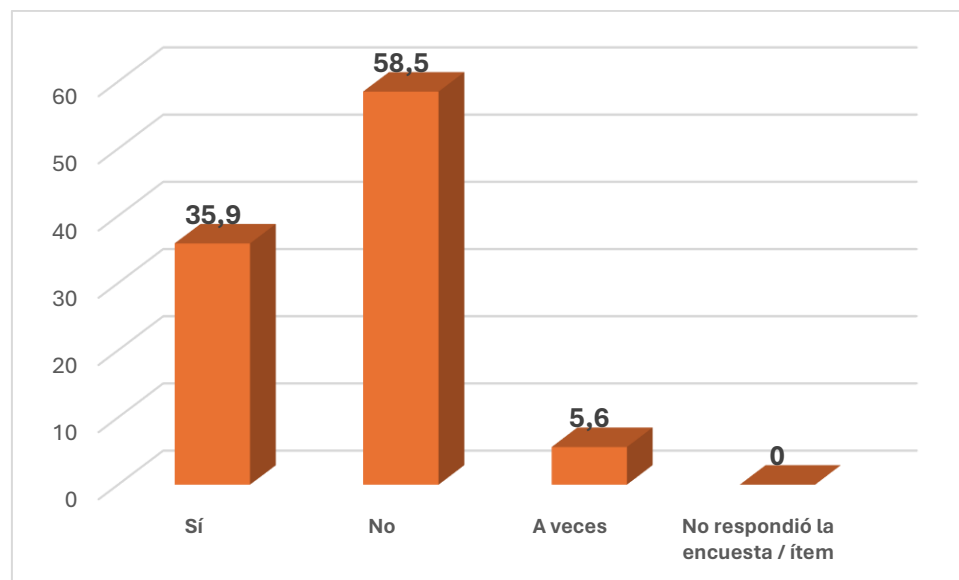
Como se observa en la Tabla y Gráfico 16, un 15,2% de los pacientes afirmó apretar los dientes durante el día, un 16,7% lo hace ocasionalmente y un 68,1% manifestó no hacerlo.

Tabla 17. ¿Se ha dado cuenta si sus dientes se han desgastado considerablemente?

Ítem 8	n	%
Sí	97	35,9
No	158	58,5
A veces	15	5,6
No respondió la encuesta / ítem	0	0
Total	270	100

Elaborado por: Sánchez (2025).

Gráfico 17. ¿Se ha dado cuenta si sus dientes se han desgastado considerablemente?



Elaborado por: Sánchez (2025).

En la Tabla 17 y el Gráfico 17 se presentan los resultados de las respuestas al ítem ¿Se ha dado cuenta si sus dientes se han desgastado considerablemente? Un 35,9% de los pacientes indicó haber notado un desgaste dental considerable, el 5,6% lo refirió a veces y el 58,5% señaló que no.

DISCUSIÓN

Esta investigación tuvo como objetivo determinar la prevalencia del bruxismo en los pacientes que reciben atención en las clínicas odontológicas de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí (ULEAM), sede Manta de Ecuador. Los hallazgos permiten establecer una aproximación a la prevalencia de esta condición en un contexto de las clínicas de la Carrera, en la cual se evidenció una presencia relativamente baja de signos clínicos directos de bruxismo, pero con manifestaciones subjetivas que sugieren una mayor frecuencia del trastorno de la que reflejan los datos clínicos.

En la muestra de 270 pacientes se observó un predominio del género femenino (62,2%), mientras que, el grupo de edad más representado fue el de ≤ 25 años (40,7%), seguido por los adultos de mediana edad (40–59 años, 35,9%). Esto último demuestra que existe una alta afluencia de pacientes jóvenes a las clínicas universitarias.

Entre los signos clínicos del bruxismo, el más frecuente fue el desgaste incisal (41,1%), mientras que el desgaste oclusal se presentó en el 27,8% de los pacientes. Estas cifras son similares a las reportadas en la literatura internacional, donde prevalencias de desgaste dentario asociado al bruxismo alcanzan entre el 20% y el 30% en poblaciones adultas (Manfredini et al., 2013; Lobbezoo et al., 2018).

En relación con las manifestaciones musculares y articulares, la hipertrofia o dolor del masetero (16,3%) y el dolor del temporal (24,8%) tuvieron una frecuencia moderada. Asimismo, los hallazgos articulares, como chasquido en la ATM (27%), limitación de apertura (11,1%) y la desviación mandibular durante la apertura (15,2%), también se observaron. Esto ocurre a pesar de que la mayoría de los pacientes evaluados acudieron por motivos restaurativos, y no por algún motivo asociado a disfunciones temporomandibulares.

Los resultados de la encuesta reflejaron una proporción variable de respuestas positivas en ítems como rechinar nocturno (17,8%), dolor mandibular al despertar (26,7% frecuente, 18,9% ocasional) y dolor de cabeza al despertar (28,5% frecuente, 17,4% ocasional). Cabe mencionar que, entre los síntomas subjetivos, la sensibilidad dental al frío, calor o aire (28,5% frecuente, 30,4% a veces) y el desgaste dental percibido (35,9%) fueron hallazgos que concuerdan con estudios que señalan la autopercepción del desgaste como un indicador sensible para la detección temprana del bruxismo (Manfredini et al., 2024). Asimismo, el

32,6% de los pacientes reportó sufrir estrés o ansiedad de manera frecuente, lo cual refuerza la relación ampliamente documentada entre bruxismo y factores psicológicos (Fulek et al., 2025).

La investigación presenta algunas limitaciones. En primer lugar, la ausencia de un método validado para el diagnóstico del bruxismo, lo que pudiera haber permitido establecer el diagnóstico de bruxismo y una detección más precisa de pacientes con esta condición. Además, como existieron múltiples evaluadores no entrenados ni calibrados, esto también pudo afectar la identificación de signos y síntomas asociados con bruxismo. Por otro lado, la utilización de una encuesta que tampoco estaba validada obliga a interpretar los resultados con cautela.

Se recomienda que a futuro se realicen estudios que integren métodos diagnósticos clínicos y cuestionarios validados para estimar con mayor precisión la prevalencia del bruxismo. Además, sería pertinente estudiar por separado el bruxismo del sueño y el bruxismo de vigilia o despierto, así como incluir variables psicosociales como nivel de estrés, la calidad del sueño y hábitos de consumo, que según la literatura han mostrado asociación significativa con el bruxismo.

CONCLUSIONES

De acuerdo con la presencia de signos clínicos asociados al bruxismo y las respuestas de las encuestas por parte de los pacientes puede decirse que alrededor de un 40% de los pacientes que participaron son sospechosos de tener bruxismo. Además, los signos clínicos asociados al bruxismo variaron en cuanto a su frecuencia. El desgaste incisal fue el de mayor proporción con un 41,1%, el desgaste oclusal se presentó en el 27,8% de los pacientes. En relación con las manifestaciones musculares y articulares, como la hipertrofia o dolor del masetero, el dolor del temporal, el chasquido en la ATM, tuvieron proporciones entre el 11% y el 27%.

Los resultados de la encuesta aplicada evidencian porcentajes elevados de signos asociados con el bruxismo del sueño como el rechinar los dientes durante el sueño (18%), dolor en la mandíbula al despertar (27% frecuentemente y 19% a veces) o dolor de cabeza al despertar (28% frecuentemente y 17% a veces). Esto refleja una mayor prevalencia de bruxismo del sueño.

Aunque en la mayoría de los signos y síntomas asociados con el bruxismo la proporción sea baja, es importante establecer protocolos para la detección precoz del bruxismo en las clínicas de la Carrera de Odontología de la ULEAM para evitar complicaciones dentales, musculares y articulares de mayor severidad asociadas al bruxismo.

RECOMENDACIONES

- Utilizar instrumentos de recolección de datos validados y adecuados para la medición de las variables de estudio para obtener información más precisa y representativa en futuras investigaciones.
- Desarrollar materiales educativos sobre el bruxismo, sus causas, consecuencias y medidas preventivas, dirigidos a los pacientes de las clínicas y a la comunidad universitaria en general.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Agnieszka PająkMarcin Wójcicki & Grzegorz Zieliński. (2024). (PDF) Global Prevalence of Sleep Bruxism and Awake Bruxism in Pediatric and Adult Populations: A Systematic Review and Meta-Analysis. *ResearchGate*. <https://doi.org/10.3390/jcm13144259>
- Álvarez, P. Q., Gil, F. M., & Salgueiro, E. V. (2014). *Diagnóstico de la patología de la articulación temporomandibular (ATM). Cap19*. <https://www.secomcyc.org/wp-content/uploads/2014/01/cap19.pdf>
- Ayala, S. E. H., & Torres, G. L. (2024). Efecto del estrés en la Articulación Temporo Mandibular. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 8(6), 3731-3752. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i6.15125
- Ballesteros Moreno, J. R. (2011). *Guía preventiva para pacientes bruxistas y la repercusión estomatognática del bruxismo como somatización del estrés en estudiantes de la carrera de Odontología de la Universidad Regional Autónoma de Los Andes semestre abril—Septiembre 2011*. [bachelorThesis]. <https://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/152>
- Borbor, A. M. C., Veloz, A. F. V., & Moreta, J. F. A. (2024). Bruxismo y sus consecuencias. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 43. <https://revibiomedica.sld.cu/index.php/ibi/article/view/3607>
- Cid Verdejo, R. (2024). *Evaluación del bruxismo del sueño con un dispositivo portátil de electromiografía y electrocardiograma frente a la polisomnografía en una población con apnea del sueño*. <https://hdl.handle.net/20.500.14352/113134>
- Cifuentes-Harris, C. B., Véjar-Véjar, N., Salvado-Robles, B., Gómez-Pastene, F., & Azocar-Hemmerdinger, A. (2022). Bruxismo: Etiología, diagnóstico y sus repercusiones en adultos. Revisión de la literatura. *Odontología Sanmarquina*, 25(4), e23839. <https://doi.org/10.15381/os.v25i4.23839>

- Fernández Guzmán, Pilar; Delgado, Rodrigo; Castellanos, José L. (2018). *Alteraciones del sueño y bruxismo.* | EBSCOhost.
https://openurl.ebsco.com/EPDB%3Agcd%3A4%3A8294148/detailv2?sid=ebsco%3Aplink%3Ascholar&id=ebsco%3Agcd%3A132217330&crl=c&link_origin=scholar.google.com
- Fulek, M., Frosztega, W., Wieckiewicz, M., Szymanska-Chabowska, A., Gac, P., Poreba, R., Mazur, G., Sciskalska, M., Kepinska, M., Martuszewski, A., & Martynowicz, H. (2025). The link between sleep bruxism and oxidative stress based on a polysomnographic study. *Scientific Reports*, 15(1), 3567.
<https://doi.org/10.1038/s41598-025-86833-y>
- Galán Borda Bossana, Carolina. (2020). *Alternativas de tratamiento rehabilitador en un paciente bruxista.* <https://zaguan.unizar.es/record/98837>
- García, M. T. F. (2009). *EFICACIA DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA PACIENTES CON TRASTORNO TEMPOROMANDIBULAR: INVESTIGACIÓN DE PROCESO EN DOLOR CRÓNICO.*
- Godoy, L. F., Palacio, A. V., & Naranjo, M. (2008). Acción e influencia del bruxismo sobre el sistema masticatorio: Revisión de literatura. *Revista CES Odontología*, 21(1), 61-70.
- Gómez, S. A. G., Sánchez, E. O., & Castellanos, J. L. (2015). Avances y limitaciones en el tratamiento del paciente con bruxismo. *Revista ADM Órgano Oficial de la Asociación Dental Mexicana*, 72(2), 106-114.
- González Emsoto, E. M., Midobuche Pozos, E. O., & Castellanos, J. L. (2015a, marzo 1). *Bruxismo y desgaste dental.* | EBSCOhost.
<https://openurl.ebsco.com/contentitem/gcd:102850384?sid=ebsco:plink:crawler&id=ebsco:gcd:102850384>

- González Emsoto, E. M., Midobuche Pozos, E. O., & Castellanos, J. L. (2015b, marzo 1). *Bruxismo y desgaste dental*. | EBSCOhost. <https://openurl.ebsco.com/contentitem/gcd:102850384?sid=ebsco:plink:crawler&id=ebsco:gcd:102850384>
- Hortelano, T. (2014). *BRUXISMO DEL SUEÑO. ACTUALIZACIÓN SOBRE MECANISMOS ETIOPATOGÉNICOS, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO*.
- Iturriaga, V., Bornhardt, T., Casassus, R., Alveal, C., Medina, H., & Reuque, C. (2014). Fenómenos fisiopatológicos sistémicos asociados al bruxismo de sueño. *Avances en Odontoestomatología*, 30(6), 325-330.
- Jácome Torres, M. A. (2024). *Bruxismo relacionado con los trastornos temporomandibulares*. [bachelorThesis, Riobamba: Universidad Nacional de Chimborazo]. <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/14063>
- Jadimar dos Santos Brum Júnior, Luana de Góes Soares, & Wyllerson Silveira Bronzon Cerqueira. (2025). (PDF) Relationship between stress and bruxism in university students: A cross-sectional study. *ResearchGate*. <https://doi.org/10.25100/re.v29i2.11071>
- Lal, S. J., Sankari, A., & Weber, D. D. S. (2025). Bruxism Management. En *StatPearls*. StatPearls Publishing. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482466/>
- Lavigne, G. J., Khoury, S., Abe, S., Yamaguchi, T., & Raphael, K. (2008). Bruxism physiology and pathology: An overview for clinicians. *Journal of Oral Rehabilitation*, 35(7), 476-494. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2842.2008.01881.x>
- Lobbezoo, F., Ahlberg, J., Raphael, K. G., Wetselaar, P., Glaros, A. G., Kato, T., Santiago, V., Winocur, E., De Laat, A., De Leeuw, R., Koyano, K., Lavigne, G. J., Svensson, P., & Manfredini, D. (2018). International consensus on the assessment of bruxism: Report

- of a work in progress. *Journal of Oral Rehabilitation*, 45(11), 837-844.
<https://doi.org/10.1111/joor.12663>
- Manfredini, D., Ahlberg, J., Aarab, G., Bender, S., Bracci, A., Cistulli, P. A., Conti, P. C., De Leeuw, R., Durham, J., Emodi-Perlman, A., Ettlin, D., Gallo, L. M., Häggman-Henrikson, B., Hublin, C., Kato, T., Klasser, G., Koutris, M., Lavigne, G. J., Paesani, D., ... Lobbezoo, F. (2024). Standardised Tool for the Assessment of Bruxism. *Journal of Oral Rehabilitation*, 51(1), 29-58. <https://doi.org/10.1111/joor.13411>
- Marcela Romero Reyes Jennifer P. Bassiur. (2024, mayo). *Temporomandibular Disorders, Bruxism and Headaches—Neurologic Clinics*.
https://www.neurologic.theclinics.com/article/S0733-8619%2823%2900104-4/abstract?utm_source=chatgpt.com
- Martínez Loma, J. M. (2024). *Bruxismo y su influencia en el desarrollo de alteraciones a nivel de cavidad oral*. [bachelorThesis, Riobamba: Universidad Nacional de Chimborazo].
<http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/13733>
- Miguel Jacob Ochoa Andrade. (2016, septiembre). (PDF) *Impacto en la salud mental en personas mayores de 15 años de Pedernales, tras el terremoto del 16 de abril*.
https://www.researchgate.net/publication/351576703_Impacto_en_la_salud_mental_en_personas_mayores_de_15_anos_de_Pedernales_tras_el_terremoto_del_16_de_abril
- Núñez Medina, G. N. (2022). *Presencia de bruxismo y su relación con estados de estrés y depresión en séptimo, octavo y noveno semestre de Odontología de la Universidad Central del Ecuador*.
<https://www.dspace.uce.edu.ec/entities/publication/www.dspace.uce.edu.ec>
- Osses-Anguita, Á. E., Sánchez-Sánchez, T., Soto-Goñi, X. A., García-González, M., Alén Fariñas, F., Cid-Verdejo, R., Sánchez Romero, E. A., & Jiménez-Ortega, L. (2023). Awake and Sleep Bruxism Prevalence and Their Associated Psychological Factors in

- First-Year University Students: A Pre-Mid-Post COVID-19 Pandemic Comparison. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(3), 2452. <https://doi.org/10.3390/ijerph20032452>
- Pando Vázquez, M. del P. (2014). *Estudio comparativo de la personalidad y la ansiedad estado-rasgo en pacientes afectados de bruxismo*. Universidad de La Laguna, Servicio de Publicaciones. <https://riull.ull.es/xmlui/handle/915/87>
- Pérez Verde, D. (2024). *Eficacia de la terapia manual en los signos y síntomas derivados del bruxismo*. <http://hdl.handle.net/2183/39381>
- Puerta, I. P., & Cárdenas, S. D. (2017). Repercusiones de la salud bucal sobre calidad de vida por ciclo vital individual. *Acta Odontológica Colombiana*, 7(2), 49-64.
- Ramfjord, S. P. (1961). Bruxism, a clinical and electromyographic study. *The Journal of the American Dental Association*, 62(1), 21-44. <https://doi.org/10.14219/jada.archive.1961.0002>
- Rodriguez Chamorro, H. A. (2021). Rehabilitación oral integral en un paciente con desgaste severo de la dentición: Reporte de un caso. *Universidad Peruana Los Andes*. <http://repositorio.upla.edu.pe/handle/20.500.12848/2809>
- Rojas Arana, Yandir Edgar. (2022). *Aplicación de placa mio relajante en el tratamiento de paciente bruxomano*. <https://repositorio.upla.edu.pe/handle/20.500.12848/4828?locale-attribute=es>
- Sánchez Salcedo, A., Coronel Quiroga, C., Dau Villafuerte, R., & Peñafiel Bowen, J. (2024). *Bruxismo y sus afectaciones en el sistema estomatognático*. <https://doi.org/10.5281/ZENODO.11192114>
- Sandoval Ulloa, H., & Fariña Vélez, M. P. (2016). Prevalence of Sleep Bruxism in Children, and its Relationship with Signs of Temporomandibular Disorders and Daytime Oral

- Parafunctions. *International journal of odontostomatology*, 10(1), 41-47.
<https://doi.org/10.4067/S0718-381X2016000100008>
- Soto Goñi, X. A. (2021). *Factores psicológicos y psicofisiológicos implicados en el bruxismo y los trastornos temporomandibulares*. <https://hdl.handle.net/20.500.14352/11648>
- Storari, M., Serri, M., Aprile, M., Denotti, G., & Viscuso, D. (2023). Bruxism in children: What do we know? Narrative Review of the current evidence. *European Journal of Paediatric Dentistry*, 24(3), 207-210. <https://doi.org/10.23804/ejpd.2023.24.03.02>
- Thomas, D. C., Manfredini, D., Patel, J., George, A., Chanamolu, B., Pitchumani, P. K., & Sangalli, L. (2024). Sleep bruxism: The past, the present, and the future—evolution of a concept. *The Journal of the American Dental Association*, 155(4), 329-343.
<https://doi.org/10.1016/j.adaj.2023.12.004>
- Toapanta Cando, J. J. (2014). *Identificación de las causas del desgaste dental y tratamiento en personas de 18 a 40 años atendidos por los estudiantes de décimo semestre en la clínica odontológica de la Universidad Regional Autónoma de Los Andes* [bachelorThesis].
<https://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/2860>
- Uchima Koecklin, K. H., Aliaga-Del Castillo, A., & Li, P. (2024). The neural substrates of bruxism: Current knowledge and clinical implications. *Frontiers in Neurology*, 15.
<https://doi.org/10.3389/fneur.2024.1451183>
- Victor R. Uriarte. (2021). *Manual Clínico de los Antidepresivos*. <https://epage.pub/doc/manual-clinico-de-los-antidepresivos-victor-r-uriarte-3xk82e8188>
- von-Bischhoffshausen-P, K., Wallem-H, A., Allendes-A, A., Díaz-M, R., von-Bischhoffshausen-P, K., Wallem-H, A., Allendes-A, A., & Díaz-M, R. (2019). Prevalencia de Bruxismo y Estrés en Estudiantes de Odontología de la Pontificia Universidad Católica de Chile. *International journal of odontostomatology*, 13(1), 97-102. <https://doi.org/10.4067/S0718-381X20190001000097>

Yépez Trujillo, F. M. (2025). *Intervención fisioterapéutica en pacientes con dolor orofacial*.

[bachelorThesis, Riobamba: Universidad Nacional de Chimborazo].

<http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/15287>

Zevallos Portilla, Axel José. (2025). *Repositorio Digital Uniandes: Revisión sistemática de la*

efectividad de las table tops como tratamiento en pacientes que perdieron la dimensión

vertical por bruxismo. <https://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/18882>