ODOVTOS
International Journal of Dental Sciences
https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/Odontos | ISSN: 2215-3411

CLINICAL RESEARCH

DOI: 10.15517/IJDS.2022.48573

Recibido:
23-VI-2021

Aceptado:
20-IX-2021

Publicado en línea:
6-X-2021

Probable bruxismo y calidad de vida relacionada con la salud oral

Probable Bruxism and Oral Health-Related Quality of Life

Celia Elena del Perpetuo Socorro Mendiburu-Zavala DDs, MDs, PhD[1];
Aourumy Alessandra Naal-Canto C.D.[2]; Ricardo Peñaloza-Cuevas DDs, MDs, PhD[3];
Josué Carrillo Mendiburu M.C.[4]

1. Docente de pregrado de la Licenciatura en Cirujano Dentista y docente de la cátedra de Investigación del posgrado de Odontología Restauradora de la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma de Yucatán (FOUADY), México. https://orcid.org/0000-0001-9397-1137
2. Práctica privada. Mérida, Yucatán, México. https://orcid.org/0000-0001-6630-7775
3. Docente de tiempo completo de pregrado de la Licenciatura en Cirujano Dentista. Docente de la Maestría en Odontología Infantil. Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma de Yucatán (FOUADY), México. https://orcid.org/0000-0003-1613-6108
4. Médico Cirujano. Especialista en Otorrinolaringología y Cirurgia de Cabeza y Cuello. Prática privada. Clínica Centro Médico Dalinde, Ciudad de México, México. https://orcid.org/0000-0001-7551-5197

Autor para correspondencia: Dra. Celia Elena Mendiburu-Zavala - cel_mendi@hotmail.com

RESUMEN: El bruxismo es el hábito de apretamiento y rechinamiento de los órganos dentarios (ODs), existiendo contactos dentarios que no tienen propósito. La calidad de vida relacionada con la salud oral (CVRSO), se define como un aspecto multidimensional que refleja la comodidad del individuo en relación con sus funciones fisiológicas y psicológicas, del estado de salud oral. Determinar la relación entre el probable bruxismo y la CVRSO en pacientes que acuden para atención en la Unidad Universitaria de Inserción Social (UUIS) de la Universidad Autónoma de Yucatán (UADY), de septiembre 2019 a enero 2020. Observacional, analítico de casos controles y transversal. Aplicándose a 70 pacientes dos instrumentos: el OHIP-EE-14 (validado por Castrejón-Pérez R.C., Borges-Yañez S.A.) y un cuestionario elaborado por Mendiburu-Zavala C., con base a Ordoñez Plaza *et al.*, González-Emsoto *et al.*, y De La Hoz-Aizpurua *et al* para el diagnóstico de probable bruxismo. Se utilizó estadística descriptiva e inferencial. Un 47.1% (n=33) sí presentó probable bruxismo (CPB) y un 52.9% (n=37) no (SPB). El grupo etario más frecuente fue el de 18-35 años, con 67.2% (n=47), un 34.3% (n=24) CPB. La manifestación circadiana, más frecuente fue la de vigilia con 49% (n=16). Los de CPB, se obtuvo una media de 20.45±7.95 en la puntuación del OHIP-EE-14 (CVRSO) y SPB, la media fue de 7.81±4.84. Si existen diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes CPB y los SPB ($p<.001$). El probable bruxismo si repercute en el nivel de la CVRSO.

PALABRAS CLAVE: Bruxismo; Calidad de vida relacionada con la salud oral; CVRSO.

ABSTRACT: Bruxism is the habit of squeezing and grinding the dental organs (ODs), with dental contacts that have no purpose. The Oral Health-Related Quality of Life (OHRQoL) is defined as a multidimensional aspect that reflects the comfort of the individual in relation to their physiological and psychological functions, of the state of oral health. To determine the relationship between probable bruxism and OHRQoL in patients who came for care at the University Unit of Social Insertion (UUIS) of the Autonomous University of Yucatán (UADY), México from September 2019 to January 2020. Observational, analytical of case controls and cross-sectional. Two instruments were applied to 70 patients: the OHIP-EE-14 (validated by Castrejón-Pérez R.C., Borges-Yañez S.A.) and a questionnaire prepared by Mendiburu-Zavala C., based on Ordoñez Plaza *et al*., González-Emsoto *et al*., and De La Hoz-Aizpurua *et al* for the diagnosis of probable bruxism. Descriptive and inferential statistics were used. 47.1% (n=33) did present probable bruxism (CPB) and 52.9% (n=37) did not (SPB). The most frequent age group was 18-35 years old, with 67.2% (n=47), 34.3% (n=24) CPB. The most frequent circadian manifestation was waking with 49% (n=16). Those of CPB, a mean of 20.45±7.95 was obtained in the OHIP-EE-14 for the OHRQoL and SPB score, the mean was 7.81±4.84. There are statistically significant differences between CPB and SPB patients ($p<.001$). The probable bruxism does affect the OHRQoL level.

KEYWORDS: Bruxism; Oral health-related quality of life; OHRQoL.

INTRODUCCIÓN

Fuentes-Casanova F.A. (1) señala que el bruxismo es considerado como una parafunción, donde existen movimientos músculo-mandibulares repetitivos sin propósito funcional, manifestándose como apretamiento, rechinamiento o ambos, que repercuten de manera negativa en el sistema estomatognático (SE). Por otro lado, Yap A. *et al*., (2) citan la definición de "The American Academy of Sleep Medicine", en 2014, que define esta parafunción como la actividad muscular repetitiva caracterizada por apretamiento o rechinamiento de los ODs y/o por el apretamiento dental y empuje mandibular.

De tal modo, la Academia Americana de Prostodoncia (The Academy of Prosthodontics), lo define de dos maneras: la primera como el apretamiento parafuncional de los ODs; y la segunda, como un hábito oral, involuntario, rítmico o espasmódico, que consiste en el apretamiento o rechinamiento dental, sin función masticatoria; siendo un movimiento no funcional que tiene posibilidad de generar trauma oclusal (3).

En un inicio se pensó que era resultado de alteraciones oclusales, sin embargo, en un estudio experimental realizado por Rugh *et al*., citado por Loza-Jarama D. *et al*. (4), se colocaron interferencias oclusales artificiales en individuos de estudio y estos no desarrollaron bruxismo del sueño, incluyendo a los que ya padecían bruxismo de vigilia. González-Emsoto E. *et al*., (5) mencionan que tiempo después Yap A., señaló que aún eliminando las interferencias oclusales el bruxismo no desaparecía. Asimismo, los factores que influyen en el bruxismo son patofisiológicos (química cerebral), genéticos y ambientales (herencia y

estrés), psicológicos (ansiedad, desordenes de personalidad) y morfológicos (anatomía alterada cranerofacial) (5).

Revisiones más modernas, mencionan que su origen se debe a una desregularización primariamente central. Nieto-Mena S. *et al.*, (6) citando a Lazarov N. y Dharmadhikar S. *et al.*, señalan que el bruxismo es considerado como una alteración neurológica que actúa por cambios en el sistema nervioso central (SNC). Que el bruxismo de sueño es resultado de microdespertares relacionados con neurorotrasmisores que alteran el ritmo cardíaco y del sueño. Mientras que el bruxismo de vigilia es resultado de señales eferentes del SNC, que tienen relación con aspectos de herencia genética y psicológicos (6).

En 2013 se obtuvo un Consenso Internacional sobre la definición de bruxismo, a partir de ello Lobbezoo *et al*. (7,8) proponen un sistema de clasificación para el diagnóstico de bruxismo de sueño y vigilia con fines clínicos y de investigación: Posible: se basa en el autoreporte a través de la anamnesis y cuestionarios; Probable: es el autoreporte (percepción del paciente) más la inspección física/clínica con al menos 2 signos/síntomas en el examen clínico; Definitivo: se debe contar con el autoreporte, el examen clínico y una grabación polisomnográfica o la electromiográfica, según sea de sueño o de vigilia respectivamente

En México, la Secretaria de Salud mediante una publicación en febrero de 2018 señala que un 60% de los adultos entre 30 y 59 años de edad presentan bruxismo (9). El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) señala que suele presentarse entre los 30 y 40 años de vida (10).

Por otro lado, surge una nueva temática, importante para el Odontólogo, que es la calidad de vida relacionada con la salud oral, (CVRSO), que se ha ido desarrollando en el trascurso de las últimas décadas. Bennadi D. y Reddy C., (11) citando a Davis P., indican que la literatura sobre CVRSO apareció a principios de 1980, y que el retardo de su aparición se debe a la pobre percepción que se tenía de la salud oral y el impacto de las enfermedades orales en la calidad de vida. Puede definirse, como un complejo multidimensional que refleja la autopercepción del individuo sobre la satisfacción y comodidad en relación con el estado de salud oral respecto a su vida diaria y las funciones que desempeña (11).

Adicionalmente Velázquez-Olmedo L. *et al.*, (12) agregan que las enfermedades orales afectan los aspectos cotidianos como la masticación, la estética y las relaciones sociales. A lo largo de los años se han desarrollado instrumentos o escalas para evaluar la CVRSO, en su gran mayoría como cuestionarios que puede ser autoaplicados o por entrevista.

El OHIP-14SP es la versión en español, se considera que es un instrumento preciso, valido y confiable para evaluar la calidad de vida en relación con la salud oral en la población española, chilena y mexicana. La validación en México fue realizada en adultos mayores por Castrejón-Pérez R.C. y Borges-Yáñez S.A. de la Universidad Nacional Autónoma de México, el instrumento obtenido, el OHIP-Mx-49, demostró ser un instrumento confiable y válido, se aplicó a 131 personas (adultos mayores). Posteriormente ambos autores realizaron el OHIP-EE-14, la versión corta, que se aplicó a 131 personas (adultos mayores), que al igual que el instrumento anterior, es confiable y válido para su aplicación (13-15).

Por todo lo anteriormente mencionado, el objetivo de la presente investigación es: determinar la relación entre el probable bruxismo y la CVRSO en pacientes que acuden para atención en la UUIS de la UADY, México durante septiembre 2019 a enero 2020.

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de estudio de caso-controles, prospectivo, de corte transversal. Variables de estudio: probable bruxismo con ciclo circadiano (vigilia o sueño); edad (grupos etarios de 18-35, 36-59 y de 60 o más años); sexo (hombre-mujer); CVRSO (OHIP-EE-14). Muestra de 70 pacientes. Criterios de inclusión, pacientes: 1. que accedieron a participar y firmaron el consentimiento informado y voluntario después de habérseles explicado todas sus dudas y que estuvieran en pleno uso de sus facultades mentales para acceder a la realización de la investigación; 2. de 18 y más años; 3. que tuvieron al menos 10 órganos dentarios y sus antagonistas; 4. que no hubieran recibido tratamiento anteriormente en la UUIS de la UADY, México; 5. con probable bruxismo (grupo estudio) y no (grupo control); 6. que supieran leer y escribir. Criterios de exclusión: 1. que en el momento de la recolección de datos se encontraron bajo efectos de alguna sustancia ilícita o alcohol; 2. con enfermedades genéticas o sistémicas que impidieron la recolección de datos; 3. edéntulo.

Tipo de muestreo: no probabilístico por conveniencia.

METODOLOGÍA

Se realizaron encuestas clínicas y un cuestionario auto-administrado a 70 pacientes. El procedimiento se efectuó en la UUIS de la UADY, en el área de odontología. Para la recolección de datos como primer paso se le pidió al paciente que firme o imprima su huella digital con una almohadilla con tinta (cómo identificación oficial, en caso de carecer de firma oficial) en la carta de consentimiento informado y voluntario, previamente haya sido leído y explicado para aclaración de dudas, cumplieron los principios éticos de la Asamblea Médica Mundial de Helsinki (16) y del Código Internacional de Ética Médica, así como lo establecido en las disposiciones y lineamientos de la Comisión Nacional de Bioética (CONBIOÉTICA) 2011 (17), con los principios de Beneficencia, no Maleficencia, Justicia y Autonomía. Fue aprobado por el Comité de Ética de la Institución donde se realizó la investigación (UUIS de la UADY).

Posteriormente, se realizó un cuestionario elaborado por la Dra. Celia Elena del P.S. Mendiburu-Zavala, con base en Ordoñez-Plaza *et al*. (18), González-Emsoto *et al*., (5), De La Hoz-Aizpurua J.L. *et al*., (19), previa prueba piloto del cuestionario con 30 pacientes, durante un verano de la investigación de la UADY y revisado por expertos en el área, en donde se recabó: nombre, edad, sexo, dirección y teléfono. Asimismo, para el bruxismo del sueño (BS), se utilizó el mismo cuestionario mediante entrevista personal que constó de seis preguntas de autoreporte (parte A.1), es decir el paciente respondió dependiendo de su percepción, cuyas respuestas fueron dicotómicas: SI o NO. Además, como parte del mismo cuestionario, se efectuó la anamnesis de los síntomas en los últimos 6 meses (parte A.2.) que refirió el paciente con BS. Igualmente, de acuerdo con la NOMS 013 (mexicana) para el control de infecciones (20), se ejecutó una inspección clínica para observar los signos (parte A.3.) en la cavidad oral del BS. El diagnóstico, fue el siguiente: si confirmaron la pregunta 1 y/o 2 del autoreporte y presentaron 2 o más signos o síntomas, es que si presentaron probable bruxismo del sueño. Con respecto al bruxismo de vigilia (BV), se realizaron dos preguntas de autoreporte (parte B1.) y se examinó (parte B.2.) la cavidad oral para los signos de éste y un síntoma característico. El diagnóstico, fue el siguiente: si confirman la pregunta 1 y/o 2 del autoreporte y presentaron 2 o más signos o síntoma de los últimos seis meses, es que si presentaron probable BV. Si presentaron ambos, se consideró mixto.

Concluidos los cuestionarios para el probable bruxismo, se aplicó el cuestionario auto-administrado del Perfil de Impacto en la Salud (Oral Oral Health

Impact Profile, OHIP-14) de la versión validada para México elaborado por Castrejón-Pérez R.C. y Borges-Yáñez S.A. (15). Estuvo conformado, por siete dimensiones (cada una constó de dos preguntas) que contemplaron: limitación funcional, dolor físico, incapacidad física, psicológica, y social, así como, malestar psicológico y minusvalía. Las respuestas se cuantificaron según la escala Likert con 5 opciones de respuesta, con valores que fueron del 0 a 4, que correspondieron: nunca (0), casi nunca (1), algunas veces (2), frecuentemente (3) y casi siempre (4). Al final, se sumó el total, que puedo ser de 0 a 56 puntos. A mayor puntuación, la calidad de vida relacionada con la salud oral percibida fue menor. Cabe recalcar que, se consultó con los autores vía mail, y precisaron que puede ser utilizado en jóvenes desde los 18 y más años.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se consideraron en dos fases. Primero, se realizó estadística descriptiva utilizando frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas y promedios y desviaciones estándar para las variables cuantitativas. Posteriormente, se realizó estadística inferencial, utilizando la prueba t para muestras independientes para identificar si existió relación entre el probable bruxismo y la CVRSO al contrastar las puntuaciones de los probables bruxistas versus los no bruxistas.

RESULTADOS

Se estudiaron 70 pacientes. Se les aplicó el cuestionario para determinar la presencia de probable bruxismo. Se observó que un 47.1% (n=33) si presentó probable bruxismo (CPB) y un 52.9% (n=37) no presentó. El grupo etario más frecuente fue el de 18-35 años, con 67.2% (n=47), de los cuales un 34.3% (n=24) CPB. Según el sexo, el más frecuente fueron las mujeres con un 66% (n=46) versus hombres con un 34% (n=24).

Se realizaron análisis descriptivos en los pacientes CPB (n=33). Del grupo etario CPB, el de mayor prevalencia fue de 18-35 años con 73% (n=24); los de 36-59 con 24% (n=8) y los de 60 y más años con 3% (n=1). Según sexo, el más afectado fueron las mujeres con 63.6% (n=21) y los hombres, un 36.4% (n=12). En cuanto a la manifestación circadiana más frecuente fue la de vigilia con 49% (n=16), seguida por mixto con 42% (n=14) y 9% (n=3) correspondió a la de sueño. Según el grupo etario, el mayor porcentaje estuvo en el grupo de 18-35 años (73%, n=24), donde la manifestación más frecuente fue la de vigilia con 40% (n=13), seguido por mixto 27% (n=9), y por último la de sueño 6% (n=2).

En cuanto a la calidad de vida relacionada con la salud oral (CVRSO), a los 70 pacientes con y sin probable bruxismo (CPB y SPB respectivamente), se aplicó el OHIP-EE-14 obtenido de Castrejón-Pérez R.C. y Borges-Yánez S.A. (15). Se obtuvo, una media de 20.45±7.95 de puntuación en el OHIP-EE-14, para el grupo CPB versus el grupo de SPB, donde se obtuvo 7.81±4.84 de la media. Se observó que la CVRSO es menor en los probables bruxistas.

Según el tipo de manifestación circadiana, para el grupo de los pacientes CPB (n=33), la media aritmética más alta fue de 21.9 ± 6.51 para el mixto, seguido por la de vigilia con un 20.±8.65 y la de sueño con 13.7±9.50

Se efectuaron análisis considerando los 3 grupos etarios de 18-35 años, 36-59 años y de 60 y más años. En el primero, se obtuvo una media aritmética de 8.30±4.72 para SPB versus una de 20.91±6.78 para CPB. Para el segundo, una media de 7.11±5.79 para SPB versus una de 21.12±9.87 para CPB. En el tercero, una media de 6.8±4.14 para SPB versus 4.00±0.00 para CPB (Figura 1). Se observó que los grupos CPB

obtuvieron la mayor puntuación en comparación con los grupos SPB, lo que señala que la media aritmética CRVSO es menor en el primer grupo (18-35 años).

Según el sexo, se observó que las mujeres presentaron una media aritmética de 7.88±5.28 del grupo SPB versus 20.71±7.19 del grupo CPB. Los hombres presentaron un 7.67±3.98 para el grupo SPB versus 20±9.45 para el grupo CPB. Lo que señala que en ambos sexos el grupo CPB, presentó una mayor puntuación de la media aritmética, que el grupo SPB, indicando una menor CVRSO.

Se realizó una prueba de comparación de CVRSO, entre pacientes con y sin probable bruxismo a partir de la prueba t student para muestras independientes. Primeramente, los análisis de supuesto de normalidad e igualdad de varianzas señalan que el puntaje obtenido en el OHIP-EE-14, se distribuyó normal con varianza constante, por lo que resulta apropiada la utilización de la prueba. Al respecto, los resultados demuestran que si existe una diferencia estadísticamente significativa en la CVRSO entre pacientes con y sin probable bruxismo (t =-8.14; gl = 68; p<.001) (Tabla 1). El análisis del tamaño del efecto señaló un tamaño grande (d=-1.95), lo que marca que el impacto del bruxismo sobre la CVRSO es fuerte.

Posteriormente, se realizó una comparación de la CVRSO con los probables bruxistas y no, a través de un Análisis de Varianza (ANOVA de una vía). Los resultados señalaron, que si existen diferencias estadísticamente significativas en la CVRSO de los SPB y CPB (F=21.4; gl=3,8; p<.001) (Tabla 2). Las comparaciones múltiples determinaron, que solamente existen diferencias entre el no tener bruxismo, con el probable bruxismo de vigilia (t=-6.63; p<.001) y mixto (t=-7.0; p<.001). No existieron diferencias entre el bruxismo de sueño y el no tener bruxismo (t=-1.52; p 0.428), ni entre el bruxismo de vigilia y el mixto (t=-0.580; p=0.938).

Se obtuvieron las medias para los grupos SPB y CPB de cada de las preguntas del OHIP-EE-14, donde se observó que en segundo grupo (CPB) la puntuación fue mayor que en el primero. Todas las preguntas de la CVRSO, presentaron diferencias estadísticamente significativas en el grupo de los CBP, a excepción de la número 13, que contempla si el paciente ha tenido alguna pérdida económica debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis (Tabla 3).

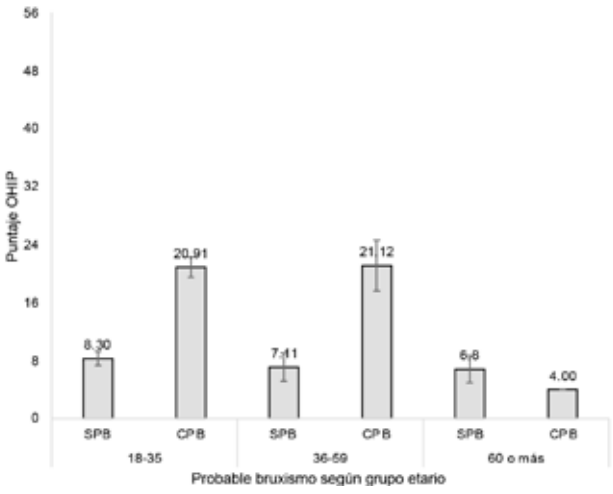

Figura 1. Media aritmética de la CVRSO en 70 pacientes con y sin probable bruxismo, según edad. OHIP-EE-14. UUIS, UADY. 2019-2020. Fuente: instrumento de medición (OHIP-EE-14).

Tabla 1. Comparación de la CVRSO, en 70 pacientes con probable bruxismo y no. OHIP-EE-14 UUIS, UADY. Septiembre 2019 a enero 2020.

CVRSO	Sin probable bruxismo	Con probable bruxismo	t	*p*
Media	7.81	20.45	-8.14	< .001
Desviación estándar	4.84	7.95		
Error estándar de la media	0.80	1.38		

Fuente: instrumento de medición (OHIP-EE-14).

Tabla 2. Comparación de la CVRSO de 70 pacientes con probable bruxismo y no (según su manifestación circadiana). UUIS, UADY. Septiembre 2019 a enero 2020.

CVRSO	Sin bruxismo	Con bruxismo				
		De sueño	De vigilia	Mixto	F	*p*
Media	7.8	13.7	20.5	21.9	21.4	<.001
Desviación estándar	4.84	9.50	8.65	6.51		
Error estándar de la media	0.80	5.49	2.16	1.74		

Fuente: instrumento de medición (OHIP-EE-14).

Tabla 3. Comparación de las preguntas de la CVRSO de 70 pacientes con probable bruxismo y no. OHIP-EE-14. UUIS, UADY. Septiembre 2019 a enero 2020.

	Sin probable bruxismo		Con probable bruxismo			
	Media	**D.E.**	**Media**	**D.E.**	**U**	**Sig.**
1. ¿Ha tenido dificultad para masticar alimentos debido a problemas con sus dientes boca o dentaduras?	1.19	0.88	2.06	1.09	350.5	.001
2. ¿Ha notado que su apariencia se ha visto afectada debido a problemas con sus dientes boca o dentaduras?	0.59	0.90	1.85	1.23	266.0	< .001
3. ¿Ha tenido dolores de cabeza debido a problemas con sus dientes boca o dentaduras?	0.54	0.73	1.67	1.05	259.5	< .001
4. ¿Ha tenido sensibilidad en sus dientes debido a problemas con sus dientes boca o dentaduras?	1.57	0.96	2.18	0.88	435.0	.012
5. ¿Problemas dentales lo han hecho sentir totalmente infeliz?	0.57	0.83	1.82	1.21	250.5	< .001
6. ¿Se ha sentido incómodo con la apariencia de sus dientes, boca o dentaduras?	0.86	0.98	2.36	1.11	208.5	< .001
7. ¿Las personas le han malinterpretado algunas palabras debido a problemas con sus dientes boca o dentaduras?	0.35	0.68	0.91	1.01	415.0	.005
8.Ha evitado sonreír debido a problemas con sus dientes boca o dentaduras?	0.35	0.68	1.85	1.25	210.5	< .001
9.Ha encontrado difícil relajarse debido a problemas con sus dientes boca o dentaduras?	0.41	0.69	1.42	0.87	236.0	< .001
10. ¿Se ha avergonzado un poco debido a problemas con sus dientes boca o dentaduras?	0.41	0.72	1.88	1.14	201.0	< .001
11. ¿Ha tenido dificultades al relacionarse con otras personas debido a problemas con sus dientes boca o dentaduras?	0.27	0.56	0.67	0.89	468.5	.023
12. ¿Ha estado un poco irritable con otras personas debido a problemas con sus dientes boca o dentaduras?	0.27	0.56	0.85	0.97	407.0	.003
13. ¿Ha sufrido algún tipo de pérdida económica debido a problemas con sus dientes boca o dentaduras?	0.38	0.68	0.58	0.87	545.5	.187
14. ¿Ha sido totalmente incapaz de funcionar debido a problemas con sus dientes boca o dentaduras?	0.05	0.23	0.36	0.70	475.0	.009

Fuente: instrumento de medición (OHIP-EE-14).

DISCUSIÓN

En el presente estudio se observa que un 47.1% de la población exhibe probable bruxismo, lo que es similar a los resultados obtenidos por Ordoñez-Plaza *et al.*, (18) con un 52%, aunque cabe señalar que este estudio solo incluyó el bruxismo de vigilia. Por su parte Phuong *et al.*, (21) en su estudio donde se evalua el posible bruxismo, obtuvo un 51.2%. No obstante, dichas cifras no concordaron con el estudio de Silva A. (22) que reporta una mayor prevalencia de esta parafunción con un 75.4% en la población pesquisada del municipio de Consolación del Sur (Cuba). En ese mismo sentido, el realizado por Thetakala R.K. *et al.*, (23) denota un menor porcentaje, correspondiendo éste al 31.6%. Lo que es similar al estudio realizado por Tay *et al.*, (24)en el que el posible bruxismo de sueño se presenta en un 4.72%. Sobre estas cifras, es relevante señalar que debido al uso de la clasificación de Lobbezoo *et al.*, (8), son diversos los instrumentos que son usados para la evaluación del bruxismo. A partir de estos conceptos, en el caso del posible bruxismo se hace uso exclusivo de autoreportes, mientras que para determinar probable se realiza además del autoreporte (lo que el paciente percibe y manifiesta de su trastorno bucal), también se realiza la exploración clínica efectuada por el profesional.

En la variable edad de presentación, el grupo etario con mayor porcentaje es el de 18-35 años con un 72.73% (n=24). Este dato discrepa de otros estudios como es el de Silva A. (22), donde el más afectado es de 45 a 59 años con un 20.3 % (n=47). De igual manera, Ordoñez-Plaza *et al.*, (18) demuestra que el grupo con una mayor presencia de probable bruxismo es el de 21 años y más, con un 48.4%% (n=77). Asimismo, en el estudio de Thetakala R.K. *et al.*, (23) el grupo etario más afectado es el de 29- 38 años con un 43.3% (n=29). Por lo que las cifras sobre la edad de presentación difirieron entre sí.

Analizando la variable sexo con mayor porcentaje de probable bruxismo son las mujeres con un 63.6% (n=21) versus hombres con un 36.4% (n=12). Este resultado es consistente con el obtenido por Silva A., (22) en donde las mujeres son las más afectadas, sin embargo, discrepa en cuanto al porcentaje (44.2%). Más específicamente, acerca del bruxismo de vigilia, Ordoñez-Plaza *et al.*, (18) mencionan que éste no se encuentra asociado al sexo, lo que queda señalado en su estudio.

Por otra parte, siguiendo con el bruxismo, se observa que la manifestación circadiana más frecuente fue la de vigilia con 49%, mientras que la del sueño obtuvo un 9%. Este porcentaje es opuesto a lo identificado en la investigación de Phuong *et al.*, (21) en la que el 38.2% es bruxismo de sueño y el 23.4% corresponde a la vigilia.

Por último, los resultados demostraron que entre pacientes con y sin probable bruxismo, existe una diferencia estadísticamente significativa en la CVRSO ($t=-8.14$; $gl=68$; $p<.001$). Así como se obtiene una media de 20.45±7.95 de puntuación en el OHIP-14, para el grupo de CPB versus un 7.81± 4.84 para el grupo de SPB. Lo mencionado concuerda con el estudio realizado por Thetakala R.K. *et al.*, (23) donde la puntuación media del OHIP-14 es significativamente mayor, debido que el grupo de internos con probable bruxismo de sueño activo presenta una media de 38.52±12.8 versus el grupo sin probable bruxismo de sueño activo con 31.67±12 ($P<0,001$). A su vez, en el estudio realizado por Tay *et al* (24) los puntajes obtenidos para sus tres grupos evaluados presentan diferencias estadísticamente significativas entre si ($P<0,001$); así como se obtienen puntajes más altos en los sujetos con posible bruxismo de sueño. En similitud, Phuong *et al* (21) señala que los puntajes obtenidos fueron más altos en los sujetos que presentaron posible bruxismo. Con relación a estos estudios, cabe mencionar que el

principal instrumento que se utiliza es el OHIP, el cual ha demostrado ser confiable y valido (14). Las dimensiones que evalúa permiten identificar cómo los grupos de sujetos con bruxismo (posible o probable) se ven afectados, ya que indica en que aspectos se obtienen puntajes más altos.

En vista de lo encontrado en este estudio, se logra denotar la relación entre bruxismo con relación a la calidad de vida. En las décadas pasadas se consideraba que las afecciones orales tenían poca influencia sobre el estado del individuo, puesto que se consideraba a la cavidad oral como un ente separado del estado de salud general. No obstante, los diversos estudios realizados bajo la misma línea que el presente indican que esto no es así, sino que por el contrario el bienestar oral repercute tanto física como psicológicamente. En consecuencia, la enfermedad y su proceso ha dejado de ser el centro exclusivo de atención, pasando a contemplar también los demás factores relacionados al individuo y su calidad de vida (25,26). Siendo entendida la CVRSO como un constructo multidimensional que refleja la comodidad del sujeto con relación al estado de salud oral y cómo éste le permita realizar sus actividades cotidianas abarcando aspectos personales (físicos, emocionales y sociales) (11). Asimismo, desde esta perspectiva, se comprende el bruxismo como un entidad multifactorial y dinámica que tiene una repercusión importante en el estado de salud del sistema estomatognático (1,19), por lo que es perceptible como ésta puede repercutir en la vida del individuo y afectar su desarrollo pleno.

CONCLUSIONES

En la actualidad, el bruxismo es una entidad que se encuentra presente y que, con el pasar del tiempo, el conocimiento acerca de él ha ido evolucionado desde su concepto inicial hasta su compresión presente. En este estudio se observa un porcentaje considerable sobre la prevalencia de probable bruxismo. Es importante señalar el término "probable", ya que, en este estudio se usó la clasificación diagnostica de Lobbezoo F. *et al.*, debido a los instrumentaos aplicados.

La CVRSO es un término relativamente nuevo, que con el tiempo gana terreno en el campo de investigación en odontología. La importancia de la realización de este tipo de estudios, tanto a pequeña escala (individual) como a gran escala (comunidad, pueblo, país…), radica en que permite un entendimiento más profundo de la percepción que el paciente posee acerca de su calidad de vida. Esta compresión, a su vez, permite mejorar la atención individual y la toma de decisiones sobre cómo abordar una enfermedad oral, así como explorar el conocimiento de lo que se espera antes y después de un tratamiento, y da pie al desarrollo de una la odontología preventiva pertinente y contextualizada.

En conclusión, en este estudio se observa la existencia del impacto del probable bruxismo sobre la CVRSO, la cual arroja una significancia importante. Es decir, que el probable bruxismo si genera un menor nivel de la CVRSO y, por tanto, afecta la forma en que el individuo se desenvuelve en sus actividades cotidianas y laborales, afectándolo en toda la percepción que le rodea su vida.

DECLARACIÓN DE CONTRIBUCIÓN DEL AUTOR

Conceptualización y diseño: C.E.M.Z.
Revisión de literatura: R.P.C.
Metodología y validación: C.E.M.Z.
Análisis formal: C.E.M.Z. y J.C.M.
Investigación y recopilación de datos: A.A.N.C.
Análisis e interpretación de datos: C.E.M.Z. y A.A.N.C.
Redacción-Preparación del borrador original: C.E.M.Z., A.A.N.C., R.P.C. y J.C.M.
Redacción: revisión y edición: C.E.M.Z., A.A.N.C., R.P.C. y J.C.M.

AGRADECIMIENTOS

Nuestro más sincero agradecimiento a las autoridades de la Unidad Universitaria de Inserción Social de la Universidad Autónoma de Yucatán, México por permitirnos realizar la investigación en sus instalaciones, y a los pacientes por su invaluable contribución a la presente investigación.

REFERENCIAS

1. Fuentes-Casanova F.A. Conocimientos actuales para el entendimiento del bruxismo. Revisión de la literatura. Revista ADM. 2018; 75 (4):180-6.
2. Yap A., Chua A. Sleep bruxism: Current knowledge and contemporary management. J Conserv Dent. 2016; 19 (5): 383-9.
3. The Glossary of Prosthodontic Terms. Ninth Edition. EEUU: J Prosthet Dent; 2017.
4. Loza-Jarama D., Rosero-Mendoza J., Gonzabay-Bravo E., Zambrano-Pico J. Análisis de casos clínicos de restauraciones directas en posible paciente bruxomano con faceta de desgaste a nivel incisal. Rev Dom Cien. 2017; 3 (2): 449-77.
5. González-Emsoto E., Midobuche-Pozos E., Castellanos J. Bruxismo y desgaste dental. Rev ADM. 2015; 72 (2): 92-8.
6. Nieto-Mena S., Tiscareño H., Castellanos J.L. Neurofisiología y bruxismo. Revista ADM. 2018; 75 (4): 202-13.
7. Lobbezoo F., Ahlberg J., Glaros A.G., Kato T., Koyano K., Lavigne G.J., et al. Bruxism defined and graded: an international consensus. J Oral Rehabil. 2013; 40 (1): 2-4.
8. Lobbezoo F., Ahlberg J., Raphael K.G., Wetselaar P., Glaros A.G., Kato T., et al. International consensus on the assessment of bruxism: Report of a work in progress. J Oral Rehabil. 2018; 45 (11): 837-44
9. Estrés, una de las causas principales para desarrollar bruxismo [En línea]. México: Secretaria de Salud Prensa; 2018. [fecha de acceso junio 2019]. Url disponible en: https://www.gob.mx/salud/prensa/041-estres-una-de-las-causas-principales-para-desarrollar-bruxismo
10. Rechinar los dientes puede provocar su pérdida prematura [En línea]. IMSS Prensa: México; 2019 [fecha de acceso junio 2019]. Url disponible en: http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/201906/174
11. Bennadi D., Reddy C. Oral health related quality of life. J Int Soc Prevent Communit Dent. 2013; 3 (1): 1-6.
12. Velázquez-Olmedo L., Ortiz-Barrios L., Cervantes-Velázquez A., Cárdenas-Bahena Á., García-Peña C., Sánchez-García S. Calidad de vida relacionada con la salud oral en adultos mayores. Instrumentos de evaluación. Rev Med Inst Mex Seguro Soc.2014; 52 (4): 448-56.
13. Diaz-Reissner C., Casas-García I., Roldán-Merino J. Calidad de Vida Relacionada con Salud Oral: Impacto de Diversas Situaciones Clínicas Odontológicas y Factores Socio-Demográficos. Revisión de la Literatura. Int J Odontostomat. 2017; 11 (1): 31-9.
14. Castrejón-Pérez R.C., Borges-Yáñez S.A., Irigoyen-Camacho M.E. Validación de un instrumento para medir el efecto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores mexicanos. Rev Panam Salud Pública. 2010; 27 (5): 321-9.
15. Castrejón-Pérez R.C., Borges-Yáñez S.A. Derivation of the short form of the Oral Health Impact Profile in Spanish (OHIP-EE-14). The Gerodontology Society and John Wiley & Sons A/S. 2012; 29: 155-8.
16. Declaración de Helsinki de la AMM. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humano [En línea] Brasil: 64ª Asamblea General; 2013. [fecha de acceso 12 junio 2019] Url disponible en: https://www.wma.net/es/policies- post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/

17. Código Internacional de Ética Médica [En línea]. Sudáfrica: 57a Asamblea General de la AMM; 2006. [fecha de acceso 14 junio 2019] Disponible en: https://www.wma.net/es/policies-post/codigo-internacional-de-etica-medica/
18. Ordóñez-Plaza M., Villavicencio-Caparó E., Alvarado-Jiménez R., Vanegas-Avencillas M.E. Prevalencia de bruxismo de vigilia evaluado por auto-reporte en relación con estrés, ansiedad y depresión. Rev Estomatol Herediana. 2016; 26 (3): 147-55.
19. De La Hoz-Aizpurua J.L., Winocur E. Bruxismo del sueño: revisión actualizada de conceptos y utilidad de la toxina botulínica en su tratamiento. Rev Soc Esp Dolor. 2014; 21 (2): 4-13.
20. Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-2015, Para la prevención y control de enfermedades bucales [En línea]. México: Diario Oficial de la Federación; 2016 [fecha de acceso 12 de junio 2019]. Url disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5462039&fecha=23/11/2016
21. Phuong N.T.T., Ngoc V.T.N., Linh L.M., Duc N.M., Tra N.T., Anh L.Q. Bruxism, Related Factors and Oral Health-Related Quality of Life Among Vietnamese Medical Students. Int J Environ Res Public Health. 2020; 17 (20): 1-9 (7408).
22. Silva A. Bruxismo: su comportamiento en un área de salud. Rev, Med de Pinar del Río. 2015; 19 (1): 56-65.
23. Thetakala R.K., Chnadrashekar B.R., Sunitha S., Maurya M., Sharma P., Shubhi G. Bruxism and oral health-related quality of life among male inmates in a penal institution, Mysore: A cross-sectional study. Indian J Dent Res. 2018; 29 (3): 275- 79.
24. Tay K.J., Ujin Y.A., Allen P.F. Impact of Sleep Bruxism on Oral Health-Related Quality of Life. International Journal of Prosthodontics. 2020: 33 (3): 285-91.
25. Allen, P.F. Assessment of oral health related quality of life. Health Qual Life Outcomes. 2003: 1 (40).
26. Ni Riordain R., Glick M., Al Mashhadani S.S.A., Aravamudhan K., Barrow J., Cole D., et al., Developing a standard set of patient-centred outcomes for adult oral health-an international, cross-disciplinary consensus. International Dental Journal. 2020; 71 (1): 40-52.

Attribution (BY-NC) - (BY) You must give appropriate credit, provide a link to the license, and indicate if changes were made. You may do so in any reasonable manner, but not in any way that suggest the licensor endorses you or your use. (NC) You may not use the material for commercial purposes.