



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA  
SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGIA**

**TESIS**

**FACTORES QUE DETERMINAN EL BRUXISMO EN  
ESTUDIANTES DEL VIII, IX Y X DE LA ESCUELA  
PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGIA DE LA  
UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS, ABANCAY, 2017.**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
CIRUJANO DENTISTA**

**Presentado Por La  
Bachiller: LYNETTE QUISPITUPA GARCÍA**

**Asesor: Dr. Esp. Sosimo Tello Huarancca**

**Abancay, Perú-2017**

## **DEDICATORIA**

A Dios por brindarme salud y sabiduría durante mi formación profesional.

A mis padres por el apoyo constante para lograr mi objetivo personal.

A mis hermanos por su apoyo moral en lograr mi aspiración profesional lo que constituirá una motivación para que ellos continúen con este sacrificio pero hermosa experiencia académica.

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios por cuidarme en la salud y en todo el proceso de mi carrera profesional.

A la Universidad Alas Peruanas, por darme la oportunidad de cumplir con mi aspiración profesional.

A mis docentes de la Carrera Profesional, por compartir espacios de construcción de aprendizaje.

A mis padres y hermanos por su apoyo constante e incondicional.

A los estudiantes del XIII, IX y X semestre de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas, Abancay, 2017. por brindar todo su apoyo en la ejecución de la investigación.

## RESUMEN

La investigación que se ha llevado a cabo, tuvo como objetivo principal conocer cuál es el factor que determina el bruxismo en estudiantes del XIII, IX y X de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas, Abancay, 2017.

La investigación fue del tipo no experimental, su nivel fue descriptivo y su diseño fue un descriptivo simple. La población y muestra considerada para la investigación fue de 67 estudiantes del XIII, IX y X semestre de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas de Abancay. En relación a la técnica de estudio se ha utilizado la observación, esto debido a que las características que pertenecen a los síntomas del bruxismo en una persona, se evidencian a partir de una observación profesional, para poder identificar los indicadores que muestran presencia de bruxismo por factores diversos en cada estudiante considerado para la muestra de investigación, el instrumento que se ha considerado fue la ficha de observación.

Se ha determinado que el factor que determina el bruxismo en estudiantes del XIII, IX y X semestre de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad Alas Peruanas, Abancay, 2017, es el psicológico, debido a la presencia del estrés, la depresión, la ansiedad, el sueño y la cefalea tensional.

**Palabras clave:** Bruxismo, factor psicológico, factor local, factor sistémico

## ABSTRAC

The main objective of the research carried out was to determine the factor that determines bruxism in students of the 9th and 10th semester of the stomatology professional career at Alas Peruanas University, Abancay, 2017.

The research was of the non-experimental type, its level was descriptive and its design was a simple descriptive one. The population and sample considered for the research was 67 students of the IX and X semester of the professional career of Dentistry of Alas Peruanas University of Abancay. In relation to the study technique, observation has been used, this is because the characteristics that belong to the symptoms of bruxism in a person, are evidenced from a professional observation, to be able to identify the indicators that show the presence of bruxism by diverse factors in each student considered for the research sample, the instrument that was considered was the observation card.

It has been determined that the factor that determines the bruxism in students of the 9th and 10th semester of the stomatology professional career of Alas Peruanas University, Abancay, 2017, is the psychological one, due to the presence of stress, depression, anxiety, sleep and tension headache.

**Keywords:** Bruxism, psychological factor, local factor, systemic factor

## INDICE

<b>DEDICATORIA</b> .....	<b>ii</b>
<b>AGRADECIMIENTO</b> .....	<b>iii</b>
<b>RESUMEN</b> .....	<b>iv</b>
<b>ABSTRAC</b> .....	<b>v</b>
<b>INDICE</b> .....	<b>vi</b>
<b>INDICE DE TABLAS</b> .....	<b>ix</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>x</b>
<b>CAPITULO I:</b> .....	<b>10</b>
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....	<b>10</b>
1.1 Descripción de la realidad problemática .....	10
1.2 Formulación del problema.....	13
1.2.1 Problema general .....	13
1.2.2 Problemas específicos .....	13
1.3 Objetivos de la investigación .....	13
1.3.1 Objetivo general .....	13
1.4 Objetivos específicos .....	14
1.5 Justificación de la investigación .....	14
1.6 Importancia de la investigación .....	15
1.7 Viabilidad de la investigación .....	15
1.8 Limitaciones del estudio .....	16
<b>CAPITULO II:</b> .....	<b>17</b>
<b>MARCO TEÓRICO</b> .....	<b>17</b>
2.1 Antecedentes de la investigación .....	17
2.2 Bases teóricas .....	23
2.2.1 Definición del bruxismo.....	23
2.2.2 Etiología del bruxismo .....	24
2.2.3 Patogenia del bruxismo .....	26
2.2.4 Clasificación del bruxismo .....	27
2.2.4.1 Céntrico.....	28
2.2.4.2 Excéntrico .....	28
2.2.5 Factores asociados al bruxismo .....	28
2.2.5.1 Factores Psicológicos: .....	29

2.2.5.2	Factores Externos:.....	31
2.2.5.3	Factores Locales.....	32
2.2.5.4	Factores Etiológicos Diversos.....	36
2.2.5.5	Factores Etiológicos Combinados.....	37
2.3	Definición de términos básicos.....	38
2.3.1	Bruxismo.....	38
2.3.2	Estrés.....	38
2.3.3	Ansiedad.....	39
2.3.4	Depresión.....	39
2.3.5	Sueño.....	39
2.3.6	Cefalea tensional.....	39
2.3.7	Restauraciones defectuosas.....	39
2.3.8	Interferencias oclusales.....	40
2.3.9	Oclusión traumática.....	40
2.3.10	Mala oclusión.....	40
<b>CAPITULO III:</b>	.....	<b>41</b>
<b>HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN</b>	.....	<b>41</b>
3.1	Formulación de hipótesis Principal y Derivadas.....	41
3.1.1	Hipótesis general.....	41
3.1.2	Hipótesis específicas.....	41
3.2	Variables; dimensiones, indicadores, definición conceptual y operacional..	42
3.2.1	Definición conceptual de las variables de estudio, Factor psicológico..	42
3.2.1.1	Factor local.....	42
3.2.1.2	Factor sistémico.....	43
3.2.2	Operacionalización de las variables.....	44
<b>CAPITULO IV:</b>	.....	<b>45</b>
<b>METODOLOGÍA</b>	.....	<b>45</b>
4.1	Diseño metodológico.....	45
4.2	Diseño muestral.....	45
4.3	Técnicas e instrumento de recolección de datos, validez y confiabilidad....	46
4.4	Técnicas de procesamiento de la información.....	47
4.5	Técnicas estadísticas utilizadas en el análisis de la información.....	47
4.6	Población y muestra.....	47
<b>CAPITULO V:</b>	.....	<b>48</b>

<b>ANÁLISIS Y DISCUSIÓN .....</b>	<b>48</b>
5.1 Análisis descriptivo de los resultados.....	48
5.2 Análisis $\chi^2$ en las tablas de contingencia .....	49
5.3 Discusión .....	64
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>68</b>
<b>FUENTES DE INFORMACIÓN .....</b>	<b>70</b>
<b>ANEXO .....</b>	<b>72</b>

## INDICE DE TABLAS

Tabla 1.- Factor psicológico.....	48
Tabla 2.- Factor local.....	49
Tabla 3.- Factor sistémico .....	49
Tabla 4.- Contingencia Factor_Psicologico * Factor_Local .....	49
Tabla 5.- Pruebas de chi-cuadrado.....	50
Tabla 6.- Contingencia Factor_Psicologico * Factor_Sistemico.....	51
Tabla 7.- Pruebas de chi-cuadrado.....	51
Tabla 8.- contingencia Factor_Psicologico * Estrés .....	52
Tabla 9.- Pruebas de chi-cuadrado.....	53
Tabla 10.- Contingencia Factor_Psicologico * Ansiedad.....	54
Tabla 11.- Pruebas de chi-cuadrado.....	54
Tabla 12.- contingencia Factor_Psicologico * Sueño .....	55
Tabla 13.- Pruebas de chi-cuadrado.....	55
Tabla 14.- Contingencia Factor_Local alteraciones_oclusion .....	56
Tabla 15.- Pruebas de chi-cuadrado.....	57
Tabla 16.- Contingencia Factor_Local * desgaste_dental .....	58
Tabla 17.- Pruebas de chi-cuadrado.....	58
Tabla 18.- Contingencia Factor_Local * mala_oclusion.....	59
Tabla 19.- Pruebas de chi-cuadrado.....	59
Tabla 20.- Contingencia Factor_Sistemico* Infeccion_parasitaria .....	60
Tabla 21.- Pruebas de chi- cuadrado.....	61
Tabla 22.- Contingencia Factor_Sistemico * Familiar_con_bruxismo.....	61
Tabla 23.- Pruebas de chi-cuadrado.....	62
Tabla 24.- Pruebas de chi-cuadrado.....	63

## INTRODUCCIÓN

La investigación que se ha desarrollado, tuvo como objetivo principal, el identificar cuál es el factor que determina el bruxismo en estudiantes del XIII, IX y X semestre de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad Alas Peruanas, Abancay, 2017.

Al respecto se debe precisar que el bruxismo se percibe en contextos distintos y en diferentes niveles, esto debido a los diversos factores que repercuten en el desgaste dental de las personas a quienes se les ha considerado dentro de la muestra de estudio.

El informe de investigación se ha presentado en cinco capítulos, debidamente detallados para cada caso.

En el primer capítulo se ha considerado la descripción de la realidad problemática, la formulación del problema, los objetivos de la investigación, la justificación de la investigación, su importancia, la viabilidad y las limitaciones del estudio.

En el segundo capítulo se ha tomado en cuenta los antecedentes de la investigación, las bases teóricas y la definición de términos básicos.

En el tercer capítulo se ha considerado a la hipótesis y variables de la investigación con su respectiva definición conceptual y su operacionalización de variables.

En el cuarto capítulo se ha tomado en cuenta el diseño metodológico, el diseño muestral, las técnicas e instrumento de recolección de datos su validez y confiabilidad, las técnicas de procesamiento de la información y las técnicas estadísticas utilizadas

en el análisis de la información.

En el quinto capítulo se ha considerado el análisis y discusión de resultados, con la presentación de tablas y figuras estadísticas.

Finalmente, la prueba de hipótesis, discusión de resultados y a manera de aporte del investigador las conclusiones y recomendaciones correspondientes.

## **CAPITULO I:**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **1.1 Descripción de la realidad problemática**

El hábito se puede definir como la práctica de un mismo acto de manera inconsciente con variación en la intensidad y en la frecuencia. Cuando un hábito está presente se puede establecer un patrón de conducta fijado por repetición, una manera de actuar que se fija por entrenamiento, por una actitud de ejecutar un acto sin control especial de la conciencia. Muchos estudiantes que no pueden calmar la ansiedad y no saben cómo sobrellevar sus angustias generan hábitos o conductas repetitivas para liberar tensiones (1).

Otros autores consideran que los hábitos orales para funcionales son funciones repetitivas del sistema masticatorio, a menudo subconscientes, diferentes cualitativa y cuantitativamente de su función fisiológica. Uno de estos hábitos es el bruxismo, que puede definirse como el hábito perjudicial y morboso de rechinar los dientes, tanto en posición céntrica como excéntrica. Cuando se consideran las grandes fuerzas que pueden ser ejercidas sobre los dientes y articulaciones

durante esta actividad para funcional, es evidente el daño permanente a las estructuras asociadas. Algunos individuos experimentan síntomas de disfunción dolorosa de ATM, mientras que otros pueden presentar deterioro de las estructuras periodontales o excesivo desgaste de los dientes (2)

Existen pruebas de que el bruxismo se agrava cuando se incrementa la hiperactividad muscular. Sin embargo, sería poco razonable pensar que un ajuste de la oclusión curaría el hábito, cuando el factor dominante es el stress. Los pacientes con bruxismo ejercen una tremenda fuerza oclusal y se pasan la mayor parte del tiempo con los dientes apretados, lo que aumenta la sobrecarga sobre cualquier tipo de restauración (1).

Estudios realizados sobre cefaleas recurrentes en adolescentes, mostraron que el 89% tenía signos y síntomas de disfunción mandibular, habiéndose encontrado una correlación importante entre bruxismo, cefaleas y sensibilidad a la palpación de los músculos mandibulares (2)

Durante los episodios de bruxismo, los pacientes ejercen una fuerza que supera la fuerza máxima que pueden aplicar a los dientes al apretarlos de manera voluntaria. En estos individuos, un episodio de bruxismo durante el sueño sería claramente más probable que causara problemas que el hecho de apretar los dientes al máximo al estar despierto. Hay estudios que revelan que el 66% de los episodios de bruxismo nocturno superan las fuerzas de masticación (3). Estudios sobre el sueño demuestran que el bruxismo puede suceder en cualquier fase del sueño, aunque es más frecuente en la fase II. Se ha observado que el bruxismo tendió a ocurrir en el paso desde una etapa de sueño más profunda

hasta otra más ligera; se sugiere que el bruxismo más dañino puede ser el que sucede durante la etapa del sueño de movimientos oculares rápidos (4).

El 50% de los pacientes con bruxismo por problemas de oclusión, pueden ser curados de inmediato y sin mayor complicación. El 12% lo constituyen pacientes con problemas en las articulaciones maxilares, los cuales deben ser remitidos al terapeuta correspondiente. En un 30% subyace un factor primario de origen psíquico y en un 8% una causa psíquica (5)

En nuestro país, el bruxismo es una afección común en niños pequeños y adultos que les hace apretar o rechinar los dientes (a brux). A menudo se hace inconscientemente y la víctima o "Bruxer" puede no ser consciente de que tienen la condición.

En el Perú este problema es muy latente, tanto en niños como en adultos, los factores son diversos, dependiendo el contexto donde se observa a las personas respecto a esta patología dental.

Generalmente en nuestro país el bruxismo es considerado de etiología multifactorial. Inicialmente se creía que éste tenía su origen en interferencias oclusales o por morfología dental alterada; sin embargo, actualmente la evidencia de estudios genéticos indican que el bruxismo es causado por una combinación de factores genéticos y ambientales (6)

Actualmente la Prevalencia del bruxismo de vigilia a nivel mundial se encuentra entre 22.1% y 31%; tanto a nivel nacional como local no existen datos estadísticos. La mayor parte de evidencia científica se centra en el bruxismo del

sueño, existiendo una gran falta de investigaciones del bruxismo de vigilia (7).

## **1.2 Formulación del problema**

### **1.2.1 Problema general**

¿Cuál es el factor que determina el bruxismo en estudiantes del VIII, IX y X semestre de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas, Abancay, 2017?

### **1.2.2 Problemas específicos**

¿Con qué frecuencia el factor psicológico determina la presencia del bruxismo en estudiantes del VIII, IX y X de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas, Abancay, 2017?

¿Con qué frecuencia el factor local determina la presencia del bruxismo en estudiantes del VIII, IX y X semestre de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas, Abancay, 2017?

¿Con qué frecuencia el factor sistémico determina la presencia del bruxismo en estudiantes del VIII, IX y X semestre de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas, Abancay, 2017?

## **1.3 Objetivos de la investigación**

### **1.3.1 Objetivo general**

Determinar cuál es el factor que determina el bruxismo en estudiantes del VIII, IX y X semestre de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas, Abancay, 2017.

#### **1.4 Objetivos específicos**

Identificar como el factor psicológico determina la presencia del bruxismo en estudiantes del VIII, IX y X semestre de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas, Abancay, 2017.

Identificar como el factor local determina la presencia del bruxismo en estudiantes del VIII, IX y X semestre de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas, Abancay, 2017.

Identificar como el factor sistémico determina la presencia del bruxismo en estudiantes del VIII, IX y X semestre de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas, Abancay, 2017.7

#### **1.5 Justificación de la investigación**

La investigación que se realizó, nació de la observación que se realizaron a los estudiantes que cursan los últimos semestres de la Carrera Profesional de Estomatología de la universidad Alas Peruanas, sede Abancay, esto debido a que muchos de ellos presentaban síntomas de desgaste dental, por lo tanto la inquietud fue conocer cuál es el factor que determina la presencia de Bruxismo en dichos estudiantes y por otro lado conocer con qué frecuencia se presentan los factores que se consideran en el presente estudio.

Se debe tener en cuenta que el bruxismo es un hábito para funcional caracterizado por apretamiento y frotamiento de los dientes durante el sueño o cuando se está despierto. Es considerado como una de las actividades para funcionales más perjudiciales del sistema estomatognático, siendo considerado un factor de riesgo para trastornos temporomandibulares y, en particular para el dolor miofascial.

Consideramos que al estudiar cuál es el factor que se presenta con mayor frecuencia en el bruxismo de los estudiantes de la carrera profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas, sede Abancay, nos permitirá beneficiar a la institución y a las personas para que puedan tomar conciencia respecto a la prevalencia con que se presenta esta patología dental.

De igual forma consideramos que la investigación será de mucho aporte teórico debido a que brindará información selecta sobre los factores que determinan el bruxismo en los niños, jóvenes y adultos.

Por otro lado, consideramos que será de importancia debido a que los resultados brindarán información valiosa para poder tomar decisiones respecto a los estudiantes que muestran algún grado de bruxismo, como consecuencia de factores determinantes para la presencia de esta patología dental.

### **1.6 Importancia de la investigación**

La importancia de la investigación radica en el aporte que brindará a la comunidad universitaria Alas Peruanas, respecto a los factores que determinan la presencia del bruxismo. De igual forma será muy importante debido a la presentación de una vasta información teórica, desde distintos puntos de vista de autores que se dedicaron a estudiar los factores determinantes para la presencia del bruxismo en niños, jóvenes y adultos.

### **1.7 Viabilidad de la investigación**

La investigación se ha considerado viable, debido a la facilidad con que se contó para recoger la información estadística y la información teórica para poder sistematizar en el informe de investigación

## **1.8 Limitaciones del estudio**

En relación a las limitaciones de la investigación, lo único fue el recojo de información de las unidades de análisis, debido a que fu complicado poder ubicar a cada estudiante, debido a los horarios que ellos tienen respecto a los cursos que vienen llevando tanto en XIII, IX y X semestre; sin embargo, el problema se ha superado después de realizar coordinaciones con los docentes que dictan el curso de Clínica.

## **CAPITULO II:**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1 Antecedentes de la investigación**

La investigación que se ha desarrollado, tiene su respaldo y soporte en otros estudios que se realizaron respecto a los factores determinantes de la presencia de bruxismo en niños, jóvenes y adultos.

A nivel internacional, se tienen los siguientes estudios:

Ordoñez, P. Realizó un estudio sobre la prevalencia de bruxismo de vigilia evaluado por auto-reporte en relación con estrés, ansiedad y depresión.

El objetivo de este estudio fue relacionar el estrés, la ansiedad y la depresión con la prevalencia del bruxismo probable de vigilia en los estudiantes universitarios de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca.

Materiales y métodos: se realizó un diseño de casos y controles, donde se evaluaron en total 284 pacientes, se utilizó un cuestionario de auto reporte más la examinación clínica para determinar el bruxismo “probable” de vigilia y se aplicó la escala DASS-21 para medir el estrés, ansiedad, y depresión.

Resultados: los datos revelaron una prevalencia de 52.1% de Bruxismo probable

de vigilia y una asociación con las variables estrés (OR: 3.148 IC 95%: 1.9 – 5.1), ansiedad (OR: 3.222 IC 95%: 1.9 – 5.4) y depresión (OR: 3.284 IC 95%: 2.0 – 5.3) con esta para función, a la vez no se encontró una asociación significativa entre bruxismo de vigilia con las variables edad mayor de 21 años y menor de 21 años (OR: 1.400 IC 95%: 0.8 – 2.2) y sexo (OR: 1.260 IC 95%(0.7 – 2.0). Conclusiones: La depresión fue el factor asociado más relevante para el bruxismo de vigilia, esta patología es altamente prevalente entre los estudiantes universitarios de la facultad de odontología de la Universidad de Cuenca es de 52.1%, existe una alta frecuencia de pacientes con estrés (8).

Venegas, M. Realizó un estudio sobre: "Estudio comparativo de calidad de sueño en pacientes bruxistas y no bruxistas de la Clínica Odontológica de la facultad de odontología Universidad de Chile año 2012".

El propósito del presente estudio es determinar si existe una diferencia significativa en la calidad de sueño de pacientes bruxistas, respecto de aquellos que no lo son. Se realizó un estudio descriptivo, analítico de casos y controles. Se tomó como centro de la observación la Clínica Odontológica de la Universidad de Chile, calculándose un tamaño muestral de 96 pacientes (n=96), 48 bruxistas y 48 no bruxistas. Para el diagnóstico entre pacientes bruxistas y no bruxistas, se utilizó el Protocolo Amnésico-Clínico para el Diagnóstico de Bruxismo de Díaz et. al. y para establecer la calidad del sueño de los individuos, se utilizó el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburg (ICSP), el cual fue previamente validado por este equipo de investigación. Se describió la muestra utilizando medidas de resumen y se utilizó el Test Chi cuadrado para determinar asociación respecto a la calidad de sueño y la regresión Logística para determinar la influencia del bruxismo en la calidad de sueño (9).

Blanco A. realizó la investigación sobre: Relación entre el bruxismo del sueño auto-percibido y aspectos sociológicos, clínicos y psicológicos en pacientes con disfunción temporomandibular, Granada, 2014.

La investigación ha considerado como objetivo el evaluar la relación existente entre el bruxismo y los diferentes aspectos, tanto clínicos como psicológicos, de la disfunción temporomandibular, teniendo en cuenta las diferentes variantes del mismo, así como los diferentes métodos utilizados para diagnosticarlo.

La muestra de nuestro estudio estuvo compuesta por una población adulta de 1220 pacientes, remitidos desde enero del 2007 a marzo del 2012 por médicos de familia, especialistas en neurología, otorrinolaringología y cirugía maxilofacial, así como por odonto-estomatólogos de atención primaria, a la unidad de disfunción temporomandibular y dolor orofacial de la sección de odonto estomatología del distrito sanitario Córdoba.

Para recoger información, se ha utilizado la evaluación clínica y la aplicación de un cuestionario a los pacientes seleccionados como muestra de estudio.

Las principales conclusiones a las que arribó el investigador, precisa lo siguiente:

Desde el punto de vista sociodemográfico, en este estudio, el bruxismo del sueño es más frecuente en mujeres ( $p < 0,001$ ), en individuos menores de 60 años ( $p = 0,001$ ) y en sujetos con ingresos anuales superiores a los 15.000 euros ( $p = 0,003$ ). En relación a la disfunción temporomandibular, existe asociación estadísticamente significativa ( $p = 0,001$ ) entre aquellos pacientes que refieren bruxismo del sueño y la presencia de síntomas dolorosos de DTM, especialmente de patología muscular acompañada de artralgia. Existe relación significativa entre el bruxismo del sueño y la intensidad del dolor ( $p < 0,001$ ), el grado de dolor crónico ( $p < 0,01$ ) o el desgaste dentario ( $p < 0,001$ ). Respecto a los

factores psicológicos, el bruxismo del sueño es más frecuente en los pacientes con mayor grado, tanto de síntomas físicos con dolor –somatización- ( $p < 0,001$ ), como de depresión ( $p = 0,001$ ). En el análisis de regresión logística, las variables que influyen sobre el bruxismo del sueño son: el género ( $p = 0,001$ ), la edad inferior a 60 años ( $p < 0,001$ ), la intensidad del dolor ( $p < 0,05$ ), el grado de desgaste dentario ( $p < 0,001$ ) y el grado de síntomas físicos con dolor ( $p = 0,011$ ). No tienen influencia el grado de patología muscular ni la depresión (10).

Vicuña, D. realizó la investigación sobre: Asociaciones entre Signos Clínicos de Bruxismo, Ansiedad y Actividad Electromiografía Maseterina Utilizando el Aparato Bite Strip en Adolescentes de Último Año de Enseñanza Media (Secundaria). El objetivo de este trabajo fue determinar si existe asociación entre la presencia de signos de bruxismo y ansiedad en individuos de cuarto medio, junto con determinar la utilidad diagnóstica del BiteStrip. Se utilizó una muestra de 20 alumnos de cuarto medio de un colegio particular de la comuna de Las Condes, Santiago, Chile, a los que se les realizó una encuesta de ansiedad, un análisis de modelos para cuantificar la presencia de facetas de desgaste, y un dispositivo interoclusal de 1mm de espesor para cuantificar actividad de bruxismo. A los que presentaron mayor actividad de bruxismo se les midió la actividad electromiografía maseterina con un aparato que la registra (BiteStrip) para cuantificar la intensidad de bruxismo. No se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre ansiedad y signos de bruxismo. En conclusión: En base a la metodología utilizada no se observó asociación entre ansiedad y signos de bruxismo. El BiteStrip resulta un elemento de diagnóstico complementario sencillo, cómodo, útil y fidedigno para el bruxismo, sin embargo, se sugieren más estudios (11).

A nivel nacional se tienen los siguientes estudios:

Flores K. realizó el estudio sobre la prevalencia de bruxismo y su relación con la presencia de desgaste dental y dolor miofacial en los alumnos de clínica del adulto de decimo ciclo de la facultad de estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el semestre 2008 – III.

El propósito del presente estudio fue determinar la Prevalencia de Bruxismo y su relación con la presencia de desgaste dental y dolor miofacial en los alumnos de clínica del adulto de décimo ciclo de la Facultad de estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el semestre 2008-III.

Se realizó un estudio de tipo descriptivo Clínico, transversal, donde se escogió una muestra representativa de 109 individuos de 21-32 años, con un criterio de exclusión donde no se evidencio al alumno de 40 años de edad por presentar una oclusión terapéutica. Para la recolección de la información se utilizó el Test de Autor reporte y Clínico de Screening y para determinar el Dolor Miofacial y alteración de ATM se utilizó el Índice de Disfunción Clínica de Hékimo.

Los resultados obtenidos de los 108 alumnos evaluados reporto una prevalencia de bruxismo de 53.7% de la población donde se encontró que el sexo femenino fue el más predominante en los cuatro grupos etáreos establecidos, teniendo mayos relevancia en el grupo de 24 a 26 años con el 65.9% de mujeres.

Los dientes fueron las estructuras anatómicas más afectadas por los paciente portadores de esta para función donde la mayor frecuencia de desgaste dentario se evidencia en el sector anterosuperior con el 87% de 94 alumnos y en el sector antero inferior el 48.1% de 52 evaluados el cual se caracterizó por grupos etáreos donde se encontró mayor incidencia en el sector antero inferior en el grupo de 24 a 26 años con el 48.7% de 37 alumnos evaluados y según el según sexo tiene

mayor preponderancia en el femenino donde en donde el sector antero inferior fue de 24 a 26 años con el 44% de 22 mujeres y en el sector anterosuperior en el grupo de 21 a 23 años con el 66.6% de 4 evaluadas.

En la frecuencia de dolor miofacial según los músculos más afectados, tuvo mayor síntoma de mialgia el masetero con el 62% de 67 alumnos evaluados donde se evidencio el grupo 24 a 26 años con el 65.8% de 50 evaluados con incidencia en el sexo femenino con un 64% de 32 mujeres.

Respecto a la frecuencia del índice de disfunción clínica en los alumnos evaluados tuvo mayor incidencia en los diagnósticos de disfunción moderada con el 33.3% y disfunción leve con el 31.5%, reportando solo un caso de disfunción severa representado por el 0.9%, donde se dio una alta incidencia en el grupo de 24 a 26 años en un 38.2% de 29 con disfunción leve, siendo el sexo femenino en el grupo etáreo de 24 a 26 años con el 72.4% de 21 mujeres con disfunción leve y el 54.5% de 12 mujeres con disfunción moderada. Por tanto se concluye que la Prevalencia de Bruxismo y su Relación con la Presencia de Desgaste Dental y Dolor Miofacial en los alumnos de clínica del adulto de décimo ciclo en el semestre 2008 – III se encuentra presente en el 53.7% de la población con una mayor incidencia en el sexo femenino entre el grupo etáreo de 24 a 26 años con una mayor presencia de desgaste en el sector anterosuperior e inferior presentando dolor miofacial de mayor ocurrencia en el músculo masetero y temporal (12).

Gonzales E. Realizó el estudio sobre el bruxismo y desgaste dental en estudiantes universitarios de la ciudad de Lima Metropolitana.

La investigación fue cualitativa, se redactó información en base a definiciones recogidas de autores expertos que hicieron estudios sobre el bruxismo, en la

investigación se considera que el desgaste por abfracción y atrición de los dientes son signos asociados a bruxismo excéntrico, afectando zonas cervicales y la superficie oclusal o incisal de la dentición con soporte óseo completo. El bruxismo (céntrico o excéntrico) es considerado una para función neuromuscular que causa daños en diversos tejidos y funciones del sistema masticatorio. Su prevalencia ocupa un rango de 6 a 95%, siendo este parámetro tan amplio e inconcluyente debido a la falta de consenso y uniformidad en los criterios y métodos de evaluación. El bruxismo es una patología compleja y destructiva del sistema estomatognático a la que se le atribuyen perturbación muscular, daños dentales (coronales, radiculares y pulpares), lesiones periodontales, deterioro articular, y cambios dimensionales faciales. En la actualidad, no existen protocolos eficientes y categóricos para el diagnóstico y tratamiento que puedan ser aplicados a la práctica dental, o una norma que permita determinar si el paciente con desgaste dental padece de una patología de carácter involuntario, como el bruxismo, o si se trata de un proceso adaptativo a la presencia de mal oclusión o mal posición, o a cambios oclusales de etiología diversa incluida la iatrogenia. Respecto a bruxismo como causa de afectación y daño dental, es deseable el establecimiento de un método que permita discriminar sí el paciente tiene el bruxismo activo y que además desde la dimensión etiológica logre una identificación y clasificación (13).

## **2.2 Bases teóricas**

### **2.2.1 Definición del bruxismo.**

Hábito de apretamiento o frotamiento de dientes, diurno o nocturno, con distintos grados de intensidad y persistencia en el tiempo, inconsciente y fuera de los movimientos funcionales (para función).

Trastorno neurofisiológico de los movimientos mandibulares que, de forma progresiva, destruye los tejidos dentarios. • Sus repercusiones clínicas pueden ir más allá del desgaste dentario y afectar estructuras de soporte dentario, musculatura cérvico-craneal y Articulación Temporomandibular, afecta a ambos sexos, jóvenes y adultos (aunque estos quizás empezaron de jóvenes) e incluso a los niños (no confundir con la atricción fisiológica en piezas deciduas) (14).

### **2.2.2 Etiología del bruxismo**

En la Asociación Dental Médica investigaciones realizadas por Kato y otros autores en el año 2001, define el bruxismo como una actividad para funcional oral cuando un individuo está despierto o dormido. Se subclasifica como bruxismo primario y secundario. El bruxismo primario, o idiopático, corresponde al apretamiento diurno y al bruxismo del sueño cuando no se reconocen problemas o causas médicas. El bruxismo secundario, también denominado por ellos "iatrogénico", corresponde a formas de bruxismo asociados a problemas neurológicos, psiquiátricos, desórdenes del sueño y administración de drogas.

Reding sugirió que debe distinguirse entre el bruxismo diurno y el nocturno, ya que hay importantes diferencias fisiológicas y psicológicas entre ellos. EL bruxismo diurno se refiere al apretamiento consciente o inconsciente de los dientes, habitualmente durante el día, y puede incluir parafunciones como mordisquear lápices, uñas, mejillas o los labios. Este tipo de bruxismo es silencioso, excepto en pacientes con enfermedades mentales orgánicas (15).

El Bruxismo no debe ser confundido con el Síndrome Temporo

Mandibular, aunque ambos pueden coexistir en un mismo paciente. El bruxismo podría intervenir en la alteración de la Articulación Temporo Mandibular, ruidos (o saltos) en la Articulación Temporo Mandibular cuando abrimos o cerramos la boca, o cuando masticamos durante las comidas. Otra situación que puede generar son dolores (mialgias) de los músculos masticadores. Puede entonces el bruxismo ser causal en ciertos cuadros, pero sólo estar asociado en otras alteraciones de la Articulación Temporo Mandibular o de los músculos.

Se entiende por Bruxismo una actividad parafuncional caracterizada por rechinar, apretar, trabar y masticar con los dientes, cuya etiología se considera debida a una combinación de problemas relacionados con la presencia de algún tipo de desarmonía oclusal y factores psíquicos o de origen Psicosomático que llegan a desencadenar toda la gama de patología observable en el sistema estomatognático. Corresponden a hábitos masticatorios destructivos que generan abrasiones mayores al desgaste normal dentario, que corresponde a 30 micrones por año (0.3 mm en 10 años). El bruxismo es especialmente frecuente en pacientes con trastornos de ansiedad o estrés. Definitivamente en la presencia del bruxismo hay un componente psicológico muy importante.

El bruxismo es un síndrome y como tal cursa con un conjunto de signos y síntomas que comparte con otros procesos patológicos que afectan al aparato estomatognático tales como la Disfunción Cráneo Mandibular. Asimismo existen una serie de enfermedades congénitas y síndromes donde aparece el bruxismo como manifestación de los mismos: Síndrome de Rett<sup>1</sup>, Síndrome de Gilles de la Tourette, Enfermedad de Parkinson.

Las causas del bruxismo parecen relacionarse con factores tanto psíquicos como oclusales. Se desconoce si es posible que se presente en una persona con oclusión ideal, pero ha sido inducido mediante la colocación de interferencias oclusales, sin embargo, no todos los pacientes con interferencias oclusales lo padecen. Siendo entonces el bruxismo una parafunción de etiología doble (psíquico-oclusal) esta muy relacionado con la agresividad y los problemas de conducta que presentan estos pacientes (16).

### **2.2.3 Patogenia del bruxismo**

Puede comenzar con la erupción de la dentición primaria en la lactancia. Arnold vio que lactantes que les acababan de erupcionar algún diente laceraban la encía de la arcada antagonista, todavía edéntula. El bruxismo ocurre de por vida, aunque como ya vimos, la mayoría de los investigadores coinciden en que aumenta durante la dentición mixta y luego disminuye con la edad. En cambio, los síntomas de disfunción de Articulación Temporo Mandibular aumentan con la edad.

El bruxismo nocturno ocurre durante el sueño y se caracteriza por fuertes contracciones rítmicas musculares que ocluyen los dientes y producen clics o rechinar audible. Takahama señaló que el bruxismo nocturno suele ocurrir durante el sueño ligero y se acompaña de respiración irregular y aumento de la frecuencia cardíaca. Sugirió que está relacionado con el Sistema Nervioso Autónomo. Powell observó contacto dental durante la fase REM del sueño, encontrando asociación entre la fase REM y el bruxismo. Reding también encontró esta asociación, pero luego señaló que ocurre durante todas las fases del

sueño, y sobre todo en la fase dos. Clark y colaboradores encontraron que la frecuencia media es de cinco episodios de bruxismo por noche, y que duran aproximadamente ocho segundos cada episodio, con un tiempo total de bruxismo de 42 segundos. Graf en cambio, sugiere que hay muchos periodos de bruxismo que duran muchos minutos, que producen una sobrecarga continua, principalmente horizontal. Pensaba que el factor más importante de la fuerza oclusal normal fisiológica era su carácter intermitente, rítmico y dinámico (17).

#### **2.2.4 Clasificación del bruxismo**

Ramfjord y Ash, en 1972, clasificaron el bruxismo en: bruxismo céntrico y bruxismo excéntrico. Estudios realizados por Ramfjord y Ash en el año 1990 sobre sueño y bruxismo denominaron bruxismo céntrico y excéntrico que sólo induce una respuesta topográfica y dinámica diferente, asociada generalmente con apretamiento, contactos posteriores próximos a relación céntrica, vigilia para el céntrico y con rechinar, contactos más anteriores fuera de relación céntrica o máxima intercuspidadación y nocturnidad para el excéntrico, pero sin consistencia real (18).

Tampoco la tiene la división de Okinoura en bruxistas tensionales mentales y no, sugiriendo en estos rechinar y nocturnidad y en los tensionales apretamiento y vigilia. El Bruxismo céntrico se refiere al apretamiento de los dientes en posición céntrica y el Bruxismo excéntrico es el rechinar y movimientos de trituración de los dientes durante excursiones excéntricas.

Las características que muestran los distintos tipos de bruxismo, son los

siguientes:

#### **2.2.4.1 Céntrico**

Se caracterizan porque muestran Apretadores, son preferentemente diurno, muestran áreas de desgaste limitadas a la cara oclusal, muestran menor desgaste dentario y mayor afectación muscular.

#### **2.2.4.2 Excéntrico**

Se caracterizan porque se presentan frotadores, son nocturno, presentan áreas de desgaste que sobrepasan la cara oclusal, muestran gran desgaste dentario y menor afectación muscular.

Según la Clasificación Internacional de los Trastornos del Sueño, el bruxismo se divide en varios grupos, en función de su gravedad:

-Bruxismo leve: no se realiza todas las noches y no hay evidencia de daño dental.

-Bruxismo moderado: se realiza todas las noches y puede existir un problema psicológico leve.

-Bruxismo grave: se produce todas las noches, existe evidencia de lesión dental y puede estar relacionada con problemas psicológicos más graves.

#### **2.2.5 Factores asociados al bruxismo**

Hoy en día, en razón de la presencia de bruxismo frecuente en casos sin ninguna relación con trastornos o defectos neurológicos se considera que estas actividades para funcionales son posibles en sujetos normales siempre y cuando existan algunos factores psíquicos, factores externos

y factores internos, que solos o en combinación puedan dar lugar a este tipo de conducta (19).

#### **2.2.5.1 Factores Psicológicos:**

Definitivamente en la presencia del bruxismo hay un componente psicológico muy importante. Tal vez fue Tischler (1928) quien primero llamó la atención sobre este aspecto y precisamente usó el término de "Hábito oral neurótico". Existe evidencia de aumento de la tensión muscular por tensión emocional como ansiedad. En 1993 Sabán y Miegimolle consideran que para la génesis del bruxismo no sólo es necesaria la existencia de disarmonías oclusales y tensión psíquica o emocional, sino un fracaso del mecanismo propioceptivo que permite eludir dicha interferencia.

Los estudios utilizados para la valoración de la personalidad y la participación de factores emocionales evidencian la relación existente entre alteraciones nerviosas de tipo menor y bruxismo. Esta relación entre estrés y bruxismo ha llevado a formular diversos modelos explicativos. El principal problema de estas teorías es que las bases sobre las que se sustentan no demuestran la existencia de relaciones causa-efecto; no se ha demostrado que la ansiedad sea un factor suficiente para el desarrollo del bruxismo. De la misma manera que se establecen correlaciones entre estrés y bruxismo tanto diurno como nocturno (Clark, Rouge, Handleman, Solberg...), existen evidencias que discrepan con la teoría psicológica del bruxismo.

Así como en la teoría oclusal existen pacientes con disarmonías oclusales que no presentan bruxismo, en la teoría psicológica personas con estrés severo no presentan para funciones.

Trastornos del sueño: Son muy escasos y parciales los estudios epidemiológicos de los trastornos del sueño en niños. Los pediatras informan de prevalencias oscilantes entre el 0,2% y el 7,8%, mientras los psiquiatras infantiles las sitúan entre el 0,2 y el 19,4%. En poblaciones clínicas, pediátricas o psiquiátricas, de 2 a 15 años de edad se ha encontrado las siguientes prevalencias: somniloquia 32%, pesadillas 31%, despertar nocturno 28%, insomnio inicial 23%, enuresis 17%, bruxismo 10%, estereotipias 7% y terrores nocturnos 7%.

Diferentes alteraciones en la salud psíquica de las personas, tales como la depresión, la ansiedad o el nerviosismo, suelen encontrarse en mayor medida en mujeres que en hombres. Esto contribuye, no sólo a un aumento del riesgo de aparición del dolor, sino también a una forma diferente de percibir el mismo. Un ejemplo utilizado por algunos autores se refiere al hombre o a la mujer que sufre un proceso depresivo. Mientras que en el hombre suele deberse a un grado de inactividad, en la mujer suele ser consecuencia de un dolor crónico no tratado correctamente, lo cual puede ser de gran utilidad a la hora de elegir un tratamiento (20).

### **2.2.5.2 Factores Externos:**

Desde fines de los años 60 se conoce que durante la función normal, los mecanismos propioceptivos se encargan de proteger las estructuras del sistema genético de posibles fuerzas excesivas que se puedan ejercer sobre los diferentes elementos que conforman dicho sistema. Durante la masticación, en el momento de contacto de dientes, se produce una inhibición de la actividad muscular, mucho más marcada en el lado de trabajo que es precisamente el lado donde se desarrolla la mayor fuerza muscular. Los mecanismos de reflejos orales se encargan entonces de prevenir posibles daños en el sistema, y esto se logra a expensas de un aumento en la inhibición de la actividad muscular. Si los problemas oclusales exceden la capacidad de adaptación del sistema masticatorio, se pueden observar cambios muy marcados en esa actividad muscular. Así es como en ciertos pacientes con disturbios y trastornos oclusales muy marcados, se puede encontrar una ausencia de cambios en su actividad muscular, mientras que en otros pacientes la presencia de un pequeño disturbio oclusal pueden precipitar grandes cambios musculares. Por su parte, Clark, en 1970, en un trabajo experimental con monos y creando ansiedad con el uso de drogas (Ritalín), demostró que ni la droga ni las interferencias oclusales por separado eran capaces de ser factores desencadenantes de la para función en estos animales.

El bruxismo que se efectúa durante el día o en momentos de

conciencia plena del individuo ha sido relacionado neurofisiológicamente con estímulos periféricos anormales provenientes de las estructuras orales que crean alteraciones a nivel de la sustancia reticular. Se han propuesto como causas mayores, las discrepancias oclusales y el stress emocional (enojo, miedo, agresividad, stress, frustración), actualmente no se considera como factor contribuyente principal y sólo parte de la etiología respectivamente. Estudios clínicos y polisomnografías lo ha asociado a los trastornos del sueño, debido a la presencia de sueño ligero (micro despertares, a veces acompañados de complejos K en el electroencefalograma (EEG), EEG rápido y transitorio con actividad electromiográfica (EMG), y frecuentes cambios de estado de sueño. También se ha asociado a alteraciones de la química cerebral (sensitividad dopaminérgica).

Existe poca evidencia de factores genético - hereditarios: el rechinar se presenta en el 23% de los gemelos monocigóticos, el bruxismo se presenta con patrón familiar en el 20 a 35%. El bruxismo asociado al sueño (SB), en niños, persiste en el 87% de los gemelos adultos, pero debe investigarse más la importancia de la genética o el ambiente en la ocurrencia del SB en niños.

### **2.2.5.3 Factores Locales**

**Modelo oclusal:** Fue Karolyi en 1901 quien destacó el papel de

las disarmonías oclusales como factores relacionados con la génesis del bruxismo. Clásicamente se relacionó el bruxismo con una oclusión anómala en la que las disarmonías oclusales serían las responsables de la actividad para funcional y así, en este sentido, son varios los autores que afirmaron que tras eliminar estas disarmonías oclusales desaparecerían los hábitos para funcionales. Durante muchos años el tratamiento se orientó a la corrección del estado oclusal. Existen evidencias experimentales que defienden estas teorías en base a sus resultados, es decir, la introducción de disarmonías oclusales dio lugar a episodios de bruxismo. Sin embargo, otros estudios de Rugh y Colaboradores son contradictorios, puesto que no confirman la idea de que los contactos oclusales sean los causantes de los episodios del bruxismo. Existen cuatro tipos fundamentales de interferencias oclusales: de céntrica (prematuridades), trabajo, no trabajo y de protrusiva, siendo las interferencias de céntrica junto con las de no trabajo las más patogénicas, conduciendo a una distribución de fuerzas oclusales fuera de los ejes axiales dentarios y una alteración de la función muscular normal.

**Alteraciones Oclusales:** Tishler observó que existe relación entre las interferencias oclusales y el bruxismo. Ramfjor provocó experimentalmente bruxismo en monos rhesus añadiendo amalgama a los primeros molares inferiores. En estos monos, el bruxismo comenzaba inmediatamente y continuaba intensamente hasta que se desgastaba o fracturaba el exceso

de amalgama, y entonces cesaba. Varios autores concluyen que es un mecanismo inconsciente para eliminar interferencias y obtener el máximo contacto oclusal. Las anomalías oclusales que impiden una oclusión estable pueden causar bruxismo. El mecanismo sería una alteración de determinados impulsos aferentes procedentes del ligamento periodontal o a una disminución del umbral de excitación. Para Ramfjord, las desarmonías oclusales actúan como factores desencadenantes de bruxismo. Nilner encontró en estudios en niños correlación entre mordida profunda y facetas frontales. Según Lindqvist, la frecuencia de interferencias oclusales es significativamente superior en bruxistas, y estas interferencias participarían activamente en la patogenia del bruxismo. También existe cierta controversia sobre el papel de la mala oclusión en el bruxismo. Para Rugh, no es la oclusión en sí, sino la respuesta del paciente a su condición oclusal, siendo esto corroborado por más estudios. Reding, haciendo pruebas electromiográficas, electroocluográficas y electroencefalográficas no encontró pruebas que apoyasen la teoría de que las alteraciones dentales producen bruxismo. Otros autores concluyeron que el bruxismo no se correlaciona significativamente con ningún tipo de interferencia oclusal. Barone, Sbordone y Ramaglia dijeron que la mala oclusión no provoca alteraciones de Articulación Temporo Mandibular ni aumenta las necesidades de tratamiento por este concepto.

Entre las alteraciones de la oclusión que se han publicado en la literatura encontramos la presencia de contactos prematuros, los cuales se pueden dar: - En el arco de cierre mandibular, provocando una discrepancia entre la posición de máxima intercuspidad y la posición de relación céntrica. - Durante la función, es decir, en los movimientos bordeantes. Los cuales se producen durante funciones como la masticación, fonación o deglución. En este caso el nombre que reciben es el de "interferencias" o "contactos en balanceo", y según algunos artículos, su consecuencia final podría llevar a aumento de la presión intraarticular, llegando a producir patología cuando se sobrepasa la capacidad de adaptación.

### **Las maloclusiones**

Angle, basado en estudios de cráneos e individuos vivos, logró establecer los principios de oclusión que fueron adoptados, inicialmente por protesistas. Angle observó que el primer molar superior se encuentra bajo el contrafuerte lateral del arco cigomático, denominado por él "cresta llave" del maxilar superior y consideró que esta relación es biológicamente invariable e hizo de ella la base para su clasificación. No se permitía una posición defectuosa de la dentición superior o del maxilar superior. En 1899, basándose en esa idea, ideó un esquema bastante simple y universalmente aceptado. Este autor introdujo el término "Clase" para denominar distintas relaciones mesiodistales de los dientes, las arcadas dentarias y los maxilares; que

dependían de la posición sagital de los primeros molares permanentes, a los que consideró como puntos fijos de referencia en la arquitectura craneofacial. Este autor dividió las maloclusiones en tres grandes grupos: Clase I, Clase II y Clase III.

Una mal oclusión se refiere al mal alineamiento de los dientes o a la forma en que los dientes superiores e inferiores encajan entre sí. La mayoría de las personas tienen algún grado de mal oclusión, si bien normalmente no es lo suficientemente seria para requerir tratamiento. Aquellas que tienen maloclusiones más severas pueden requerir tratamiento de ortodoncia para corregir el problema. La corrección de maloclusiones reduce el riesgo de pérdida de piezas y puede ayudar a aliviar presiones excesivas en la articulación temporomandibular (21).

#### **2.2.5.4 Factores Etiológicos Diversos**

Según Mc-Bride, la respiración bucal y por tanto, la boca seca pueden producir bruxismo. Para Lehvila, una educación estricta por parte de los padres puede provocar bruxismo en los niños. Hart afirma que es un remanente de un comportamiento primitivo de rechinar los dientes que se reafirma durante el sueño. Del mismo modo, Meklas propone que está relacionado con la época prehistórica en que los dientes se usaban como armas, y en épocas de estrés alguna gente recupera este comportamiento. Delgado Jiménez y Pujol Massaguer estudiaron si existía relación entre el bruxismo infantil y el nivel

socioeconómico, pero no encontraron diferencias entre las 2 poblaciones preescolares estudiadas en 2 centros de salud de Cataluña. Lo reseñamos aquí por ser la única aportación española que encontramos respecto al tema.

#### **2.2.5.5 Factores Etiológicos Combinados**

Ya en 1928 Tishler sugirió una etiología combinada de interferencias oclusales y neurosisismo para el bruxismo. Observó que en individuos neuróticos, el rechinar podía ser desencadenado por casos de trauma oclusal leves o defectos oclusales mínimos como una cúspide demasiado aguda. Nadler clasificó los factores etiológicos como locales, sistémicos, psicológicos y ocupacionales. Para Molin y Levi, los componentes etiológicos eran factores somatogénicos, psicogénicos y mixtos. Para Ramfjord y Ashe hay tres mecanismos que combinados desencadenan el bruxismo: tensiones emocionales, dolor o disconfort y mal ajuste oclusal. Genon los clasifica como psíquicos, profesionales, genéticos, factores locales y alteraciones orgánicas. Según Arnold, para que ocurra el bruxismo tienen que darse 3 factores: psicológicos, musculares y dentales.

Para Mejias, la etiología del bruxismo consta de 2 factores principales: oclusales, como restauraciones altas o incorrectas, prematuridades o mal oclusiones de origen natural y psicogénicos, como síntomas neuróticos, y respuestas agresivas o de estrés reprimidas. Por último, otros autores afirman que

se produce por alteraciones oclusales o una combinación de ellas con estrés emocional.

Existen 2 tipos de bruxismo: céntrico y excéntrico; y pueden ser nocturno y diurno, por lo general, el paciente bruxomano nocturno no es consciente del problema, y los datos de esta parasomnia proceden de los compañeros de cama o habitación alarmados por el ruido de los dientes, y también de los dentistas que observan la destrucción (atricción) del esmalte y la dentina.

## **2.3 Definición de términos básicos**

### **2.3.1 Bruxismo**

Es el hábito involuntario de apretar o rechinar las estructuras dentales sin propósitos funcionales. El bruxismo se conoce también como rechinado o apretado de los dientes. Para la mayoría de las personas, el bruxismo es un hábito inconsciente. Puede que no se dé cuenta que lo hace hasta que alguien más le comente que escucha rechinar sus dientes mientras duerme. También se puede descubrir en la visita dental pues sus dientes se encontrarán desgastados o el esmalte fracturado.

El bruxismo puede presentar signos tales como dolor facial, de cabeza y cuello. Su dentista puede diagnosticar y determinar si la causa de este dolor es por bruxismo.

### **2.3.2 Estrés**

Es una reacción fisiológica del organismo en el que entran en juego diversos mecanismos de defensa para afrontar una situación que se percibe como amenazante o de demanda incrementada.

### **2.3.3 Ansiedad**

Es una respuesta de anticipación involuntaria del organismo frente a estímulos que pueden ser externos o internos, tales como pensamientos, ideas, imágenes, etc., que son percibidos por el individuo como amenazantes y/o peligrosos.

### **2.3.4 Depresión**

Es el diagnóstico psiquiátrico que describe un trastorno del estado de ánimo, transitorio o permanente, caracterizado por sentimientos de abatimiento, infelicidad y culpabilidad, además de provocar una incapacidad total o parcial para disfrutar de las cosas y de los acontecimientos de la vida cotidiana.

### **2.3.5 Sueño**

Es una parte integral de la vida cotidiana, una necesidad biológica que permite restablecer las funciones físicas y psicológicas esenciales para un pleno rendimiento.

### **2.3.6 Cefalea tensional**

Es el tipo más común de dolor de cabeza. Es el dolor o molestia en la cabeza, el cuero cabelludo o el cuello que a menudo está asociado con tensión de los músculos en estas zonas.

### **2.3.7 Restauraciones defectuosas**

Restauración defectuosa es una mala reconstrucción de una porción de diente, destruida, fracturada, desgastada o afectada irreversiblemente por patología, previa terapéutica de la misma y preparación dentaria apropiada.

### **2.3.8 Interferencias oclusales**

Son contactos oclusales indeseables que producen desviaciones durante el cierre a la máxima intercuspidad, o que estorban el suave paso desde o hacia la posición de intercuspidad. Hay cuatro tipos de interferencia oclusal

### **2.3.9 Oclusión traumática**

El trauma oclusal es un término clínico dental y que hace referencia a los daños que se producen cuando los dientes se dejan en una oclusión traumática y sin un tratamiento adecuado. Si la relación oclusal no está correctamente equilibrada puede resultar con síntomas como dolor, sensibilidad e incluso movilidad de los dientes afectados.

### **2.3.10 Mala oclusión**

Se refiere al mal alineamiento de los dientes o a la forma en que los dientes superiores e inferiores encajan entre sí. La mayoría de las personas tienen algún grado de mal oclusión, si bien normalmente no es lo suficientemente seria para requerir tratamiento.

### **CAPITULO III:**

#### **HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **3.1 Formulación de hipótesis Principal y Derivadas**

##### **3.1.1 Hipótesis general**

El factor psicológico determina el bruxismo en estudiantes del XIII, IX, X semestre de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas, Abancay, 2017.

##### **3.1.2 Hipótesis específicas**

El factor psicológico es determinante en el bruxismo de estudiantes del XIII, IX y X semestre de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas, Abancay, 2017.

El factor local es determinante en el bruxismo de estudiantes del XIII, IX y X semestre de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas, Abancay, 2017.

El factor sistémico es determinante en el bruxismo de estudiantes del XIII, IX y X semestre de la Escuela Profesional de Estomatología de la

## **3.2 Variables; dimensiones, indicadores, definición conceptual y operacional**

### **3.2.1 Definición conceptual de las variables de estudio, Factor**

#### **psicológico**

Se relaciona a desordenes psicosomáticos, ansiedad y problemas de personalidad, entre otros. Algunos investigadores que apoyan teorías psicológicas reportan que rabia, el miedo, la agresión, el estrés y la frustración pueden verse reflejados en el desarrollo del bruxismo.

En la actualidad, el papel de los factores psicológicos en la aparición de la DTM ha ido ganando terreno gracias a numerosos artículos que asociaban dicha patología con el estrés, la ansiedad, la depresión o la somatización (37, 53). Este es uno de los motivos por los que, el cuestionario RDC/TMD, que valora tanto el estado psicológico en el que se encuentra el paciente, como el estado clínico, haya sido aceptado por la comunidad científica internacional.

#### **3.2.1.1 Factor local**

Corresponden a aquellos que se encuentran dentro del sistema estomatognático, dentro de los que se destacan: la mal-oclusión, restauraciones defectuosas oclusión traumática, , interferencias oclusales, contactos prematuros en los movimientos de cierre, en movimientos excéntricos, especialmente en contactos de balance, discrepancia entre la relación céntrica y la oclusión céntrica, disfunción temporomandíbular, ausencia de piezas dentarios, trastorno de la erupción de piezas temporales o permanentes.

Los factores locales que se consideran como causa para la presencia del bruxismo en las personas, generalmente son los siguientes: Restauraciones defectuosas, Interferencias oclusales, Oclusión traumática, Mala oclusión.

### **3.2.1.2 Factor sistémico**

Dentro de los posibles factores sistémicos, la literatura menciona: desórdenes endocrinos (hipertiroidismo), diversos síndromes, disturbios gastrointestinales, deficiencias nutricionales, deficiencias vitamínicas, padecimientos neurológicos, trastornos del SNC, problemas de estrés y emocionales, problemas alérgicos y respiratorios, infecciones parasitarias, influencia genética, anatomía de la región oral-facial.

Existen varios componentes que pertenecen a la parte sistémica que constituyen causas para la presencia del bruxismo en las personas, por ejemplo, se consideran los siguientes: Desórdenes endocrinos, Infecciones parasitarias, Influencia genética consumo de drogas y tabaco

### 3.2.2 Operacionalización de las variables.

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICE	INDICES DE VALORACIÓN
Factores que determinan el Bruxismo	<b>Aspectos psicológicos</b>	Estrés Ansiedad Sueño	Si se observa (1) No precisa (2) No se observa (3)
	<b>Aspectos Locales</b>	Alteración de la oclusión Desgaste dental Mala oclusión	Si se observa (1) No precisa (2) No se observa (3)
	<b>Aspectos sistémicos</b>	Infecciones parasitarias Influencia genética Consumo de drogas	Si se observa (1) No precisa (2) No se observa (3)

## **CAPITULO IV: METODOLOGÍA**

### **4.1 Diseño metodológico**

El tipo de la investigación que se ha desarrollado fue el no experimental, esto debido a que no se manipularon las variables de estudio.

El nivel de investigación fue descriptivo, porque se recogieron las características observadas de las unidades de análisis.

El diseño fue descriptivo simple, cuyo esquema es el siguiente:

**M: .....O**

Donde:

M: Representa a la muestra de investigación

O: Es la observación realizada a las unidades de estudio.

### **4.2 Diseño muestral**

En relación a la población y muestra de la investigación, se ha considerado los siguientes aspectos:

La población considerada para el estudio, estuvo considerada por 67 estudiantes del XIII, IX y X semestre de la Escuela Profesional de Estomatología de la

Universidad Alas Peruanas, Abancay, 2017.

Respecto a la muestra de investigación, se ha considerado una muestra no probabilística universal, esto debido a que la población es igual a la muestra de estudio.

#### **4.3 Técnicas e instrumento de recolección de datos, validez y confiabilidad**

En relación a la técnica de estudio se ha utilizado la observación, esto debido a que las características que pertenecen a los síntomas del bruxismo en una persona, se evidencian a partir de una observación profesional, para poder identificar los indicadores que muestran presencia de bruxismo por factores diversos en cada estudiante considerado para la muestra de investigación.

El instrumento que se ha considerado fue la ficha de observación.

Su redacción ha tomado en cuenta los factores más relevantes que se perciben en un estudio de bruxismo.

En la ficha de observación se tuvieron en cuenta el sexo de la unidad de análisis, la edad de los estudiantes, el factor psicológico, factor local y factor sistémico.

En cada uno de estos casos se tuvo en cuenta criterios de si se presenta, no precisa o no se observa.

En relación a los aspectos psicológicos se consideró el estrés, la ansiedad, la depresión, el sueño, en cada uno de los casos se evaluó si se observa, no precisa o no se observa.

En relación a los aspectos locales se consideraron las restauraciones defectuosas, las interferencias oclusales, la oclusión traumática y la mala oclusión. La evaluación fue si se observa, no precisa o no se observa.

Finalmente, en relación a los aspectos sistémicos se han considerado las infecciones parasitarias, influencia genética y el consumo de tabaco. En la

evaluación se consideró si se observa, no precisa y no se observa.

El instrumento previamente fue sometida a la evaluación de expertos, en este caso fueron los docentes que orientaron el Taller de Tesis, por otro lado, se realizó una prueba piloto para verificar la confiabilidad del instrumento. El resultado del alfa de Crombach fue de 0,81, lo que nos demuestra que la confiabilidad del instrumento es aceptable.

#### **4.4 Técnicas de procesamiento de la información**

Para procesar la información se ha recurrido a la estadística descriptiva.

#### **4.5 Técnicas estadísticas utilizadas en el análisis de la información**

El procesamiento de la información se hizo en tablas de frecuencia y de porcentajes, para la prueba de hipótesis se utilizó la chi cuadrada para una escala ordinal.

#### **4.6 Población y muestra**

La población que se ha considerado fue de 67 estudiantes y la muestra fue el mismo, esto debido a que se ha considerado una muestra universal.

## CAPITULO V: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

### 5.1 Análisis descriptivo de los resultados

El factor psicológico determina el bruxismo en estudiantes del VIII, IX y X semestre de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad Alas Peruanas, abril - agosto Abancay, 2017.

**Tabla 1.- Factor psicológico**

	<b>Factor Psicológico</b>	<b>%</b>
Si	43	64.2%
No	24	35.8%
<b>total</b>	<b>67</b>	<b>100.0%</b>

En la tabla 01 se muestra los resultados del factor psicológico, el 64,2% si es afectado por el factor psicológico, el 35,8% no muestra como causa el factor psicológico.

**Tabla 2.- Factor local**

	<b>Factor local</b>	<b>%</b>
Si	39	58.2%
No	28	41.8%
<b>total</b>	<b>67</b>	<b>100.0%</b>

En la tabla 02 se muestra los resultados del factor local, el 58,2 si precisa que el factor local es uno de los determinantes, sin embargo, el 41,8% manifiesta que el factor local no es el determinante.

**Tabla 3.- Factor sistémico**

	<b>factor sistémico</b>	<b>%</b>
Si	28	41.8%
No	39	58.2%
<b>total</b>	<b>67</b>	<b>100.0%</b>

En la tabla 03 se muestra los resultados del factor sistémico, el 58,2 manifiesta que no es el factor que determina el bruxismo, además el 41,8% si manifiesta que el factor sistémico es el determinante para el bruxismo.

## **5.2 Análisis $\chi^2$ en las tablas de contingencia**

### **Prueba de hipótesis – Factor Psicologico y Factor local.**

Hipótesis Nula ( $H_0$ ): El factor psicológico no influye en el factor local Hipótesis alterna

( $H_a$ ): El factor psicológico si influye en el factor local Nivel de significación: 0.05

Prueba estadística:

**Tabla 4.- Contingencia Factor\_Psicologico \* Factor\_Local**

			Factor_Local		Total
			si	No	
Total		Recuento	29	14	43
	si	Frecuencia esperada	25,0	18,0	43,0
	No	Frecuencia esperada	10	14	24
		Recuento	14,0	10,0	24,0
		Frecuencia esperada	39	28	67
			39,0	28,0	67,0

En la tabla se muestra los resultados cruzados entre el factor psicológico y el factor local. Al respecto se observa que en 29 se dice que sí es causante el factor psicológico y también se dice que sí es el factor local.

**Tabla 5.- Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,207 <sup>a</sup>	1	,040		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	3,214	1	,073		
Razón de verosimilitudes	4,200	1	,040		
Estadístico exacto de Fisher				,069	,037
Asociación lineal por lineal	4,144	1	,042		
N de casos válidos	67				

a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 10,03.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Como sig. Asintótica (0.04) es menor que el nivel de significancia (0.05) se rechaza la hipótesis nula (H<sub>0</sub>).

Interpretación: A un nivel de significancia del 5% existe evidencia estadística para concluir que El factor psicológico si influye en el factor local.

### **Prueba de hipótesis – Factor Psicológico y Factor sistémico.**

Hipótesis Nula (H<sub>0</sub>): El factor psicológico no influye en el factor sistémico Hipótesis

alterna (Ha): El factor psicológico si influye en el factor sistémico Nivel de significación: 0.05

Prueba estadística:

**Tabla 6.- Contingencia Factor\_Psicologico \* Factor\_Sistemico**

			Factor_Sistemico		Total
			si	No	
si	Recuento	13	30	43	
	Frecuencia esperada	18,0	25,0	43,0	
No	Recuento	15	9	24	
	Frecuencia esperada	10,0	14,0	24,0	
Total	Recuento	28	39	67	
	Frecuencia esperada	28,0	39,0	67,0	

En la tabla se muestra los resultados cruzados entre el factor psicológico y el factor sistémico. Al respecto se observa que en 30 si es causante del bruxismo el factor psicológico, al mismo tiempo se indica que no es el causante el factor sistémico.

**Tabla 7.- Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,593 <sup>a</sup>	1	,010		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	5,333	1	,021		
Razón de verosimilitudes	6,610	1	,010		
Estadístico exacto de Fisher				,019	,010
Asociación lineal por lineal	6,494	1	,011		
N de casos válidos	67				

a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 10,03.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Como sig. Asintótica (0.01) es menor que el nivel de significancia (0.05) se rechaza la hipótesis nula (Ho).

Interpretación: A un nivel de significancia del 5% existe evidencia estadística para concluir que El factor psicológico si influye en el factor sistémico.

De las dos pruebas estadísticas, se puede concluir que el factor psicológico es determinante en el bruxismo en estudiantes del VIII, IX y X semestre de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad Alas Peruanas, abril - agosto Abancay, 2017.

### Hipótesis específicas

1.- El factor psicológico es determinante en el bruxismo de estudiantes del VIII, IX y X semestre de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad Alas Peruanas, abril - agosto Abancay, 2017.

### Prueba de hipótesis – Estrés y Factor Psicológico.

Hipótesis Nula (Ho): El estrés no influye en el factor Psicológico. Hipótesis alterna

(Ha): El estrés si influye en el factor Psicológico. Nivel de significación: 0.05

Prueba estadística:

**Tabla 8.- contingencia Factor\_Psicologico \* Estrés**

		Estrés		Total
		Si	No	
si	Recuento	40	3	43
	Frecuencia esperada	26,3	16,7	43,0
No	Recuento	1	23	24
	Frecuencia esperada	14,7	9,3	24,0
Total	Recuento	41	26	67
	Frecuencia esperada	41,0	26,0	67,0

En la tabla se muestra los resultados cruzados entre el factor psicológico y el estrés. Al respecto se observa que 40 si manifiestan que el factor psicológico es causante del bruxismo, al mismo tiempo que sí es causante el estrés.

**Tabla 9.- Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	51,213 <sup>a</sup>	1	,000		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	47,539	1	,000		
Razón de verosimilitudes	59,420	1	,000		
Estadístico exacto de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	50,448	1	,000		
N de casos válidos	67				

a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 9,31.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Como sig. Asintótica (0.000) es menor que el nivel de significancia (0.05) se rechaza la hipótesis nula (H<sub>0</sub>).

Interpretación: A un nivel de significancia del 5% existe evidencia estadística para concluir que El estrés si influye en el factor Psicológico.

**Prueba de hipótesis – Ansiedad y Factor Psicológico.**

Hipótesis Nula (H<sub>0</sub>): La ansiedad no influye en el factor Psicológico.

Hipótesis alterna (H<sub>a</sub>): La ansiedad si influye en el factor Psicológico.

Nivel de significación: 0.05

Prueba estadística:

**Tabla 10.- Contingencia Factor\_Psicologico \* Ansiedad**

				Ansiedad		Total
				si	No	
si	Recuento			27	16	43
	Frecuencia esperada	Factor_Psicologi	Recuento	18,0	25,0	43,0
No	Frecuencia esperada			1	23	24
	Recuento			10,0	14,0	24,0
Total	Frecuencia esperada			28	39	67
				28,0	39,0	67,0

En la tabla se muestra los resultados cruzados entre el factor psicológico y la ansiedad. Al respecto se observa que 27 si manifiestan que el factor psicológico es causante de la ansiedad.

**Tabla 11.- Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	21,761 <sup>a</sup>	1	,000		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	19,418	1	,000		
Razón de verosimilitudes	25,989	1	,000		
Estadístico exacto de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	21,436	1	,000		
N de casos válidos	67				

a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 10,03.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Como sig. Asintótica (0.000) es menor que el nivel de significancia (0.05) se rechaza la hipótesis nula (H<sub>0</sub>).

Interpretación: A un nivel de significancia del 5% existe evidencia estadística para concluir que la ansiedad si influye en el factor Psicológico.

**Prueba de hipótesis – Sueño y Factor Psicológico.**

Hipótesis Nula (Ho): el sueño no influye en el factor Psicológico. Hipótesis alterna

(Ha): El sueño si influye en el factor Psicológico. Nivel de significación: 0.05

Prueba estadística:

**Tabla 12.- contingencia Factor\_Psicologico \* Sueño**

		Sueño		Total
		si	No	
	Recuento	7	36	43
si	Frecuencia Factor_Psicologi esperada co Recuento	5,8	37,2	43,0
No	Frecuencia esperada Recuento	2	22	24
Total	Frecuencia esperada	3,2	20,8	24,0
		9	58	67
		9,0	58,0	67,0

En la tabla se muestra los resultados cruzados entre el factor psicológico y el sueño. Al respecto se observa que 37,2 si manifiestan que el factor psicológico es causante del bruxismo, pero el sueño no es determinante en este proceso.

**Tabla 13.- Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,836 <sup>a</sup>	1	,360		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	,293	1	,589		
Razón de verosimilitudes	,892	1	,345		
Estadístico exacto de Fisher				,472	,303
Asociación lineal por lineal	,824	1	,364		
N de casos válidos	67				

a. 1 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,22.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Como sig. Asintótica (0.360) es mayor que el nivel de significancia (0.05) no se

rechaza la hipótesis nula (Ho).

Interpretación: A un nivel de significancia del 5% existe evidencia estadística para concluir que el sueño NO influye en el factor Psicológico.

De las tres pruebas estadísticas, se puede concluir que el factor psicológico es determinante en el bruxismo en estudiantes del VIII, IX y X semestre de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad Alas Peruanas, abril - agosto Abancay, 2017, pero solo con el estrés y la ansiedad.

**2.- El factor local es determinante en el bruxismo de estudiantes del VIII, IX y X semestre de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad Alas Peruanas, abril - agosto Abancay, 2017.**

**Prueba de hipótesis – Alteraciones de la Oclusión y Factor local.**

Hipótesis Nula (Ho): las Alteraciones de la Oclusión no influye en el factor local.

Hipótesis alterna (Ha): las Alteraciones de la Oclusión SI influye en el factor local.

Nivel de significación: 0.05

Prueba estadística:

**Tabla 14.- Contingencia Factor\_Local alteraciones\_oclusion**

		alteraciones_oclusion		Total
		si	No	
Factor_Local	si	Recuento 5	34	39
		Frecuencia esperada 2,9	36,1	39,0
	No	Recuento 0	28	28
		Frecuencia esperada 2,1	25,9	28,0
Total	Recuento 5	62	67	
	Frecuencia esperada 5,0	62,0	67,0	

En la tabla se muestra los resultados cruzados entre el factor local y las alteraciones oclusales. Al respecto se observa en 36,1 que sí el factor local es causan, sin embargo, las alteraciones de oclusión no son los causantes.

**Tabla 15.- Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,879 <sup>a</sup>	1	,049		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	2,245	1	,134		
Razón de verosimilitudes	5,699	1	,017		
Estadístico exacto de Fisher				,070	,060
Asociación lineal por lineal	3,821	1	,051		
N de casos válidos	67				

a. 2 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,09.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Como sig. Asintótica (0.049) es menor que el nivel de significancia (0.05) se rechaza la hipótesis nula (H<sub>0</sub>).

Interpretación: A un nivel de significancia del 5% existe evidencia estadística para concluir que las Alteraciones de la Oclusión SI influyen en el factor local.

**Prueba de hipótesis – Desgaste dental y Factor local.**

Hipótesis Nula (H<sub>0</sub>): Desgaste dental no influye en el factor local. Hipótesis alterna

(H<sub>a</sub>): Desgaste dental SI influye en el factor local. Nivel de significación: 0.05

Prueba estadística:

**Tabla 16.- Contingencia Factor\_Local \* desgaste\_dental**

		desgaste_dental		Total	
		si	No		
Factor_Loc	si	Recuento	33	6	39
		Frecuencia esperada	21,0	18,0	39,0
No		Recuento	3	25	28
		Frecuencia esperada	15,0	13,0	28,0
Total		Recuento	36	31	67
		Frecuencia esperada	36,0	31,0	67,0

En la tabla se muestra los resultados cruzados entre el factor local y desgaste dental. Al respecto se observa que 33 si manifiestan que el factor local se asocia con el desgaste dental.

**Tabla 17.- Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	35,804 <sup>a</sup>	1	,000		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	32,893	1	,000		
Razón de verosimilitudes	39,953	1	,000		
Estadístico exacto de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	35,270	1	,000		
N de casos válidos	67				

a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 12,96.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Como sig. Asintótica (0.000) es menor que el nivel de significancia (0.05) se rechaza la hipótesis nula (H<sub>0</sub>).

Interpretación: A un nivel de significancia del 5% existe evidencia estadística para concluir que EL Desgaste dental SI influye en el factor local.

**Prueba de hipótesis – mala oclusión y Factor local.**

Hipótesis Nula (Ho): la mala oclusión no influye en el factor local. Hipótesis alterna

(Ha): la mala oclusión si influye en el factor local. Nivel de significación: 0.05

Prueba estadística:

**Tabla 18.- Contingencia Factor\_Local \* mala\_oclusion**

		mala_oclusion		Total	
		si	No		
Factor_Loc	si	Recuento	26	13	39
		Frecuencia esperada	15,7	23,3	39,0
No		Recuento	1	27	28
		Frecuencia esperada	11,3	16,7	28,0
Total		Recuento	27	40	67
		Frecuencia esperada	27,0	40,0	67,0

En la tabla se muestra los resultados cruzados entre el factor local y la mala oclusión. Al respecto se observa que 26 si manifiestan que el factor local se asocia con la mala oclusión.

**Tabla 19.- Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	26,969 <sup>a</sup>	1	,000		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	24,410	1	,000		
Razón de verosimilitudes	32,067	1	,000		
Estadístico exacto de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	26,567	1	,000		
N de casos válidos	67				

a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 11,28.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Como sig. Asintótica (0.000) es menor que el nivel de significancia (0.05) se rechaza la hipótesis nula (Ho).

Interpretación: A un nivel de significancia del 5% existe evidencia estadística para concluir que la mala oclusión SI influye en el factor local.

De las tres pruebas estadísticas, se puede concluir que el factor local es determinante en el bruxismo en estudiantes del VIII, IX y X semestre de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad Alas Peruanas, abril - agosto Abancay, 2017, considerando las variables alteraciones de la oclusión, Desgaste dental y mala oclusión.

3.- El factor sistémico es determinante en el bruxismo de estudiantes del VIII, IX y X semestre de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad Alas Peruanas, abril - agosto Abancay, 2017.

**Prueba de hipótesis – Infección parasitaria y Factor sistémico:**

Hipótesis Nula (Ho): La Infección parasitaria no influye en el factor sistémico.

Hipótesis alterna (Ha): La Infección parasitaria SI influye en el factor sistémico.

Nivel de significación: 0.05

Prueba estadística:

**Tabla 20.- Contingencia Factor\_Sistemico\* Infeccion\_parasitaria**

				Infeccion_pa rasitaria	Total
				No	
si	Recuento			28	28
	Frecuencia esperada	Factor_Sistemi	Recuento	28,0	28,0
No	Frecuencia esperada			39	39
	Recuento			39,0	39,0
Total	Frecuencia esperada			67	67
				67,0	67,0

En la tabla se muestra los resultados cruzados entre el factor sistemático y la infección parasitaria. Al respecto se observa que 39 precisan que el factor sistémico no se asocia con la infección parasitaria.

**Tabla 21.- Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor
Chi-cuadrado de Pearson	a
N de casos válidos	67

a. No se calculará ningún estadístico porque Infeccion\_parasitaria es una constante.

Como sig. Asintótica no obtiene resultado, no se rechaza la hipótesis nula (Ho), debido a que no hay infección parasitaria.

Interpretación: A un nivel de significancia del 5% existe evidencia estadística para concluir que La Infección parasitaria no influye en el factor sistémico.

**Prueba de hipótesis – Familiar con Bruxismo y Factor sistémico.**

Hipótesis Nula (Ho): Tener un familiar con Bruxismo no influye en el factor sistémico.

Hipótesis alterna (Ha): Tener un familiar con Bruxismo SI influye en el factor sistémico.

Nivel de significación: 0.05

Prueba estadística:

**Tabla 22.- Contingencia Factor\_Sistemico \* Familiar\_con\_bruxismo**

			Familiar_con_bruxis		Totals
			si	No	
	si	Recuento	26	2	28
		Frecuencia esperada	16,3	11,7	28,0
	No	Recuento	13	26	39
		Frecuencia esperada	22,7	16,3	39,0
Total		Recuento	39	28	67
		Frecuencia esperada	39,0	28,0	67,0

En la tabla se muestra los resultados cruzados entre el factor sistemático y el aspecto familiar con bruxismo. Al respecto se observa que 26 si manifiestan que el factor sistémico se asocia con la familia con bruxismo.

**Tabla 23.- Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	23,739 <sup>a</sup>	1	,000		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	21,355	1	,000		
Razón de verosimilitudes	27,010	1	,000		
Estadístico exacto de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	23,384	1	,000		
N de casos válidos	67				

a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 11,70.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Como sig. Asintótica (0.000) es menor que el nivel de significancia (0.05) se rechaza la hipótesis nula (H<sub>0</sub>).

Interpretación: A un nivel de significancia del 5% existe evidencia estadística para concluir que tener un familiar con Bruxismo SI influye en el factor sistémico.

**Prueba de hipótesis – Fumador y Factor sistémico.**

Hipótesis Nula (H<sub>0</sub>): Ser fumador no influye en el factor sistémico.

Hipótesis alterna (H<sub>a</sub>): Ser fumador SI influye en el factor sistémico.

Nivel de significación: 0.05 Prueba estadística:

**Tabla.- de contingencia Factor\_Sistemico \* Fuma**

				Fuma		Total
				si	No	
	si	Recuento		5	23	28
		Frecuencia esperada	Factor_Sistemi Recuento esperada	2,1	25,9	28,0
	No	Recuento		0	39	39
		Frecuencia esperada		2,9	36,1	39,0
Total		Recuento		5	62	67
		Frecuencia esperada		5,0	62,0	67,0

En la tabla se muestra los resultados cruzados entre el factor sistemático y el

fumar. Al respecto se observa que 39 si manifiestan que el factor sistémico es un causante, pero indican que no fuman.

**Tabla 24.- Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,526 <sup>a</sup>	1	,006		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	5,162	1	,023		
Razón de verosimilitudes	9,293	1	,002		
Estadístico exacto de Fisher				,010	,010
Asociación lineal por lineal	7,414	1	,006		
N de casos válidos	67				

a. 2 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,09.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Como sig. Asintótica (0.006) es menor que el nivel de significancia (0.05) se rechaza la hipótesis nula (H<sub>0</sub>).

Interpretación: A un nivel de significancia del 5% existe evidencia estadística para concluir que Ser fumador SI influye en el factor sistémico.

De las tres pruebas estadísticas, se puede concluir que el factor Sistémico es determinante en el bruxismo en estudiantes del XIII, VIII, IX y X semestre de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad Alas Peruanas, abril - agosto Abancay, 2017, considerando solo las variables "fumador" y "Familiar con Bruxismo".

### 5.3 Discusión

La investigación que se ha realizado tiene como objetivo principal Determinar cuál es el factor que determina el bruxismo en estudiantes del XIII, IX y X semestre de la carrera profesional de estomatología de la universidad Alas Peruanas, Abancay, 2017.

En los resultados que se han obtenido de la observación a las unidades de análisis de la investigación. Se ha demostrado que el 64,2% de los estudiantes muestran como factor principal a las características psicológicas que determinan el bruxismo en los estudiantes. Los resultados que se han obtenido en la investigación, se asemejan a otros que también se llevaron a cabo, respecto a los factores determinantes del bruxismo.

Por ejemplo, Ordoñez, P. en su estudio sobre la prevalencia de bruxismo de vigilia evaluado por auto-reporte en relación con estrés, ansiedad y depresión. Ha demostrado la existencia de prevalencia de 52.1% de Bruxismo probable de vigilia y una asociación con las variables estrés (OR: 3.148 IC 95%: 1.9 – 5.1), ansiedad (OR: 3.222 IC 95%: 1.9 – 5.4) y depresión (OR: 3.284 IC 95%: 2.0 –

5.3) con esta para función; sin embargo no se encontró una asociación significativa entre bruxismo de vigilia con las variables edad mayor de 21 años y menor de 21 años (OR: 1.400 IC 95%: 0.8 – 2.2) y sexo (OR: 1.260 IC 95%(0.7 – 2.0), en esta investigación la depresión fue el factor asociado más relevante para la presencia del bruxismo.

Los resultados estadísticos de las investigaciones realizadas le dan fortaleza a

nuestros estudios, vale decir que el factor psicológico si es determinante en la presencia del bruxismo.

Existen autores que consideran al factor psicológico, como uno de los causantes más fuerte respecto a la presencia del bruxismo en las personas.

Reding manifiesta que se debe distinguirse entre el bruxismo diurno y el nocturno, ya que hay importantes diferencias fisiológicas y psicológicas entre ellos. EL bruxismo diurno se refiere al apretamiento consciente o inconsciente de los dientes, habitualmente durante el día, y puede incluir parafunciones como mordisquear lápices, uñas, mejillas o los labios.

Se debe tener en cuenta que el Bruxismo es una actividad parafuncional caracterizada por rechinar, apretar, trabar y masticar con los dientes, cuya etiología se considera debida a una combinación de problemas relacionados con la presencia de algún tipo de desarmonía oclusal y factores psíquicos o de origen Psicosomático que llegan a desencadenar toda la gama de patología observable en el sistema estomatognático.

Aunque el factor psicológico en la etiología del Bruxismo no se encuentre “confirmada”, es indudable que cuando se considera al ser humano como una unidad, lo psicológico pasa a convertirse en un componente esencial en el desarrollo y desenlace de diferentes alteraciones, trastornos y/o enfermedades que afectan al ser humano. Actualmente existen muchos profesionales de distintas áreas de la salud que así también lo comprenden.

“Muchas investigadoras del área de la salud, concuerdan en que el concepto de salud y enfermedad ha ido evolucionando desde un modelo bio-médico hacia un

modelo biopsicosocial, en el cual se señala que toda enfermedad es de naturaleza multifactorial enfatizando la participación de factores psicológicos en el proceso de enfermar. Por lo tanto, las explicaciones, causas y posibilidades de sanación abordan aspectos tanto biológicos como psico-sociales, de manera de fomentar la unidad de la persona, apuntando a su comprensión y participación activa en la recuperación” (Moncada, Gallardo, Aguilar, Conejan, Dreyer y Rojas, 2009).

En la investigación realizada por Moncada, et al. (2009), se realiza una interesante revisión de otros estudios que han investigado el componente psicológico en la aparición y desarrollo del Bruxismo, y se señala lo siguiente: - Algunos estudios han identificado rasgos de personalidad en personas bruxistas que difieren significativamente de los no bruxistas. Los primeros serían reservados, rígidos, cautelosos, aprehensivos y distantes, prefieren las cosas más que las personas, evitan compromisos y son afectados por sentimientos de inferioridad, presentan tendencia a angustiarse y con dificultades en la expresión de emociones, además de ser impulsivos, irritables, pesimistas, críticos y perezosos. - Otros estudios destacan las dificultades de los pacientes bruxistas en expresar reacciones de agresividad hacia lo externo, dirigiendo la agresividad hacia ellos mismos. La expresión de emociones y deseos quedan bloqueados y almacenados en su mundo interno, a la espera de una mejor resolución.

Finalmente podemos decir que En otras investigaciones se habla de un cierto perfil psicológico que tendrían las personas con Bruxismo, como mayor incidencia de síntomas depresivos, ansiedad y tensión muscular en relación a las personas no Bruxistas, así como signos agorafóbicos y miedo, según

Gutiérrez y colaboradores (2005). También se ha postulado que pueden ser exploradores, impulsivos, extravagantes, irritables, pesimistas, temerosos, pragmáticos y críticos (Valenzuela, et al. 2001)

## CONCLUSIONES

Se ha determinado que el factor que determina el bruxismo en estudiantes del XIII, IX y X semestre de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas, Abancay, 2017, es el psicológico, debido a la presencia del estrés, la ansiedad, el sueño.

El factor psicológico sí es determinante en la presencia del bruxismo en estudiantes del XIII, IX y X semestre de la Carrera Profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas, Abancay, 2017. Al respecto la tabla 19 muestra el consolidado, donde se precisa que un 64,2 de estudiantes sí presenta las características psicológicas del bruxismo.

El factor local sí determina la presencia del bruxismo en estudiantes del XIII, IX y X semestre de la Carrera Profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas, Abancay, 2017. La presencia no es tan significativa, sin embargo, en la tabla 20 se muestra un consolidado donde se indica que el 13,3% muestra las características del factor local, pero en pequeña escala.

El factor sistémico no determina la presencia del bruxismo en estudiantes del XIII, IX y X semestre de la Carrera Profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas, Abancay, 2017. Al respecto en la tabla 21 se precisa que un 100% de los estudiantes, no muestra esta característica como causa del bruxismo.

## RECOMENDACIONES

- A la Universidad Alas Peruanas, se recomienda que se intensifique con una campaña de sensibilización, respecto a la presencia de bruxismo en los estudiantes, por factores psicológicos.
- A los docentes de la universidad Alas Peruanas de la Carrera Profesional de Estomatología, deben prestarle mayor importancia a este mal, identificando a los estudiantes que muestran síntomas de bruxismo como consecuencia de factores psicológicos que generan bruxismo en los estudiantes.
- Se deben examinar con mayor frecuencia los dientes de los estudiantes en busca de evidencias de bruxismo; si los síntomas están presentes, observar los cambios ocurridos en las visitas antes de establecer un programa de tratamiento.
- Se debe promover que los expertos recomienden un tratamiento del bruxismo de manera integral y multidisciplinario entre el odontólogo y el psicólogo. Antes de iniciarlo, deben tener en claro cuál es la causa del trastorno; que debe ser determinada por el odontólogo según cada caso en particular.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Hwatt A. Oclusión y Maloclusion. Primera. ed. Corolatlas; 1992.
2. Ash , Major , y otros. Oclusión Graw M, editor. Estados Unidos; 1995.
3. Okeson J. Tratamiento de oclusión y afecciones temporomandibulares. 4th ed. Estados Unidos; 2010.
4. Carranza N. Periodotología Clínica Estados Unidos: MC Graw Hill; 1997.
5. Bucking W. La caja de trucos odontológicos. Bruxismo: ¿causas psíquicas u oclusales? Washington; 2008.
6. Castellanos J. Bruxismo: Nociones y conceptos Lima; 2015.
7. Hernández M. Estudio sobre el bruxismo y una nueva prueba de esfuerzo. Murcia España; 2010.
8. Ordoñez P. prevalencia de bruxismo de vigilia evaluado por auto- reporte en relación con estrés, ansiedad y depresión Cuenca; 2013.
9. Venegas M. Estudio comparativo de calidad de sueño en pacientes bruxistas y no bruxistas de la Clínica Odontológica de la facultad de odontología Universidad de Chile año 2012 Santiago de Chile; 2012.
10. Blanco A. Relación entre el bruxismo del sueño auto-percibido y aspectos sociológicos, clínicos y psicológicos en pacientes con disfunción temporomandibular Granada; 2014.
11. Vicuña D. Asociaciones entre Signos Clínicos de Bruxismo, Ansiedad y Actividad Electromiografía Maseterina Utilizando el Aparato Bite Strip en Adolescentes de Último Año de Enseñanza Media (Secundaria) Santiago de Chile; 2010.
12. Flores K. prevalencia de bruxismo y su relación con la presencia de desgaste dental y dolor miofacial en los alumnos de clínica del adulto de decimo ciclo de la facultad de estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el semestre 2008 – III. Lima; 2008.
13. Gonzales E. bruxismo y desgaste dental en estudiantes universitarios de la ciudad de Lima Metropolitana Lima; 2013.
14. Okenson J. Dolor Orofacial según Bell. 5th ed. Barcelona; 1999.
15. Peñarrocha M. Dolor Orofacial: Etiología , diagnóstico y tratamiento Barcelona: Masson; 1991.
16. Padros S. Bases diagnosticas, terapéuticas y posturales del; 2006.
17. Sencherman G. Neurofisiología de la oclusión Bogotá Colombia: Monserrate; 1995.

18. Báscones A. Dolor orofacial: diagnóstico y tratamiento: Avances; 1997.
19. Manns A, Díaz G. Sistema Estomatognático Chile; 1988.
20. Dworkin R. Predicting treatment response in depressed and non-depressed chronic pain patients Estados Unidos; 1986.
21. Zulay M, Hernandez G. Prevalencia de maloclusión en niños de 6-12 años con respiración bucal. Bogotá; 2016.
22. Vicuña D. Asociaciones entre Signos Clínicos de Bruxismo, Ansiedad y Actividad Electromiográfica Maseterina Utilizando el Aparato Bite Strip en Adolescentes de Último Año de Enseñanza Media (Secundaria) Santiago de Chile; 2010.
23. Ordoñez M. Prevalencia de bruxismo de vigilia evaluado por auto-reporte en relación con estrés, ansiedad y depresión Ciudad de Cuenca; 2016.
24. Boscán M. Desórdenes Temporomandibulares Maracaybo Venezuela; 2009.
25. Padros S. Bases diagnosticas, terapéuticas y posturales del Madrid; 2006.

## **ANEXO**

**TITULO: “FACTORES QUE DETERMINAN EL BRUXISMO EN ESTUDIANTES DEL VIII, IX Y X DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGIA DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS, ABANCAY, 2017”.**

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADOR	INDICE
<p><b>PROBLEMA GENERAL:</b> ¿Cuál es el factor que determina el bruxismo en estudiantes del VIII, IX y X semestre de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas, Abancay, 2017.</p>	<p><b>OBJETIVO GENERAL:</b> Determinar cuál es el factor que determina el bruxismo en estudiantes del VIII, IX y X semestre de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas, Abancay, 2017.</p>	<p><b>HIPOTESIS GENERAL:</b> El factor psicológico determina el bruxismo en estudiantes del VIII, IX y X semestre de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas, Abancay, 2017.</p>	<p><b>Variables de estudio</b> Factor</p>	<p><b>Percepciones Subjetivo</b></p>	<p>-Ficha de recolección de datos. - Ondontograma - Test Psicológico</p>	<p>1. Factor psicológico ( ) 2. Factor local ( ) 3. Factor sistémico ( )</p>
<p><b>PROBLEMA ESPECIFICO:</b> ¿Con qué frecuencia el factor psicológico determina la presencia del bruxismo en estudiantes del VIII, IX y X semestre de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas, Abancay, 2017.</p>	<p><b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS:</b> Identificar como el factor psicológico determina la presencia del bruxismo en estudiantes del VIII, IX y X semestre de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas, Abancay, 2017.</p>	<p><b>HIPÓTESIS ESPECIFICOS:</b> El factor psicológico es determinante en el bruxismo de estudiantes del VIII, IX y X semestre de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas, Abancay, 2017.</p>	<p>-Factor Psicológico</p>	<p>- <b>Aspectos psicológicos</b></p>	<p>-Test Psicológico - Ficha de recolección de datos  - Odontograma</p>	<p><b>Factor psicológico</b> ✓ Estrés ✓ Ansiedad ✓ Depresión ✓ Sueño ✓ Cefalea tensional</p>
<p>¿Con qué frecuencia el factor local determina la presencia del bruxismo en estudiantes del VIII, IX y X semestre de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas, Abancay, 2017.</p>	<p>Identificar como el factor local determina la presencia del bruxismo en estudiantes del VIII, IX y X semestre de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas, Abancay, 2017.</p>	<p>El factor local es determinante en el bruxismo de estudiantes del VIII, IX y X semestre de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas, Abancay, 2017.</p>	<p>-Factor local</p>	<p>- <b>Aspectos Locales</b></p>		<p><b>Factor local</b> ✓ Desgaste Oclusal ✓ Oclusión traumática ✓ Mala oclusión</p>
<p>¿Con qué frecuencia el factor sistémico determina la presencia del bruxismo en estudiantes del VIII, IX y X semestre de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas, Abancay, 2017.</p>	<p>Identificar como el factor sistémico determina la presencia del bruxismo en estudiantes del VIII, IX y X semestre de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas, Abancay, 2017.</p>	<p>El factor sistémico es determinante en el bruxismo de estudiantes del VIII, IX y X semestre de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas, Abancay, 2017.</p>	<p>-Factor sistémico</p>	<p>- <b>Aspectos sistémicos</b></p>	<p>-Ficha de recolección de datos</p>	<p><b>Factor sistémico</b> ✓ Infecciones parasitarias ✓ Influencia genética ✓ Consumo de tabaco</p>

Nombres y Apellidos: ..... Fecha: / /

Sexo: (M) (1) (F) (2) Edad: ( ) Carrera Profesional:

**I. PERCEPCIONES Y LO SUBJETIVO**



	Si se observa	No se Observa
Factor psicológico		
Factor Local		
Factor sistémico		

**II. ASPECTOS PSICOLÓGICOS**



	Si se observa	No se observa	No se observa
Estrés			
Ansiedad			
Sueño			

**III. ASPECTOS MORFOLOGICOS**

	Si se observa	No se observa
Alto oclusión		
Desarrollo		
Maloclusión		



**IV. ASPECTOS PATOFISIOLOGICOS**






**TEST PSICOLOGICO**

N°	ESCALA DE EPWORTH CONDUCTAS DEL SUEÑO	Nunca se queda dormido	Escasa posibilidad de quedarse dormido	Moderada posibilidad de quedarse dormido	Alta probabilidad de quedarse dormido
1.	Sentado leyendo				
2.	Mirando TV				
3.	Sentado e inactivo en un lugar público				
4.	Como pasajero en un carro durante una hora de marcha continua				
5.	En un carro, mientras se detiene unos minutos en un trancón				
6.	Acostado, descansando en la tarde				
7.	Sentado y conversando con alguien				
8.	Sentado, tranquilo, después de un almuerzo sin alcohol				
	Total				

Resultado:  
 1 - 8 = No tiene somnolencia  
 9 - 16= tiene ligera somnolencia diurna  
 17 - 24=tiene moderada somnolencia diurna  
 25 - 32=Somnolencia diurna es grave

N°	ESCALA DE MASLACH CONDUCTAS DEL ESTRÉS	Nunca 0	Casi nunca 1	De vez en cuando 2	A menudo 3	Una vez a la semana 4	Casi siempre 5	Todos los días 6
1.	Me siento emocionalmente agotado por mis actividades							
2.	Me siento cansado al final de la jornada de mis actividades							
3.	Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a estudiar							
4.	Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes / docentes							
5.	Trato a algunos pacientes / docentes como si fueran objetos impersonales.							
6.	Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo.							
7.	Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes/docentes							
8.	En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma							
9.	Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de las personas.							
10.	Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo mis practicas							
	Total							

Resultado:  
 Resultado:  
 • 1 – 6 = Nunca  
 • 7 – 12 = De vez en cuando  
 • 13 – 18= A menudo  
 • 19 – 24= Una vez a la semana  
 • 25 – 30= Casi siempre  
 • 33 – 36 = Todos los días

N°	ESCALA DE HAMILTON CONDUCTAS DE ANSIEDAD	AUSENTE 0	LEVE 1	MODERADO 2	GRAVE 3	MUY GRAVE 4
1.	1. Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad					
2.	2. Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud					
3.	3. Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.					
4.	4. Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.					
5.	5. Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria.					
6.	6. Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.					
7.	7. Síntomas somáticos generales (musculares) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.					
8.	8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.					
9.	9. Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.					
10.	10. Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.					
	Total					

-De 1 – 10 = Ausente  
-De 11 – 20 = Leve  
-De 21 – 30 = Moderado  
-De 31 – 40 = Grave  
-De 41 – 50 = Muy grave



Sírvase realizar la validación del instrumento para la recolección de datos de mi tesis denominada: " FACTORES QUE DETERMINA EL BRUXISMO EN ESTUDIANTES DE IX Y X SEMESTRE DE LA FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS ABANCAY MARZO – JULIO 2017"

#### VALIDEZ DE CONTENIDO: JUICIO DE EXPERTOS

CRITERIOS	ESCALA DE VALORACION	
	FAVORABLE (1 PUNTO )	DESFAVORABLE (0 PUNTOS)
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos de estudio.		
3. La estructura del instrumento es adecuado.		

4. Los ítems (preguntas) del instrumento están correctamente formuladas. (claras y atendidas).		
5. Los ítems (preguntas) del instrumento responden a la operacionalización de la variable.		
6. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.		
7. Las categorías de cada pregunta (variables) son suficientes.		
8. El número de ítems (preguntas) es adecuado para su aplicación.		

**AÑO DEL BUEN SERVICIO CIUDADANO**

**UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS -**

**ABANCAY CONSTANCIA DE TRABAJO DE**

**INVESTIGACION**

**El coordinador de la Carrera de Estomatología Abancay; que suscribe, otorga la presente:**

**CONSTANCIA:**

A la señorita Lynette Quispitupa García, bachiller de Estomatología por haber realizado el trabajo de investigación sobre el tema: “FACTORES QUE DETERMINA EL BRUXISMO EN ESTUDIANTES DE XIII, IX Y X SEMESTRE DE LA FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS ABANCAY MARZO – JULIO 2017. Con ejecución de exámenes clínicos estomatológicos que se detallan a continuación:

- Búsqueda básica de archivos en los cuales se registró los datos y la cantidad de estudiantes con factor determinante del bruxismo en meses anteriores a la muestra de la investigación.
- Análisis de datos obtenidos mediante la encuesta requerida.
- Toma de datos y observación directa para la posterior llenado de la ficha de recolección de datos.

Especificando que la fecha del proceso de trabajo fue a partir del miércoles 19 de abril al 29 de Agosto. Habiendo desarrollado y cumplido de manera eficiente, responsable y profesional, dentro del marco de normatividad de la Universidad Alas Peruanas hasta su conclusión con las muestras requeridas.

Es cuando certifico, en mérito a la verdad a petición de parte interesada; para los fines de preparación de tesis.

Abancay, 14 de Septiembre del 2017

Atentamente;

---

Coordinador de Estomatología de  
La Universidad Alas Peruanas filial  
Abancay



Visible: 21 de 21 variables

	Sexo	Edad	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	
1	Masculino	(22 a 24) años	Si se obse...	Si se obse...	No se obs...	Si se obse...	Si se obse...	No se obs...	Si se obse...	Si se obse...	Si se obse...	Si se obse...	No precisa	No se obs...	No se obs...	No
2	Masculino	(22 a 24) años	Si se obse...	Si se obse...	No se obs...	Si se obse...	No se obs...	No se obs...	Si se obse...	Si se obse...	Si se obse...	No se obs...	No se obs...	No se obs...	No se obs...	No
3	Femenino	(25 a 28 años)	Si se obse...	Si se obse...	Si se obse...	Si se obse...	Si se obse...	No se obs...	No se obs...	No se obs...	No se obs...	No se obs...	No se obs...	No se obs...	No se obs...	No
4	Femenino	(29 a 32 años)	Si se obse...	Si se obse...	Si se obse...	No precisa	No se obs...	No se obs...	No se obs...	Si se obse...	No se obs...	No se obs...	No se obs...	Si se obse...	No se obs...	No
5	Femenino	(25 a 28 años)	Si se obse...	Si se obse...	No se obs...	Si se obse...	Si se obse...	Si se obse...	Si se obse...	Si se obse...	Si se obse...	No se obs...	No se obs...	No se obs...	No se obs...	No
6	Masculino	(25 a 28 años)	Si se obse...	Si se obse...	No se obs...	No se obs...	Si se obse...	Si se obse...	Si se obse...	Si se obse...	No se obs...	No se obs...	No se obs...	No se obs...	No se obs...	No
7	Femenino	(25 a 28 años)	Si se obse...	Si se obse...	No se obs...	Si se obse...	Si se obse...	Si se obse...	No precisa	No precisa	No se obs...	No se obs...	No precisa	Si se obse...	No se obs...	No
8	Femenino	(25 a 28 años)	Si se obse...	Si se obse...	Si se obse...	No se obs...	No se obs...	No se obs...	Si se obse...	Si se obse...	No se obs...	No se obs...	No se obs...	No precisa	No se obs...	No
9	Masculino	(25 a 28 años)	Si se obse...	No se obs...	No se obs...	Si se obse...	Si se obse...	No se obs...	No se obs...	No se obs...	No se obs...	No				
10	Femenino	(25 a 28 años)	Si se obse...	No se obs...	No se obs...	No se obs...	No se obs...	Si se obse...	Si se obse...	No se obs...	No se obs...	No precisa	No precisa	No se obs...	No se obs...	No
11	Femenino	(22 a 24) años	Si se obse...	Si se obse...	Si se obse...	Si se obse...	Si se obse...	No se obs...	Si se obse...	No se obs...	No se obs...	No se obs...	No se obs...	No se obs...	No se obs...	N
12	Femenino	(25 a 28 años)	Si se obse...	Si se obse...	No se obs...	Si se obse...	No precisa	No precisa	No se obs...	Si se obse...	No se obs...	Si se obse...	No se obs...	No se obs...	No se obs...	No
13	Masculino	(25 a 28 años)	Si se obse...	Si se obse...	No se obs...	No se obs...	No se obs...	Si se obse...	No se obs...	No se obs...	No se obs...	No se obs...	No se obs...	No se obs...	No se obs...	No
14	Masculino	(25 a 28 años)	Si se obse...	Si se obse...	No se obs...	Si se obse...	Si se obse...	No se obs...	No se obs...	No se obs...	Si se obse...	No se obs...	No se obs...	No se obs...	No se obs...	No
15	Masculino	(22 a 24) años	Si se obse...	No se obs...	Si se obse...	No se obs...	No se obs...	Si se obse...	Si se obse...	Si se obse...	No se obs...	No se obs...	No se obs...	No se obs...	No se obs...	No
16	Masculino	(25 a 28 años)	Si se obse...	Si se obse...	No se obs...	No se obs...	No se obs...	No precisa	Si se obse...	Si se obse...	Si se obse...	Si se obse...	No precisa	No precisa	No se obs...	No
17	Femenino	(25 a 28 años)	Si se obse...	Si se obse...	No se obs...	Si se obse...	Si se obse...	No se obs...	No se obs...	Si se obse...	No precisa	No precisa	No se obs...	No se obs...	No se obs...	No
18	Femenino	(29 a 32 años)	Si se obse...	Si se obse...	No se obs...	Si se obse...	Si se obse...	Si se obse...	Si se obse...	No se obs...	Si se obse...	No se obs...	No se obs...	No se obs...	No se obs...	No
19	Masculino	(33 a 36 años)	Si se obse...	Si se obse...	No se obs...	Si se obse...	Si se obse...	No precisa	Si se obse...	Si se obse...	Si se obse...	No se obs...	No se obs...	No se obs...	No se obs...	No
20	Masculino	(25 a 28 años)	Si se obse...	Si se obse...	No se obs...	Si se obse...	Si se obse...	Si se obse...	Si se obse...	Si se obse...	Si se obse...	Si se obse...	No se obs...	No se obs...	No se obs...	No
21	Femenino	(22 a 24) años	Si se obse...	Si se obse...	No se obs...	No precisa	Si se obse...	Si se obse...	Si se obse...	Si se obse...	Si se obse...	No se obs...	No se obs...	No se obs...	No se obs...	No
22	Masculino	(22 a 24) años	Si se obse...	Si se obse...	No se obs...	Si se obse...	No precisa	No se obs...	No se obs...	No se obs...	Si se obse...	No se obs...	No se obs...	No se obs...	No se obs...	No

Vista de datos Vista de variables

Etiquetas de valor

IBM SPSS Statistics Processor está listo

Unicode:ON









