



Recibido: 26/05/2022 | Aprobado: 19/02/2023

El tratamiento del bruxismo en pacientes adultos del municipio Buey Arriba (Ensayo).
The treatment of the bruxism in adult patients of the municipality the Ox Arrives (Essay).

Irisleydis Fontaine Garrido. *Dra. recién graduada del Policlínico Docente “Dr. Faustino Pérez Hernández”.* Buey Arriba. Granma. Cuba. [irisleydis1@gmail.com] .

María Amada Rodríguez Vásquez. *Dra. Especialista de 1er Grado en Periodontología.*
. Profesora Instructora del Policlínico Docente “Dr. Faustino Pérez Hernández”. Buey Arriba.
Granma. Cuba. Correo electrónico: [chiquiberty@gmail.com] .

Nodelis Mendoza Gutiérrez. *Dra. Profesora Instructora del Policlínico Docente “Dr. Faustino Pérez Hernández”.* Buey Arriba. Granma. Cuba. [nodelis3@gmail.com].

Resumen

En la actualidad existe un alto grado de desconocimiento en la población adulta sobre la influencia del desgaste dentario como factor principal del bruxismo. Por esta razón se decidió realizar una investigación cuya problemática a resolver es ¿Qué aspectos caracterizan el tratamiento del bruxismo en pacientes adultos del municipio Buey Arriba?. El objetivo fundamental de la pesquisa está relacionado con reflexionar desde el punto de vista teórico sobre el tratamiento en pacientes adultos con bruxismo en el municipio Buey Arriba. En el desarrollo del ensayo se abordan dos temáticas fundamentales la fundamentación teórica sobre el bruxismo donde se explicita: las causas de su existencia con sus diferentes patologías. La segunda parte refiere al tratamiento del bruxismo en pacientes adultos a partir del criterio de algunos autores y la experiencia personal de la autora de la investigación.

Palabras clave: Tratamiento del bruxismo; desgaste dentario; bruxismo; pacientes adultos

Abstract

Currently there is a high degree of ignorance in the adult population about the influence of tooth wear as the main factor of bruxism. For this reason, it was decided to carry out an investigation whose problem to be solved is: What aspects characterize the treatment of bruxism in adult patients in the Buey Arriba municipality? The fundamental objective of the research is related to reflecting from a theoretical point of view on the treatment of adult patients with bruxism in the Buey Arriba municipality. In the development of the essay, two fundamental themes are addressed: the theoretical foundation on bruxism where it is made explicit: the causes of its existence with its different pathologies. The second part refers to the treatment of bruxism in adult patients based on the criteria of some authors and the personal experience of the author of the research.

Keywords: The bruxism treatment; dental wear; bruxism; adult patients

Introducción

“Se habla de enfermedades psicosomáticas sólo cuando un trastorno psicosomático ha conducido a una deficiencia orgánica y con ello a la enfermedad psicosomática”, “en sentido estricto, son aquellas cuya manifestación y desarrollo están bajo la influencia demostrable de factores psicosociales”. (Lobbezoo, Van Der Zaag y Van Selms, 2008, p. 3).

Basándose en esta definición, el Bruxismo no estaría clasificado como una afección psicosomática, pues la causa de origen psicológico no estaría comprobada, como tampoco lo estarían las otras posibles causas, situación que resulta frecuente en muchos trastornos o patologías, en especial cuando los resultados de los estudios no son considerados concluyentes, aunque permiten descubrir factores que pueden estar relacionados con la génesis del trastorno.

Si se revisan algunos estudios que hablan sobre el aspecto psicológico del Bruxismo, se pueden encontrar que varios de estos mencionan la relación que parece tener con estados y características emocionales como son; el estrés, ansiedad, perfeccionismo, exitismo, competencia y miedo.

Su etiología aún no se conoce bien, pero se consideran el estrés y la ansiedad como factores de riesgo. Las alteraciones oclusales y la anatomía de las estructuras óseas de la región orofacial presentan un papel menor mientras que otros factores, como el hábito de fumar, alcohol, drogas, enfermedades sistémicas, el estrés, traumas y la herencia parecen poseer un importante papel en su etiología.

Su importancia radica en el deterioro dental que produce de difícil tratamiento, y la exacerbación del dolor orofacial que genera. Su repercusión clínica puede ir más allá del desgaste del diente y afectar estructuras de soporte, la musculatura cervicocraneal y la articulación temporomandibular. No obstante, los mecanismos a través de los cuales una actividad parafuncional intensa determina un efecto patológico en las articulaciones temporomandibulares y sus estructuras relacionadas aún no se han esclarecidos definitivamente.

Durante mucho tiempo, gran parte de la población ha considerado los padecimientos del aparato estomatognático como procesos banales, o como una consecuencia lógica del envejecimiento. De este modo, algunas conductas como el bruxismo, conocidas desde tiempos remotos, eran asumidas sin pensar en las posibles repercusiones clínicas, y por lo tanto no se consideraba necesaria la búsqueda de una solución. Afortunadamente esta actitud ha sufrido grandes cambios en los últimos años. La preocupación por un mejor estado de salud y por lograr unos objetivos estéticos, ha dado lugar a una mayor demanda de servicios odontológicos, lo que ha influido notablemente en el tratamiento del bruxismo.

Este es uno de los motivos que ha propiciado el auge de la producción científica en este campo, con numerosas referencias a los trastornos temporomandibulares y las para funciones que pueden

causarlas. Una de las para funciones que más interés ha despertado en el presente siglo es el bruxismo, desde que Karolyi (como se citó en Domínguez, 2013) sentara las bases de este trastorno.

El bruxismo es el hábito lesivo de apretamiento o frotamiento de los dientes, durante el día y/o la noche con intensidad y persistencia, en forma inconsciente, fuera de los movimientos funcionales de masticación y deglución. Los factores desencadenantes del bruxismo son una combinación de causas de origen periférico y central, que hacen que se establezca el ciclo vicioso patogénico.

La palabra bruxismo proviene del griego “bruxisxie” que significa apretar. El Glosario de términos prostodóncicos indica que el término data aproximadamente de 1940 y le da dos significados:

- apretar los dientes de forma para funcional.
- un hábito involuntario rítmico y espasmódico que consiste en apretar o rechinar los dientes de otra forma que los movimientos de masticación de la mandíbula y que puede llevar a un trauma oclusal.

La frecuencia del bruxismo se estima en 15 – 23 % de la población y en 14 % de los niños. Su importancia radica en el deterioro progresivo de las funciones orofaciales, donde se dañan estas estructuras cuya disfunción genera dolor de difícil aceptación por los pacientes, desgaste dentario y alteraciones periodontal, muscular y ósea, según la gravedad de la enfermedad. Puede presentarse en niños, adolescentes y adultos.

La primera referencia de esta enfermedad se encuentra en los textos del Antiguo Testamento cuando se hablaba de crujiir los dientes en relación con los castigos eternos. Actualmente, la neuralgia traumática, efecto de Karolyi, bruxomanía o simplemente bruxismo, se delimita como un acto en el que el hombre aprieta o rechina los dientes, fuera de los actos fisiológicos de la

masticación y la deglución con distintos grados de intensidad y persistencia en el tiempo, generalmente inconsciente y fuera de los movimientos funcionales.

Karolyi (como se citó en Domínguez, 2013) uno de los pioneros en la investigación en este campo, refería que prácticamente todos los seres humanos en algún período de su vida ejercían fuerzas anormales en su sistema masticatorio; sin embargo, fue en 1907 cuando apareció por primera vez el término bruxomanía en una publicación realizada en Francia por Marie y Ptiemievicz (como se citó en Nápoles, García, Rodríguez y Nápoles (2014) , reafirmado luego por Frohmann (1931) (como se citó en Nápoles, García, Rodríguez y Nápoles (2014, quien planteó como causa fundamental la alteración en la posición de los dientes (maloclusión); no obstante, las últimas evidencias científicas en su estudio analizan las múltiples causas que lo originan.

De ahí la importancia social de la investigación pues contribuirá a elevar la salud bucal de los pacientes. La principal problemática a resolver en cuanto a este tema es ¿Qué aspectos caracterizan el tratamiento del bruxismo en pacientes adultos del municipio Buey Arriba?. El objetivo fundamental de la pesquisa está relacionado con reflexionar desde el punto de vista teórico sobre el tratamiento en pacientes adultos con bruxismo en el municipio Buey Arriba.

En el desarrollo del ensayo se abordan dos temáticas fundamentales la fundamentación teórica sobre el bruxismo donde se explicita: las causas de su existencia con sus diferentes patologías. La segunda parte refiere al tratamiento del bruxismo en pacientes adultos a partir del criterio de algunos autores y la experiencia personal de la autora de la investigación.

Desarrollo

Breve reseña teórica sobre el bruxismo

En la bibliografía médica consultada (Restrepo, Gómez y Manrique, 2009) aparecen disímiles enfoques al respecto, de manera que las hipótesis fisiopatológicas son diversas. Se plantea que no

hay un factor único responsable del bruxismo, pero entre los múltiples factores que lo originan figuran:

1. Estrés
2. Hiperfunción dopaminérgica central
3. Alteraciones del sueño
4. Genética
5. Oclusión
6. Déficit de sustancias nutricionales como el calcio y el magnesio, entre otros

A pesar de que los diferentes autores que tratan el tema siguen diversos enfoques, por la perspectiva multidimensional que proponen, los factores mencionados anteriormente parecen ser los más acertados, los cuales fueron descritos por Hernández (2017) en su tesis doctoral. En la actualidad se ha llegado al consenso de que uno de los principales condicionantes del bruxismo es el estrés.

En circunstancias normales existe una respuesta fisiológica al estrés, que no es más que la reacción adaptativa del organismo a las condiciones siempre cambiantes del medio externo e interno, el cual se considera imprescindible para la subsistencia.

Estas reacciones fisiológicas suponen la activación del eje hipofisopararrenal y el sistema nervioso vegetativo. La mayoría de los individuos que sufren bruxismo tienen dificultad para sobrellevar situaciones que implican una alta tensión emocional, o son incapaces de exteriorizar correctamente el miedo, la tristeza o la rabia. Así, la mayoría de las veces, el doloroso espasmo muscular que se produce en los músculos masticatorios, el desgaste dentario, las lesiones periodontales y articulares, entre otras, están relacionados muy directamente con el estrés y la ansiedad.

La teoría psicofisiológica manifiesta que factores centrales como la tensión psíquica aumentada, son los factores desencadenantes de la hiperactividad muscular parafuncional, lo cual explica la función primordial del sistema límbico como responsable de la naturaleza afectiva de las sensaciones y de su interpretación emocional. Las importantes conexiones de dicho sistema con los centros neurovegetativos hipotalámicos y de aquí a los centros motores somáticos subcorticales, son capaces de modificar la tensión muscular.

Varios son los trabajos donde se analizan los diferentes estados emocionales relacionados con el bruxismo, entre los más comunes se encuentran: ansiedad, tensión e ira reprimida; otros lo relacionan con frustraciones frecuentes y personalidad de tipo A. El estrés liberado como mecanismo interno, es el más ligado al complejo craneocervicofacial.

El bruxismo es la causa primaria del síndrome de dolor disfunción de la articulación temporomandibular (ATM), donde el factor más importante que origina los síntomas es la tensión excesiva de los músculos masticatorios en general y el de los maseteros en particular, este es uno de los primeros músculos esqueléticos que puede quedar en contracción sostenida y aumentar su tono muscular (hipertonicidad muscular).

Es importante recordar que la percepción del factor estresante, en su tipo e intensidad, varía notablemente de una persona a otra, es decir, lo que puede ser estresante para un individuo, es muy posible que no lo sea para otro, pues no todos los humanos responden de la misma forma ante un mismo hecho; esta variación refleja lo que podría considerarse como la tolerancia fisiológica del individuo. Por otra parte, las conexiones eferentes que van desde el sistema límbico-hipotalámico hasta el núcleo motor del trigémino, son las que estimulan las motoneuronas gamma y de esta manera las fibras intrafusales del huso muscular. La sensibilización del uso ocasiona que cualquier leve distensión del músculo cause una contracción refleja y el efecto global será un aumento de la tonicidad del músculo que lo hace muy poco

tolerante a la elongación muscular. Estas conexiones entre los sistemas límbico y muscular mandibular, son las que explican la alta prevalencia que tiene el bruxismo. En las condiciones de estrés mantenidas se activan el eje neuroendocrino y las médulas suprarrenales, lo cual provoca la secreción de catecolaminas (adrenalina y noradrenalina), que ayuda a aumentar y mantener la actividad adrenérgica somática, de manera que ocasiona efectos similares a los generados por la activación simpática.

2. Hiperfunción dopaminérgica central

El sistema dopaminérgico central está formado por fibras que provienen de los grupos celulares que utilizan agentes neurotransmisores excitadores o inhibidores y que funcionan de manera similar a las hormonas; estos tres agentes son: noradrenalina, dopamina y serotonina. Muchos autores han llegado a la hipótesis de que la dopamina es el neurotransmisor de los sistemas de recompensa.

3. Trastornos del sueño

El rechinar dentario es más común durante el sueño, mientras que el apretamiento en la vigilia. El bruxismo de la vigilia es una actividad voluntaria o semivoluntaria, pero el del sueño es completamente involuntario, caracterizado por contracciones fásicas y tónicas de los músculos elevadores mandibulares.

4. Factores genéticos

En este sentido no existen suficientes estudios generacionales y de identificación cromosómica que expliquen su participación, aunque algunos estudios sugieren que sí puede haber predisposición genética al bruxismo.

5. Oclusión

Esta ha sido la teoría clásica y más divulgada sobre la causa del bruxismo, donde se explica que algún tipo de interferencia oclusal puede originarlo. En algunos estudios realizados al respecto se

concluye que las maloclusiones no aumentan la probabilidad del bruxismo; en otros se han relacionado las interferencias oclusales y el estrés y se considera que la supraoclusión asociada a este último sí incrementa la posibilidad de desencadenamiento, por ejemplo: la mordida cruzada posterior influye en la actividad muscular del sistema estomatognático.

6. Déficit de sustancias nutricionales como el calcio y el magnesio

Los bajos niveles de calcio, además de provocar contracturas anormales de la musculatura, generan bruxismo por la pérdida complementaria del ion magnesio por razones de equilibrio electrolítico. El magnesio es un elemento químico esencial para el ser humano, que desempeña funciones importantes en la actividad de muchas coenzimas y en reacciones que dependen del ATP; asimismo, estabiliza la estructura de cadenas de ADN y ARN e interviene en la formación de neurotransmisores y neuromoduladores.

La pérdida de magnesio se debe a diversas causas, en especial, cuando el individuo se encuentra en circunstancias de estrés físico o mental, lo que denota como el estrés potencia de forma sistémica modificaciones de importantes variables fisiológicas desencadenantes de la enfermedad.

Desde la antigüedad viene haciéndose referencia a este fenómeno y a otros procesos relacionados con los dientes, que en la actualidad adquieren otra dimensión. Se complica su estudio, si se considera que muchas personas no son conscientes de sufrir este trastorno nocturno y son informadas en muchas ocasiones por las referencias de otras personas con las que conviven. Debido a ello, los datos obtenidos son muy variables y por lo tanto no siempre equiparables.

Tratamiento del Bruxismo

Existe controversia para determinar el tratamiento más adecuado para el Bruxismo, en parte por las diferencias en las definiciones, en la etiopatogenia y criterios diagnósticos (Casasus, 2007).

Sin embargo, existe amplio acuerdo en que al paciente con Bruxismo se le confeccione una férula

oclusal a medida, para usar entre la arcada superior e inferior durante el sueño, y proteger del daño o desgaste que se produce a nivel dental.

También existen resultados positivos en algunos pacientes cuando son tratados con medicamentos para la ansiedad, aunque algunos de ellos sean considerados potencialmente adictivos, y la suspensión de su uso pueda producir la aparición de los niveles previos de Bruxismo.

En la actualidad algunos investigadores consideran necesario el tratamiento del estrés, así como la realización de una terapia psicológica conjunta. También se considera importante la relajación muscular, realizando ejercicios en los cuales se alcance un estado de reposo similar al sueño a través del entrenamiento del paciente, lo cual contribuiría a la disminución de la hiperactividad muscular (Rodríguez, Gutiérrez y Segura, 2008).

También existen quienes abogan por incentivar el desarrollo de conductas asertivas, aprendizaje de una adecuada expresión emocional, entrenamiento en conductas interpersonales y manejo del estrés, en un trabajo interdisciplinario e integral entre la psicología y la odontología para un eficaz alivio y tratamiento de este trastorno (Moncada, et al. 2009).

Otros consideran que lo más recomendable para tratar el Bruxismo es evaluarlo en un equipo multidisciplinar que pueda brindar las atenciones profesionales adecuadas, que además de la odontológica y psicológica existan otras especialidades profesionales según el tipo de paciente.

De esta manera se trabajaría desde una perspectiva integradora que considere a la persona como una unidad entre cuerpo y mente (Baladé, Moreno y Sánchez, 2011). Existe consenso entre varios autores en que el Bruxismo es un hábito muy difícil de eliminar y sólo con un enfoque integral se lograría controlarlo por períodos más prolongados de tiempo (Rodríguez, Gutiérrez y Segura, 2008). Por este motivo, estudiar el Bruxismo desde una mirada psicológica que implique aunar conocimientos para aumentar la experiencia en el tratamiento y psicoterapia de este trastorno es lo que en la actualidad se necesita.

En los últimos años, se ha dado una extraordinaria importancia a la prevención de enfermedades: no solo de aquellas causantes de la muerte, sino también de las que representan una amenaza para el bienestar de la población. En la correcta aplicación de adecuadas medidas profilácticas está la clave para evitar las enfermedades bucales.

La Estomatología se proyecta no tan solo hacia la curación de las afecciones bucales, sino, sobre todo, a la promoción y prevención. Las enfermedades bucales constituyen un importante problema de salud pública por su alta prevalencia y fuerte impacto sobre las personas. Por esas razones el esfuerzo debe estar dirigido a reducir la frecuencia de las afecciones bucales mediante un incremento de las actividades de promoción, prevención y educación sanitaria, donde desempeña una relevante función la educación para la salud.

La Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (1982) considera los estilos de vida saludables como componentes importantes de intervención para promover la salud. La salud se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana, en los centros de enseñanza, de trabajo y de recreo. La salud es el resultado de los cuidados que uno se dispensa a sí mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia y de asegurar que la sociedad en que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud.

“La promoción de salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma, para alcanzar un estado de bienestar físico, mental y social” (Carta de Ottawa, 1982, p.24).

La promoción de la salud es una responsabilidad colectiva que requiere el establecimiento de un nuevo pacto social que garantice su desarrollo en armonía con el desarrollo global de la sociedad. Ese desafío implica un proceso de transformación cultural hacia la generación de una cultura de la salud con las consecuentes ideas, creencias, valores, actitudes y costumbres que garanticen la promoción y protección de la vida como valor supremo.

La acción de promoción de salud debe estar encaminada a reducir las diferencias en el estado actual de la salud, asegurar la igualdad de oportunidades y a proporcionar los medios que permitan a toda la población desarrollar al máximo su potencial. Los objetivos básicos de la educación para la salud son estudiar y desarrollar procesos de transmisión de conocimientos, actitudes y valores tendientes a crear en los individuos conductas favorables para su salud.

Una educación verdadera es aquella que suministra al adolescente un acumulo de conocimientos prácticos que le permitan incorporarse a alguna actividad económica y transformarse así en un miembro creador, independiente y necesario dentro de la sociedad humana, previsto fundamentalmente de una sólida moral y una suficiente formación general.

Las actividades de promoción y educación para la salud son la base para lograr cambios en la situación de salud estomatológica, pues permiten identificar y actuar sobre los diversos factores que determinan el autocuidado (se refuerzan los favorables y se remueven los desfavorables). La educación para la salud, cobra un significado particularmente importante en los niveles de prevención. Es la encargada, a través de sus diferentes técnicas, de modificar conductas, establecer formas de vida sana, crear modos o estilos de vida favorecedores para que las personas puedan disfrutar de una vida saludable.

La educación para la salud ha sido definida por la Organización Mundial de la Salud (2015) como:

La encargada de promover, organizar y orientar los procesos educativos tendientes a influir en los conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con la salud del individuo y la comunidad. Debe reorientarse en el sentido de transmitir información que explícitamente responsabilice al individuo con su comportamiento y las enfermedades que de ello se derivan; asimismo, ha de facilitar y ayudar a comprender toda la cadena causal que ocasiona

su conducta y apoyar la transformación de la realidad social que induce, viabiliza y promueve estilos de vida perjudiciales para la salud (Organización Mundial de la Salud, 2015, p.22) .

La promoción de la salud, se refiere principalmente al desarrollo de los patrones de vida sanos y como lo describen varios autores la salud se promueve dando un nivel de vida adecuado, buenas condiciones de trabajo, educación, actividad física y mecanismos para el descanso y la recreación. o sea, consiste en proporcionar a las comunidades los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre esta.

Uno de los aspectos a enfatizar en la promoción de salud es el autocuidado, conjunto de acciones y decisiones que toma una persona para mantener y mejorar su estado de salud, así como para prevenir, diagnosticar y atenuar el impacto negativo de la enfermedad.

Los estilos de vida que se adquieren, están condicionados a través de experiencias de aprendizaje, las cuales se adaptan, se adquieren o modifican de acuerdo a los comportamientos deseados. En este sentido a través de la enseñanza se producen cambios favorables en el comportamiento del que aprende. El saber se obtiene con el conocimiento, lo que le da la opción de desarrollar su personalidad que es el saber ser; siendo para esto necesario que la persona que aprende, además comprenda, analice, reflexione y adquiera competencias o habilidades prácticas (saber hacer).

Tanto la promoción de salud como la prevención, requieren de herramientas a través de las cuales se produzcan cambios en el estilo de vida de las personas, condiciones de vida de grupos de población y el modo de vida de la sociedad, entre ellas: la educación (para lograr habilidades y destrezas), la comunicación social (interpersonal, grupal o masiva) y la participación social (actividades sociales y acciones comunitarias).

Educar en salud siempre lleva implícito un mensaje, pero no puede limitarse a brindar información de forma fría y mecánica, pues el conocer no lleva necesariamente incorporada la acción consecuente. La tarea de educar para la salud es mucho más abarcadora, va al desarrollo

de necesidades, motivaciones y actitudes conscientes ante la promoción, prevención, conservación y restablecimiento de la salud.

Para lograr este objetivo es preciso que la comunicación sea persuasiva, interesante, atractiva, comprensible, breve, que el mensaje sea fácil de recordar y además convincente, capaz de un cambio de comportamiento para el desarrollo de la salud, esto solo se logra a través de la Educación para la Salud., esta es definida por la OMS como experiencias que contribuyen a establecer conocimientos, actitudes y valores que ayudan al individuo y al grupo a hacer elecciones y tomar decisiones adecuadas de salud y bienestar. Incluye la esfera afectiva, la formación de sentimientos, convicciones, valores, necesidades y hábitos.

La Educación para la Salud analiza las causas y condiciones que permiten el desarrollo de la motivación, la cual logra una actitud activa y objetiva del individuo, en cuanto a la protección de su salud. La actitud es la posición que se asume en una situación, un sentimiento relativamente constante, en conjunto de creencias en relación con un objeto, persona, comportamiento o situación y promueve que el individuo desarrolle hábitos de higiene bucal o cambie prácticas y estilos de vida inadecuados; esto solo se logra mediante una correcta educación para la salud, los dientes limpios nunca serán afectados, razones que exigen que la salud es algo muy complejo para dejarlo sólo en manos de los profesionales de la salud.

Hoy la promoción de salud alude a la ganancia de bienestar como un todo, es la modificación de estilos de vida que conducen a la prevención de enfermedades y favorece el desarrollo personal, social de habilidades y capacidades para que la comunidad ejerza un mayor control de su salud, incluye a la población como un todo, más que enfocar a la población con riesgo a enfermar.

La promoción de salud, por tanto, no es dominio exclusivo del sector salud y la piedra angular donde se asienta la promoción de la salud es toda acción social que vaya encaminada a lograr salud, la misma intenta crear y robustecer permanentemente las condiciones que posibilitan a la

población adoptar decisiones maduras en materia de salud, alentarlas a vivir una vida saludable y hacer de la salud un recurso valioso.

Las actividades educativas deben transformar los momentos de interacciones en espacios que generen zonas de desarrollo potencial, en las cuales el responsable de la actividad facilite el aprendizaje a través de técnicas que propicien acercamientos a los temas y que permitan la disposición de expresarse activamente y lograr el consenso grupal. El promotor de salud guía la actuación y simultáneamente conduce a la autodeterminación y regulación, facilitando la reflexión crítica y la proyección positiva de potencialidades individuales y grupales.

El aprendizaje señala un cambio de calidad de lo que se ha experimentado a medida que se pasa de un estado de conocimiento a otro. Con frecuencia después de aprender, se modifica en algún sentido el comportamiento, se puede modificar la manera de pensar, sentir y actuar. Es precisamente esta finalidad la que se persigue en el proceso de comunicación.

Muchas veces cuando utilizamos técnicas que se basan en el método expositivo fundamentalmente, no se alcanza el nivel necesario para provocar impacto en los participantes, resulta muy provechoso que surjan interrelaciones directas entre ellos, quienes exteriorizan componentes afectivos de su personalidad, estas técnicas se conocen con el nombre de técnicas afectiva-participativas y permiten la discusión y reflexión, colectivizando el conocimiento individual, creando una experiencia educativa común y generando la creación colectiva del conocimiento.

En Cuba las acciones de educación para la salud se realizan en todas las unidades del Sistema Nacional de Salud, pero en relación con la salud bucal adolecen de sistematicidad y de otros requisitos de calidad que garanticen la modificación de las actitudes y conductas de la población. En nuestro país se han realizado estudios de la prevalencia en varias localidades de las ciudades de La Habana, Sancti Spiritus y Santa Clara; a pesar de la amplia revisión bibliográfica, no se han

encontrado estudios acerca del bruxismo en nuestra provincia y municipio; Cuba no constituye una excepción a este fenómeno, el cual se ha generalizado en el mundo en razón del fuerte cambio en los estilos de vida. Más del 30% de la población padece de bruxismo todo el tiempo, del 6 al 20% están conscientes de ser bruxópatas y puede presentarse en niños apenas brotan sus dientes y en adultos después de haberlos perdido todos.

Por ser este hábito tan perjudicial para las personas y considerablemente muy extendido tanto en la población mundial como en la cubana, se ha propuesto una intervención educativa para elevar los conocimientos sobre el bruxismo en pacientes mayores de 19 años en un consultorio del área de salud.

Conclusiones

1. El bruxismo es una enfermedad dental provocada por diferentes causas como el estrés, las alteraciones del sueño, la genética, la oclusión, así como el déficit de sustancias nutricionales como el calcio y el magnesio, entre otros, su detección temprana puede contribuir notablemente a contrarrestar el desgaste dentario.
2. Los aspectos fundamentales que caracterizan el tratamiento del bruxismo en pacientes adultos son los siguientes: el uso de diferentes técnicas para tratar el estrés, la realización de una terapia psicológica conjunta, la relajación muscular, ejecución de ejercicios en los cuales se alcance un estado de reposo similar al sueño a través del entrenamiento del paciente, lo cual contribuirá a la disminución de la hiperactividad muscular.

Referencias bibliográficas

- Baladè, D., Moreno, I., y Sánchez, T. (15 de Septiembre de 2011). Implicación de los factores psicosociales en los trastornos temporomandibulares. Consideraciones actuales. *Gaceta Dental* 208
<https://gacetadental.com/2011/09/implicacin-de-los-factores-psicosociales-en-los-trastornos-temporomandibulares-consideraciones-actuales-4533>
- Casassus, R. (2007). Etiología del Bruxismo. En *Revista Dental de Chile* 2007; 99 (3) 27-37
<https://researchgate.net> 2737
- Domínguez Medina, F.M. (2013). *Trastornos psicológicos y su correlación etiopatogenética con el bruxismo*. [Tesis en opción al grado científico de Doctor en Ciencias en la Especialidad de Patología Existencial e Intervención en crisis, Universidad Autónoma de Madrid].
<https://repositorio.uam.es/handle/10486/660601>
- Hernández Reyes, B., Díaz Gómez, S. M., Hidalgo Hidalgo, S., López Lamezón, S., García Vitar, L., y Enrique Noy, J. (2017). Factores de riesgo de bruxismo en pacientes adultos. *Archivo Médico de Camagüey* 21 (3) 12-24
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552017000300002
- Moncada, L., Gallardo, I., Aguilar, L. y Cojean, C. (2009). Bruxómanos presentan un estilo de personalidad distintivo. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría* 47 (2) 5-25
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-92272009000200002&lng=es&nrm=iso
- Nápoles García, D., García Cabrera, L., Rodríguez Reyes, O. y Nápoles Méndez, D. (2014). Tendencias contemporáneas de las bases fisiopatológicas del bruxismo. *MEDISAN* 18 (8) 10-28 http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192014000800017&script=sci_abstract

Organización Mundial de la Salud (2 de Noviembre de 1982). *Carta de Ottawa*.

<https://iris.paho.org/handle/10665.2/44469>

Organización Mundial de la Salud (5 de Agosto de 2018). Acerca del concepto educación para la salud

http://132.248.48.64/repositorio/moodle/pluginfile.php/1727/mod_resource/content/6/contento/index.html

Restrepo, C., Gómez, S. y Manrique, R. (2009). Treatment of bruxism in children: a systematic review. *Quintessence Internacional*. 40 (10): 849–855.

https://www.researchgate.net/publication/38075629_Treatment_of_bruxisms_in_children_A_systematic_review

Rodríguez Rodríguez, O., Gutiérrez Segura, M. y Segura Martínez, N. (2008). Prevalencia del bruxismo en trabajadores de la policlínica “Pedro del Toro” de la provincia Holguín.

Correo Científico Médico de Holguín, 12 (2) 15-25

<https://docplayer.es/amp/85637687-Correo-cientifico-medico-de-holguin-issn-ccm-2017-3.html>

Lobbezoo, F., Van Der Zaag, J., y Van Selms, M. K. (2008). Principles for the management of bruxism. *Journal of Oral Rehabilitation*, 2008, 35(7), 509–523

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2842.2008.01853.x>