



MediSur

E-ISSN: 1727-897X

mikhail@infomed.sld.cu

Universidad de Ciencias Médicas de

Cienfuegos

Cuba

Morales Rosales, Ana Lury; Mora Pérez, Clotilde de la Caridad; Álvarez Rosa, Ivelise; Orbea González, Moraima; Fernández Martínez, Jeny; Rodríguez López, Jorge A.

Bruxismo y funcionamiento familiar en escolares de 5 a 11 años

MediSur, vol. 7, núm. 1, 2009, pp. 124-130

Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos

Cienfuegos, Cuba

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180020302017>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

ARTICULO

Bruxismo y funcionamiento familiar en escolares de 5 a 11 años

Bruxism and familiar functioning in school-age children between 5 and 11 years

Dra. Ana Lury Morales Rosales¹, Dra. Clotilde de la Caridad Mora Pérez², Dra. Ivelise Álvarez Rosa³, Lic. Moraima Orbea González⁴, Dra. Jeny Fernández Martínez⁵, Lic. Jorge A. Rodríguez López⁶

¹Especialista de I Grado en Estomatología General Integral. Máster en Salud Bucal Comunitaria.. ²Especialista de II Grado en Ortodoncia. Máster en Educación Médica. Profesora Auxiliar. Investigador Agregado. ³Especialista de I Grado en Estomatología General Integral. Máster en Salud Bucal Comunitaria. Clínica Estomatológica de Especialidades, Cienfuegos ⁴Licenciada en Psicología. Policlínico Universitario "Serafín Ruiz de Zárate". ⁵Especialista de I Grado en Estomatología General Integral. Máster en Salud Bucal Comunitaria. Profesor instructor. Clínica "Leonardo Fernández". ⁶Lic. en Ciencias Jurídicas. Facultad de Ciencias Médicas "Raúl Dorticos Torrado". Cienfuegos.

RESUMEN

Fundamento: El bruxismo, hábito perjudicial muy frecuente en niños, se asocia a menudo con conflictos emocionales, ansiedad, estrés o frustración, que bien pueden darse en el entorno familiar. **Objetivo:** Caracterizar el funcionamiento de familias con niños de 5 a 11 años que padecen de bruxismo. **Métodos:** Estudio con diseño analítico de caso y control, desarrollado de marzo a junio del 2007, que incluyó niños de 5 a 11 años de 3 escuelas primarias urbanas del Área II del municipio de Cienfuegos. Se seleccionó la totalidad de niños con bruxismo como casos y los controles por pareamiento de 2 a 1. Mediante la prueba FF-SIL se percibió el funcionamiento familiar. **Resultados:** El bruxismo en la muestra de estudio no dependió del sexo, se evidenciaron diferencias significativas entre los grupos de caso y control respecto al comportamiento de los componentes del funcionamiento familiar, en los que resultaron la afectividad y la cohesión las de mayor resultado y en menor grado la armonía. En las familias estudiadas predominaron las funcionales y las moderadamente funcionales. La mayor cantidad de niños con bruxismo proceden de familias en las cuales no existe un funcionamiento familiar adecuado, además las familias disfuncionales y severamente disfuncionales son mayores en el grupo de niños con bruxismo.

Conclusiones: En la muestra estudiada el bruxismo estuvo relacionado, en gran medida, con el funcionamiento familiar inadecuado.

Palabras clave: Bruxismo /etiol; familia

Límites: Humano; Niño

ABSTRACT

Background: Bruxism, a common negative habit in children, is often linked with emotional conflicts, anxiety, stress, or frustration, which could be originated in the familiar environment. **Objective:** To characterize the familiar environment of children between 5 and 11 years suffering from bruxism. **Methods:** Analytical control-case design, developed from March to June, 2007, including children between 5 and 11 years from three urban elementary schools included in Health Area II of Cienfuegos municipality. All the children with bruxism were selected as cases and the controls were selected through pairing 2 to 1. The test FF-SIL was used to assess familiar functioning. **Results:** Bruxism was not associated with gender. There were significant differences between both groups regarding familiar functioning, in which affectivity and cohesion had higher results and harmony was less significant. Most of the studied families were functional or half-functional. Most of children with bruxism come from families with

Recibido: 28 de diciembre de 2008

Aprobado: 21 de enero de 2009

Correspondencia:

Dra. Ana Lury Morales Rosales.

Clínica Estomatológica de Especialidades, Cienfuegos

Dirección electrónica: orestes@jagua.cfg.sld.cu

inadequate functioning; besides, dysfunctional and severely dysfunctional families and more frequent in the group of children with bruxism. **Conclusion:** In the studied sample, bruxism was associated, to a large extent, with inadequate familiar functioning.

Key words: Bruxism /etiol; family

Limit: Human being; Child

INTRODUCCIÓN

Durante mucho tiempo las personas consideraron que la pérdida de sus dientes era algo natural y una característica del avance de la edad. Con el incremento del nivel educacional, las poblaciones se fueron sensibilizando con la necesidad de mantener sus dientes sanos, pero esta filosofía no ha llegado a todos por igual y se ha convertido en un reto de la Estomatología, en especial en la Estomatología General Integral(EGI), que da especial importancia a la confección de programas dirigidos a poblaciones más susceptibles, como es el plan de atención al menor de 19 años, comprometido en conducir al niño hasta la edad adulta desprovisto de todo tipo de enfermedad buco-dental mediante técnicas de cepillado, higiene, educación nutricional y corrección de hábitos.^(1,2)

El sistema estomatognático está constantemente sometido y generalmente adaptado a fuerzas de diversa magnitud, dirección y frecuencia. Éstas son controladas, transmitidas y disipadas por diversos mecanismos protectores. Cuando adquieren el carácter de no funcionales, mientras más intensas, frecuentes y prolongadas sean, más daño pueden causar en los tejidos, como en el caso del bruxismo.⁽³⁾

Este hábito se define como un hábito parafuncional que consiste en apretar o rechinar los dientes de forma involuntaria, fundamentalmente durante el sueño nocturno, especialmente los dientes posteriores. Las fuerzas tensionales que se producen al apretar ocasionan presión de los músculos, los tejidos y otras estructuras que rodean la mandíbula, lo cual produce trastornos en la articulación temporomandibular (ATM), dolores de cabeza, de oído, lesiones en los dientes y parodonto.⁽⁴⁾ En 1996 Sherman lo definió como apretamiento dentario cuando el individuo no mastica o deglute.⁽⁵⁾

El bruxismo puede ser reconocido por el EGI, observando diferentes signos y síntomas presentes. Sus características clínicas son muy distintas en las fases incipientes y en sus estadios más avanzados. De ahí la importancia de un diagnóstico precoz y el reconocimiento de las distintas etapas de la enfermedad.⁽⁶⁾

La etiología del bruxismo ha sido muy discutida, se plantea que la tensión emocional y desarmonías oclusales pueden producirlo y en la actualidad la teoría

psicológica va en ascenso; diversos autores reportan mayor incidencia de síntomas depresivos, de ansiedad y de tensión muscular; se considera que no es probable que las interferencias oclusales, o inadecuada alineación de los dientes, contribuyan a ocasionar bruxismo por sí solas sino cuando se combinan con tensión psíquica y siempre que exista un factor predisponente, la tensión emocional puede desencadenar el hábito.⁽⁷⁾

Para el Estomatólogo General Integral resulta indispensable conocer el estado de salud de su población, la atención sale de los límites de la institución de salud, visita a la familia en su propio medio, dirigido hacia dos dimensiones importantes, una a controlar factores determinantes y la otra a identificar los individuos susceptibles de riesgo para ofrecerles protección individual de enfermedades.

Esta investigación tiene por objetivo caracterizar el funcionamiento de familias con niños de 5 a 11 años que son portadores de bruxismo.

MÉTODOS

Estudio con diseño analítico de caso y control, desarrollado de marzo a junio del 2007, que incluyó niños de 5 a 11 años de 3 escuelas primarias urbanas del Área II del municipio de Cienfuegos. Se seleccionó la totalidad de niños con bruxismo como casos y los controles por pareamiento de 2 a 1.

Fueron seleccionadas las siguientes escuelas primarias: Guerrillero Heroico, Juan Suárez del Villar y Eduardo García.

Para el **grupo de casos** fueron escogidos todos los niños con diagnóstico de bruxismo según signos y síntomas presentes, se agruparon según sexo y a sus familias se les aplicó la prueba FF-SIL con la finalidad de evaluar el funcionamiento familiar.

Para el **grupo control** fue determinada de forma aleatoria una muestra de niños que no presentaban bruxismo con el doble de la cantidad del grupo de casos (pareamiento de 2 a 1)

En el criterio de inclusión se consideraron todos los niños de 5 a 11 años con diagnóstico de bruxismo, con voluntad de ellos y sus padres para participar en la investigación.

Se excluyeron los niños no comprendidos en esas edades, los que presentaran limitaciones motoras o psíquicas y niños con enfermedades sistémicas crónicas, así como los niños o los padres que no estuvieron de acuerdo con participar en la investigación.

Se realizó examen de los músculos masticatorios para definir el dolor a la palpación. Para diagnosticar las interferencias oclusales se realizó un estudio funcional, en posición céntrica, protusiva, protusiva y lateralidad derecha o izquierda

Para medir la percepción del funcionamiento familiar se aplicó la prueba denominada FF-SIL.

Test de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL)

A continuación se presenta un grupo de situaciones que pueden ocurrir en su familia o no. Ud. debe clasificar y marcar con una X su respuesta, según la frecuencia en que la situación se presente.

		Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
1	Se toman decisiones para cosas importantes de la familia.					
2	En mi casa predomina la armonía.					
3	En mi casa cada uno cumple sus responsabilidades					
4	Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.					
5	Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.					
6	Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrelevarlos.					
7	Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles.					
8	Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás lo ayudan.					
9	Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado.					
10	Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.					
11	Podemos conversar diversos temas sin temor.					
12	Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas.					
13	Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.					
14	Nos demostramos el cariño que nos tenemos.					

La mencionada prueba indica el funcionamiento familiar mediante la evaluación de los componentes siguientes: cohesión, armonía, comunicación, adaptabilidad, afectividad, rol y permeabilidad. Se calificó otorgando valores a la frecuencia con que se presentó la situación, que va desde 1 punto, en casi nunca, hasta 5 en casi

Siempre. Se aplicó la prueba no paramétrica Chi cuadrado para el análisis de asociación entre dos variables cualitativas que permite comparar frecuencias y verificar si los datos están relacionados en dependencia, con una exigencia de precisión del 95 %.

Los resultados se presentan en tablas con números absolutos y porcentajes.

RESULTADOS

Tabla No.1. Frecuencia de bruxismo en la muestra estudiada

7.a 70 puntos	Familia funcional
3.a 56 puntos	Familia moderadamente funcional
8.a 42 puntos	Familia disfuncional
4.a 27 puntos	Familia severamente disfuncional

siempre.

La puntuación final de esta prueba se obtiene de la suma de los puntos por ítems y permite clasificar a las familias en cuatro tipos:

Los datos recogidos en el formulario se introdujeron en una base de datos con el paquete estadístico SPSS, versión 15.0 en Español.

Bruxismo	Frecuencia	Porcentaje
	36	20 %
	144	80 %
Total	180	100 %

Fueron diagnosticados con bruxismo 36 niños (20 %)

La muestra por grupos refleja que 33,3 % de los niños constituyeron el grupo de casos, con un pareamiento de 2 a 1 para el grupo de control.

Tabla No.2. Distribución de la muestra de casos y controles para el estudio del bruxismo

Grupo	Frecuencia	Porcentaje
Casos	36	33,3 %
Controles	72	66,7 %
Total	108	100 %

Predominó el sexo masculino (53 %) entre los niños con bruxismo, sobre un 47 % del sexo femenino, sin que la diferencia resultara significativa desde el punto de vista estadístico.

Tabla No.3. Distribución del bruxismo según sexo

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	17	47 %
Masculino	19	53 %
Total	36	100 %

$p=0,286$

Las interferencias oclusales se reflejaron en 54 % de los niños, seguidas en frecuencia por el rechinamiento dentario presentado en 41,6 % de la muestra.

Tabla No.4. Signos y síntomas presentes en los niños con bruxismo

Signos y síntomas	Frecuencia	Porcentaje
Apretamiento dentario	5	13,8
Rechinamiento dentario	15	41,6
Dolor en la ATM	9	25,0
Dolor a la palpación	5	13,8
Ruidos o chasquidos en la ATM	2	5,8
Interferencias oclusales	16	54,2

La estructura de la familia se caracterizó por una mayoría de las familias extensas (40,7 %) y nucleares biparentales; las de menor representatividad fueron las reensambladas (6,4 %). Sin embargo en el grupo control fueron en orden decreciente la monoparental, seguida de la reensamblada y por último la ampliada (Tabla No. 5).

En relación con la puntuación obtenida del FF-SIL en la totalidad de las familias estudiadas hay 52 familias funcionales para un 48,3 % y 45 moderadamente funcionales que representan un 41,6 %. Esos dos grupos de familias acumulan el 85,4 % del total, lo cual significó que la disfuncionalidad en sus dos acepciones (disfuncional y severamente disfuncional) manifiesta un porcentaje muy bajo (8,3 % y 1,8 % respectivamente) (Tabla No. 6).

Tabla No.5. Relación de la estructura familiar y el bruxismo en los grupos objeto de estudio

Estructura de la familia	Casos N=36	%	Control N=72	%	Total N=108	%
Nuclear biparental	9	31	20	69	29	26,8
Nuclear monoparental	6	46	7	54	13	12,3
Nuclear reensamblada	3	43	4	57	7	6,4
Familia extensa	12	27	32	73	44	40,7
Familia ampliada	6	40	9	60	15	13,8

Tabla No.6. Percepción del funcionamiento familiar

Funcionamiento familiar	Frecuencia	Porcentaje
Funcional	52	48,3
Moderadamente funcional	45	41,6
Disfuncional	9	8,3
Severamente disfuncional	2	1,8
Total	108	100,0

Los elementos de la psicodinámica familiar más afectados fueron la permeabilidad con un 79,5 % de familias no permeables y la adaptabilidad con un 67,1 % de las familias poco hábiles para cambiar de estructura de poder y relación de roles y reglas ante una situación que lo requiera, seguido de un 41,8 % de las familias con problemas en la comunicación, atribuidos a la postmodernidad, idiosincrasia, género, costumbres, tradiciones enraizadas y estructura rígida de autoridad.

Tabla No.7. Comparación de las medianas de los componentes para la percepción del funcionamiento familiar respecto a los grupos de casos y controles

Componentes	Grupo de casos	Grupo control
Cohesión	8,00	8,00
Armonía	8,00	9,00
Comunicación	6,00	8,00
Adaptabilidad	6,00	8,00
Afectividad	9,00	9,00
Rol	6,00	8,00
Permeabilidad	7,00	8,00

A partir de la aplicación de la prueba FF-SIL se comprobó que el número de familias funcionales del grupo de casos es significativamente menor para un 19,3 %, superior en el grupo control en el que se observó un 80,7 % de familias funcionales. Se evidenció

un predominio de la disfuncionalidad familiar en el grupo de estudio.

Tabla No.8. Relación del bruxismo y el funcionamiento familiar

Funcionamiento familiar	Grupos				Total
	Casos	%	Control	%	
Funcional	10	19,3	42	80,7	52
Moderadamente funcional	17	37,7	28	63,3	45
Disfuncional	7	77,8	2	22,2	9
Severamente disfuncional	2	5,5	0	0	2
Total	36	33,3	72	66,7	108

p=,001

DISCUSIÓN

En la muestra estudiada fue diagnosticado con bruxismo el 20 % de los niños, lo que coincide con estudios realizados por Luzardo García quien encontró una frecuencia de 22 % en niños ⁽⁸⁾. Algunos autores como Aragón Díaz ⁽⁹⁾ plantean por cientos diferentes. Esto puede variar según la edad estudiada, el diseño de estudio, la definición utilizada y los criterios de diagnóstico. Pero lo cierto es que en la bibliografía consultada se señala que la frecuencia de bruxismo es elevada hasta rangos del 25 al 50 %, que existe una frecuencia alta en niños de 5 a 11 años y además se observa en la edad de 4 años. ⁽¹⁰⁾

En cuanto a sexo no se encontró diferencia significativa en ellos, femenino 47 % y masculino 53 %, similar a lo observado por Ribeiro ⁽¹¹⁾ que reportó 53,1 % en niños y 46,9 % en las féminas. En otros estudios ⁽¹²⁾ realizados algunos autores refieren preponderancia femenina como Repolles.

En relación con el bruxismo y el sexo no se encontró bibliografía concluyente, pues los resultados son muy fluctuantes y dependen más, según nuestro parecer, de las características de la población estudiada. En un estudio en adultos realizado por Trejo García se señala que las mujeres tienen una frecuencia de bruxismo más elevada que los hombres y refiere que esto se debe a su mayor responsabilidad y trabajo. ⁽¹³⁾

El rechinamiento dentario que se encontró en la muestra fue mayor (41,6 %) en comparación con el apretamiento (13,8 %), esto coincide con los resultados reportados por Luzardo García ⁽⁸⁾ que encontró 63,8 % de rechinamiento y 36,2 % de apretamiento dentario y refiere que en niños es más reportado el rechinamiento por el sonido característico que produce, no así el apretamiento.

En esta investigación se reflejó que el dolor a la palpación afectó al 13,8 % de los niños que presentaban bruxismo, siendo similar al encontrado por Kieser en su

investigación con un 15,4 %⁽¹⁴⁾. En otros trabajos de investigación sobre bruxismo en niños se plantea que estos presentan dolor en la zona de la mejilla alrededor de la boca, producido por una gran actividad de los músculos de la mandíbula. ⁽¹⁵⁾

El dolor en la ATM y los ruidos y chasquidos fueron reportados con un 25 % y un 5,8 % respectivamente. Similar cifra mostró Cavero con un 28 % y un 4,7 %, por lo que coincidimos con este autor que plantea que los niños logran en mayor medida una mejor adaptación de los tejidos frente a mayores fuerzas ejercidas, y también no presentan una prolongada exposición a los factores de riesgo del bruxismo como en el caso de los adultos⁽¹⁶⁾. Las interferencias oclusales se reflejan en un 54 % de los niños examinados, similar cifra encontró Atmetlag ⁽¹⁷⁾, quien refiere que el 58 % de los casos evaluados presentaban dichas interferencias y señala que están relacionadas con la presencia de una dentición mixta en estas edades, cuando el brote de dientes permanentes más grandes que los temporales se hace evidente, pero que solas no desencadenan el bruxismo. No se contemplan las facetas de desgaste por ser una condición que siempre está presente en el diagnóstico.

Es importante que el EGI en la primera visita del niño a consulta realice un examen bucal minucioso, buscando cualquiera de estos signos o síntomas para tempranamente realizar un diagnóstico y un tratamiento adecuado.

La estructura de la familia se caracterizó en este estudio por la mayoría de las familias extensas (40,7 %) y nucleares biparentales, las de menor representatividad son las reensambladas (6,4 %). Respecto a la relación entre la estructura de la familia y la presencia de bruxismo se pudo apreciar que la mayor prevalencia se encontró en las familias nuclear monoparental (46 %) en la que están presentes sólo uno de los cónyuges con la responsabilidad que esto conlleva, seguida por la nuclear reensamblada (43 %) donde conviven parejas con hijos de matrimonios anteriores y en tercer lugar la familia ampliada (40 %) donde viven otras personas como parientes y amigos, esta situación puede influir sobre el desarrollo de la vida en común y crear situaciones de conflicto.

En relación con estos resultados podemos decir que en otros trabajos realizados sobre la aparición de hábitos parafuncionales en niños ⁽¹⁸⁾, se encontró que solo porque una familia tenga determinada estructura no quiere decir que sea disfuncional o no, ya que en esto intervienen otros componentes. Pueden existir familias nucleares biparentales donde están presentes los dos cónyuges y ser a la vez disfuncional por otras causas. Pero pensamos que existe un mayor riesgo de conflictos cuando en la familia conviven diferentes generaciones y personas con otro parentesco o amigos.

En relación con la puntuación obtenida del FF-SIL en la totalidad de las familias estudiadas hay 52 familias funcionales para un 48,3 % y 45 moderadamente

funcionales que representan un 41,6 %. Esos dos grupos de familias acumulan el 85,4 % del total lo cual significa que la disfuncionalidad en sus dos acepciones (disfuncional y severamente disfuncional) manifiesta un porcentaje muy bajo (8,3 % y 1,8 % respectivamente).

El resultado anterior refleja que, a pesar de todas las implicaciones que tiene la convivencia en familia y las relaciones en el hogar, las familias tienen una tendencia a lograr un desarrollo más o menos armónico y de bienestar.

Para analizar la influencia que pudieran tener los componentes en el funcionamiento familiar se ha recurrido a los estadísticos que definen su comportamiento, pero esta vez en cada uno de los grupos determinados por la presencia o no de bruxismo.

Se reflejó que en el grupo de casos las medianas de los índices de cada categoría son más bajas, la afectividad y la cohesión son las categorías que menos diferencia presentan. El rol tiene entre ambos grupos de caso y control una diferencia máxima de 2. En el grupo de casos se comportan afectados la comunicación por debajo de 7, la adaptabilidad y el rol. Las diferencias entre las medianas de ambos grupos es en esas tres mayor que 1. Con lo analizado acerca del funcionamiento familiar al tener en cuenta las medianas del índice de cada categoría pudo inferirse que en el grupo de casos, las familias se comportan más disfuncionalmente que las del grupo de control, lo cual se evidencia también en el comportamiento de los componentes que determinan el funcionamiento familiar.

A partir de la aplicación de la prueba FF-SIL el número de familias disfuncionales y severamente disfuncionales

son mayores en el grupo de niños con bruxismo o sea, siete familias disfuncionales para un 77,8 y el total de las severamente disfuncionales. El número de familias funcionales del grupo de casos es significativamente menor para un 19,3 %; en el grupo control se observó un 80,7 %. Similares resultados se encontraron en otros estudios citados por algunos autores, quienes han observado una estrecha relación entre la funcionalidad de las familias y la aparición de hábitos deformantes en niños, como la succión del pulgar.⁽¹⁹⁾

En nuestra experiencia en la atención de niños que acuden a consulta con sus padres o algún familiar hemos observado que los casos diagnosticados con bruxismo presentan determinadas características desde el punto de vista de entorno familiar y social como los siguiente: ser niños muy intranquilos o por el contrario tímidos o poco comunicativos.

Por los resultados que se obtuvieron se comprobó la dependencia entre las variables bruxismo y funcionamiento familiar. Al analizar cuáles son las relaciones existentes entre dichas variables se evidencia que el mayor porcentaje del total de niños con bruxismo proceden de familias no funcionales, lo que demuestra que de alguna forma el bruxismo prevalece en familias en las cuales hay alguna causa que impide un funcionamiento familiar óptimo.

Por ello se puede afirmar que para lograr un buen estado de salud bucal y desarrollo psicológico del niño, es necesario la preocupación conjunta de instituciones y padres, y en general de la comunidad, donde juega un papel importante el EGI y el equipo de salud promoviendo actividades de prevención y la necesidad de fomentar en las familias la capacidad de actuar por su propia salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ochoa Soto R, Reyes García M. Atención ambiental. En: Álvarez Sintes R. Temas de Medicina General Integral. Ciudad de La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 1998.p.65-67.
2. Sosa Rosales M, González Ramos R. Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población. Ciudad de La Habana:MIN SAP; 2003.p.31-33.
3. Díaz Ortega L, Delgado Díaz R .Factores que ponen en riesgo la salud del complejo estomatognático en la infancia. [Monografía en CD ROM]. Ciudad de La Habana: MIN SAP; 2005.
4. Lobbesso F, Lavigne G. Bruxism and temporomandibular disorder a cause and effect 2003. Journal of Facial Pain. 2005;11(1):15-23.
5. Echeverri SG. Neurofisiología de la oclusión. 2^{da} ed. Bogotá: Monserrate, Ltda.;1995.p. 330.
6. Odebrech R, Canto GL, Bortolón AC. Estudio comparativo de reabsorción radicular apical en pacientes bruxómanos y en pacientes sin señales clínicas de desgaste dentario. Ver Dent Press Ortodon Ortopedi Facial. 2004;9(2):44-49.
7. Sonmez H .The relationship between oclusal factor and bruxism in permanent and middle dentition. Department of the Pedodontiz, Faculty of Dentistry of Ankara ,Turkey. Pediatric Dent.2003 ;25(3):191.
8. Luzardo García M, del Prado G. Bruxismo en niños. Ciudad de La Habana: Facultad de Estomatología; 2004. Disponible en: <http://www.16deabril.curer/222/profe.htm>.
9. Aragón Díaz E. Bruxismo. Rev Asociación Dental Mexicana. 2004;(6): 215-19.
10. Ronald A. Nocturnal Bruxism and management Dental Clinical of North America. 2005;35(1):245-52.
11. Ribeiro R, Romano A. Prevalencia de bruxismo en escolares 4-6 años, Universidad de Juiz de Flora, Brasil. Rev Pediatr Dent.2005;2(1):34-37.
12. Repolles D. A propósito de una revisión. Bruxismo y Mecanismos .Etiopatología. Rev Gaceta Dental. 2003;(124):

- 28-38.
13. Trejo García B. Frecuencia de Bruxismo y variables biológicas. Rev Colombia Facultad de Odontología. 2005; (3): 204-209.
 14. Kiesser JA. Relationship between juvenile bruxism and craniomandibular dysfunction. Journal of Oral Rehabilitation. 2003;25(9):662-5.
 15. Zielinsky L. El dolor crónico orofacial producido por el bruxismo y la terapia cognoscitiva. Rev Cubana Ortod. 2001; (3):108-125.
 16. Cavero S. Influencia de algunas variables biológicas sobre los trastornos del sueño. Rev Cubana Med Gen Integr. 2003;(8):111-19.
 17. Atmetla G, Burgos V, Carrillo A, Chaskel R. Behavior and orofacial characteristics of children with attention-deficit, hyperactivity disorder during dental visit. J Clin Pediatr Dent. 2006; 30(3):183-90.
 18. Corteses SG, Brondi AM. Desgaste incisal y oclusal como indicador de patología parafuncional en dentición primaria. Bol Asoc Argentina Odontol. 2006;34(4):10-13.
 19. Martínez Gómez C. Salud Familiar . La Habana: Editorial Científico Técnica; 2003.p.15-59.