

Factores de riesgo de bruxismo en adultos de 20–59 años atendidos en Urgencias Estomatológicas

Bruxism Risk Factors in 20–59 Year-Old Adults Receiving Emergency Dental Care

Yasnel Marrero Benítez¹ <https://orcid.org/0009-0005-9920-6213>

Merlis Morales Alonso² <https://orcid.org/0009-0008-5448-2814>

Estela de los Ángeles Gispert Abreu³ <https://orcid.org/0000-0002-3427-4099>

Liliam Quelle Santana^{3*} <https://orcid.org/0000-0001-8634-6536>

¹Clínica Estomatológica Pedro Betancourt. Matanzas, Cuba.

²Policlínico 7 de Diciembre. Matanzas, Cuba.

³Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia: liliamquelle@gmail.com

RESUMEN

Introducción. El bruxismo es una condición de alta prevalencia en la población adulta cubana y constituye un problema de salud por sus complicaciones crónicas dentales, articulares y psicosociales.

Objetivo. Identificar los factores de riesgo asociados al bruxismo en adultos de 20 a 59 años atendidos en el servicio de Urgencias Estomatológicas del primer nivel de atención en Pedro Betancourt, Matanzas.

Métodos. Estudio analítico de casos y controles, en adultos que asistieron a la Clínica Estomatológica "Pedro Betancourt", en Jagüey Grande, provincia de Matanzas, entre febrero de 2025 y marzo de 2026. Se obtuvo una muestra probabilística de 70 casos y 140 controles. Las variables estudiadas fueron sexo, edad, presencia de estrés, ansiedad, depresión, pérdida dentaria, ajuste de las restauraciones, interferencias oclusales y hábitos tóxicos. Se confeccionaron tablas de contingencia para el cálculo del *Odds Ratio* y se realizó el contraste de hipótesis ji cuadrado de homogeneidad, con un intervalo de confianza del 95 %.

Resultados. Se evidenció asociación entre el bruxismo y la presencia de estrés (OR = 1,99; p = 0,028), y la presencia de interferencias oclusales (OR = 17,28; p = 0,001).

Conclusiones. El estrés y las interferencias oclusales constituyen factores de riesgo independientes para bruxismo en la población estudiada. Su identificación permite planear intervenciones tempranas y prevenir complicaciones, lo que

impacta en la calidad de vida de las personas que lo padecen y en los costos sanitarios.

Palabras clave: bruxismo; factores de riesgo; atención primaria de salud; oclusión dental; estrés psicológico.

ABSTRACT

Introduction: Bruxism is a highly prevalent condition in the Cuban adult population and constitutes a health problem due to its chronic dental, joint, and psychosocial complications.

Objective: To identify risk factors associated with bruxism in adults aged 20 to 59 years treated at the Dental Emergency Service of the primary health care level in Pedro Betancourt, Matanzas.

Methods: An analytical case-control study was conducted. A total of 70 cases with a clinical diagnosis of bruxism and 140 bruxism-free controls were included by simple random sampling. Variables analyzed were: sex, age, stress, anxiety, depression (assessed by DASS-21), tooth loss, restoration fit, occlusal interferences, and toxic habits. Odds ratios (OR) with 95 % CI and chi-square test for homogeneity were estimated.

Results: An association was found between bruxism and the presence of stress (OR = 1.99; $p = 0.028$) and the presence of occlusal interferences (OR = 17.28; $p = 0.001$).

Conclusions: Stress and occlusal interferences are independent risk factors for bruxism in the studied population. These findings support the need for integrated preventive interventions in primary health care, with a biopsychosocial and occlusal approach.

Keywords: bruxism; risk factors; primary health care; dental occlusion; psychological stress.

Recibido: 09/09/2026

Aceptado: 11/09/2026

Introducción

El bruxismo es el hábito involuntario de apretar o rechinar los dientes, ya sea durante el día o la noche, sin un propósito funcional como masticar. Esta condición ha tenido especial atención por los investigadores, dada su relación con los efectos negativos que este podría ocasionar en el ser humano.⁽¹⁾

Los antecedentes del bruxismo se remontan a referencias en textos antiguos, donde se describe como "crujir y rechinar de dientes" asociado a castigos eternos y se le atribuyó un significado mítico-religioso. La comprensión actual del bruxismo rebasa las teorías oclusales clásicas y lo sitúa como un comportamiento complejo regulado por el sistema nervioso central.⁽²⁾

El bruxismo de sueño se asocia a microdespertares corticales y activación autonómica que desencadenan actividad rítmica de los músculos masticatorios, mientras que el de vigilia se vincula directamente con estados de estrés sostenido y tensión emocional.⁽³⁾

Las interferencias oclusales, antiguamente consideradas causa principal, son hoy reinterpretadas como factores moduladores de una actividad muscular previamente sensibilizada, no como desencadenantes primarios.⁽⁴⁾

Los modelos biopsicosociales actuales, liderados por el consenso internacional ⁽²⁾, definen el bruxismo como resultado de la interacción dinámica entre factores genéticos, neuroquímicos, psicosociales y ambientales, donde el estrés opera como eje central y el apretamiento dental constituye una estrategia de afrontamiento disfuncional.⁽⁵⁾ En investigaciones recientes se reconoce su origen multicausal.⁽⁶⁾

Los principales síntomas del bruxismo incluyen dolor o rigidez mandibular, en especial al despertar, dolores de cabeza frecuentes y sensibilidad dental a temperaturas extremas o alimentos dulces. Otros signos comunes son el rechinar audible de dientes, dolor de oído sin infección, desgaste del esmalte dental y tensión muscular facial. Asimismo, se pueden identificar en estos pacientes alteraciones del sueño, insomnio o despertares frecuentes.

Con respecto a los signos observables, el bruxismo puede causar dientes aplanados, astillados o flojos, así como inflamación en la articulación temporomandibular (ATM).⁽⁷⁾

Entre las causas principales del bruxismo se han documentado: el estrés y la ansiedad, que actúan como desencadenantes clave en la mayoría de los casos, tanto diurnos como nocturnos. Otros factores comunes son los problemas de alineación dental, como por ejemplo maloclusiones, trastornos del sueño como apnea y hábitos tóxicos como el consumo excesivo de cafeína, alcohol o tabaco. Se destacan otros factores como problemas en la articulación temporomandibular, mala postura o respiración bucal, factores genéticos y el consumo de medicamentos antidepresivos.^(8,9)

Las complicaciones a largo plazo del bruxismo incluyen daños irreversibles en los dientes y trastornos crónicos en la articulación temporomandibular. Sin

tratamiento, puede generar dolor persistente, problemas musculares y alteraciones del sueño que afectan la calidad de vida de las personas. Puede provocar, además, daños dentales, desgaste severo del esmalte, fracturas o dientes flojos, sensibilidad extrema de las encías e infecciones periodontales. Las complicaciones articulares y musculares son frecuentes, como chasquidos de la articulación temporomandibular, limitación de movimiento y dolor crónico. El bruxismo prolongado puede causar insomnio, fatiga crónica y, en casos graves, hipertrofia muscular o neuralgia. De ahí la importancia de su diagnóstico oportuno, que previene complicaciones mayores como pérdida dental o necesidad incluso de cirugía.⁽¹⁰⁾

Según lo antes expuesto, el bruxismo, por su complejidad, exige una atención interdisciplinaria e integral, que incluya aspectos biopsicosociales de los pacientes, su familia y la comunidad, en la cual se ejecuten acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la salud. Su manejo debe partir del primer nivel de atención de salud, de ahí la importancia del rol que desempeña el estomatólogo general integral, como parte esencial de su diagnóstico precoz y derivación futura de los pacientes, desde el área de salud. Asimismo, se reconoce la necesidad de la intervención de otras especialidades, tanto estomatológicas como clínicas y quirúrgicas.⁽¹¹⁾

La prevalencia de bruxismo en la población mundial adulta se estima en un 22,2 % (IC 95 %: 19,6-25,1), con cifras similares para el bruxismo de sueño (21,0 %) y el bruxismo en vigilia (23,0 %), según el metaanálisis más reciente.⁽¹²⁾

Estudios que emplean criterios diagnósticos clínicos estandarizados reportan una prevalencia de bruxismo en vigilia probable del 16,0 %, mientras que las estimaciones basadas exclusivamente en autorreporte alcanzan el 25,9 %.⁽¹³⁾

Pese a estos avances, persisten brechas de conocimiento significativas, pues la mayoría de los estudios se basa en autorreportes sin confirmación clínica estandarizada, se emplean diferentes métodos diagnósticos y existe escasa evidencia sobre la influencia de los factores oclusales y psicosociales.

En Cuba, estudios en diferentes territorios reportan cifras más altas, que oscilan entre un 75,0 % y un 79,0 %.^(14,15,16) La atención tardía, centrada en secuelas irreversibles, genera sobrecostos evitables y satura servicios de urgencia que podrían destinarse a intervenciones preventivas.

En la literatura revisada no se encontraron estudios referidos al bruxismo en la provincia de Matanzas. El bruxismo no diagnosticado y tratado tiene un impacto socioeconómico negativo en el sistema de salud cubano, pues puede saturar los servicios y generar costos directos e indirectos.

De ahí que el presente estudio tenga como objetivo identificar los factores de riesgo de bruxismo en los pacientes adultos atendidos en el servicio de Urgencias en la Clínica Estomatológica "Pedro Betancourt", en el municipio Jagüey Grande, perteneciente a la provincia de Matanzas.

Métodos

Se realizó un estudio analítico de casos y controles en pacientes con edades comprendidas entre 20 y 59 años, atendidos por el servicio de Urgencias en la Clínica Estomatológica "Pedro Betancourt", en el municipio Jagüey Grande, en la provincia de Matanzas, en el período comprendido entre febrero de 2025 y marzo de 2026.

Se definieron como casos a los pacientes con edades entre 20 y 59 años, que asistieron al servicio desde febrero a junio de 2025, con diagnóstico de bruxismo.

Se consideró como controles a aquellos pacientes procedentes del mismo servicio, y del mismo grupo de edad, sin diagnóstico de bruxismo.

Diseño muestral

para el estudio se seleccionaron dos muestras mediante técnicas probabilísticas similares: una para los casos y otra para los controles. La selección se realizó mediante muestreo aleatorio simple a partir de la población de casos, según los siguientes parámetros estadísticos: una prevalencia estimada de bruxismo del 76,2 % ⁽¹⁶⁾, un error tipo alfa del 5 %, una caída muestral del 5 % y un error beta del 10 %.

Asimismo, se seleccionó una muestra probabilística de la población de controles por muestreo aleatorio simple. Se decidió que fueran dos controles por caso, dada la prevalencia de esta anomalía encontrada en la literatura.

El tamaño de la muestra se calculó a partir de la siguiente fórmula ⁽¹⁷⁾:

$$n = \frac{[Z\alpha\sqrt{2\hat{p}\hat{q}} + Z\beta\sqrt{p_1q_1 + p_0q_0}]^2}{(p_1 - p_0)^2}$$

Donde:

n = tamaño de la muestra

Z α = error tipo alfa de 5 %

$Z\beta$ = error beta de 10 %

p_0 = 76,2 % frecuencia relativa esperada (9)

R = 2 razón de momios esperada de la asociación.

Se utilizó el programa Epidat 3.1.

Se seleccionó a razón de dos controles por caso. La muestra quedó constituida por 70 casos y 140 controles no pareados.

Se estudiaron las siguientes variables:

Variable dependiente:

- Presencia de bruxismo probable:

Para los efectos de esta investigación, los autores consideraron como caso de bruxismo el probable, cuyo diagnóstico se realizó a partir de la combinación del autorreporte y la exploración clínica: según lo referido por el paciente sobre la presencia de rechinar nocturno, despertar con dolor mandibular o cefalea, sensación de apretamiento diurno y sueño no reparador; y exploración clínica intraoral, donde se constata la presencia de desgaste facetado del esmalte y dentina, fricción generalizada, fractura de cúspides, restauraciones fracturadas e hipersensibilidad dentaria; y en la exploración extraoral existe dolor a la palpación de maseteros y de los músculos temporales, hipertrofia muscular, limitación o desviaciones en la apertura, chasquidos o ruidos articulares.^(18,19)

Variables independientes:

Epidemiológicas:

- Sexo: según características biológicas diferenciales, femenino y masculino.
- Edad: según años cumplidos desde su nacimiento, de 20 a 34, de 35 a 44 y de 45 a 59 años.

Psicológicas:

- Estrés: según resultados del cuestionario DASS-21; presente, 8 puntos o más, y ausente, con puntaje de 0 a 7.
- Ansiedad: según resultados del cuestionario DASS-21; presente, 4 puntos o más y ausente, con puntaje de 0 a 3.
- Depresión: según resultados del cuestionario DASS-21; presente, 5 puntos o más y ausente, con puntaje de 0 a 4.

Alteraciones oclusales:

- Pérdida dentaria: según examen físico se constata ausencia de al menos un diente, presente y ausente.
- Ajuste de las restauraciones: según requerimiento de modificar las obturaciones, coronas o incrustaciones para asegurar un contacto oclusal armónico y preciso con los dientes antagonistas. Se consideró presencia de restauración mal ajustada cuando el contacto oclusal no es armónico y preciso, que se identifica a la observación o con el explorador: ausente, caso contrario.
- Interferencia: según examen clínico funcional de la oclusión, presente: si se detecta cualquier contacto dentario prematuro que impide la relación estable y armónica de las demás superficies oclusales durante el cierre mandibular u otros movimientos de la mandíbula; y ausente: no se detecta.

Hábitos tóxicos:

- Consumo de alcohol: según lo referido por el paciente, presente si refiere consumo excesivo episódico (≥ 5 bebidas en una ocasión); y ausente, menos de esa cantidad.
- Tabaquismo: según lo referido por el paciente, presente y ausente. Se interrogó sobre el consumo de cigarrillos en los últimos 10 años. Se clasificó como: presente al menos un cigarrillo al día, y ausente, no consume.
- Uso de fármacos: según lo referido por el paciente, presente y ausente. Se consideró presente según consumo habitual actual de psicofármacos en los últimos cinco años.

Se realizó una amplia revisión bibliográfica de artículos científicos en bases de datos nacionales e internacionales como SciELO Regional, PubMed/MedLine, Web de la Ciencia y en la Biblioteca Virtual de Salud (BVS). Los descriptores de ciencias de la salud (DeCS) utilizados fueron bruxismo y factores de riesgo.

Los datos se obtuvieron a través de la anamnesis y el examen clínico realizado a cada uno de los pacientes incluidos en el estudio, plasmado en una planilla individual confeccionada al efecto con aquellas variables que fueron utilizadas en la investigación. La información fue recogida y procesada solo por los autores para evitar sesgos en la misma.

Para identificar las variables psicológicas se aplicó el cuestionario DASS-21 versión abreviada, compuesto por 21 ítems, que permitió identificar la presencia de estrés, ansiedad y depresión en las últimas semanas. Cuestionario validado y

aplicado en Cuba con anterioridad, con valores adecuados de validez de contenido y de consistencia interna.^(20,21)

Se empleó el programa Excel para crear la base de datos que fue procesada en el paquete estadístico profesional SPSS-PC versión 21 y Epidat 3.1. Se realizó un análisis estadístico para procesar los datos generales y específicos obtenidos. Para describir las características demográficas, epidemiológicas y clínicas se emplearon las medidas resumen para variables cualitativas (frecuencias absolutas y relativas). Para la identificación de factores de riesgo se confeccionaron tablas de contingencia para calcular *Odds Ratio* (OR), y se realizó contraste de hipótesis ji cuadrado de homogeneidad, con un intervalo de confianza del 95 %.

Se preservó el cumplimiento de los lineamientos éticos de las investigaciones biomédicas promulgados en la Declaración de Helsinki.⁽²²⁾

Resultados

La tabla 1 recoge información sobre la distribución por sexo y presencia de bruxismo. En la misma se apreció el predominio del sexo femenino, tanto en los casos como en los controles, lo que representó el 55,7 y el 54,3 % de ambas muestras respectivamente, sin evidencia de asociación entre ambas variables.

Al relacionar la presencia de bruxismo con la variable edad, se encontró que predominó en el grupo de 35 a 44 años, con un 51,4 % de los controles y un 56,4 % de los casos. Tampoco se hallaron en los datos de las muestras evidencias de asociación entre la edad y la presencia de bruxismo.

En la tabla 3 se distingue que la manifestación psicológica más frecuente resultó ser el estrés, pues afectó al 58,6 % de los casos y al 41,4 % de los controles. La presencia de bruxismo es casi dos veces más frecuente en pacientes con estrés con respecto a los que no lo presentaron.

Las alteraciones oclusales más representadas fueron las interferencias, con un 54,3 % en los casos y un 6,4 % en los controles. La presencia de bruxismo es 17 veces más frecuente en pacientes con interferencias con respecto a los que no las presentaron, con un valor mucho menor de 0,001.

En ambos grupos predominó el consumo de tabaco, con 12,9 % en los casos y un 20,0 % en los controles. No se encontraron evidencias de asociación entre la presencia de bruxismo y el consumo de alcohol, de tabaco y de fármacos.

Tabla 1 - Distribución de pacientes según sexo y presencia de bruxismo

Sexo	Casos		Controles		OR	IC 95 %	X ^{2**}	p
	No	%*	No	%*				
Femenino	39	55,7	76	54,3	1,06	0,59-1,88	0,01	0,909
Masculino	31	44,3	64	45,7				
Total	70	100.0	140	100.0				

*Porcentaje calculado por columnas **X² homogeneidad con corrección de Yates.

Al relacionar la presencia de bruxismo con la variable edad, se encontró que predominó en grupo de 35 a 44 años, con un 51,4 % de los controles y un 56,4 % de los casos. Tampoco se hallaron en los datos de las muestras, evidencias de asociación entre la edad y la presencia de bruxismo.

Tabla 2 - Distribución de pacientes según edad y presencia de bruxismo

Edad en años	Casos		Controles		OR	IC 95 %	X ^{2**}	p
	No	%*	No	%*				
20 -34***	23	32,9	48	34,3	1,00		1,92	0,383
35-44	36	51,4	79	56,4	0,95	0,50-1,79		
45-59	11	15,7	13	9,3	1,77	0,69-4,54		
Total	70	100.0	140	100.0				

*Porcentaje calculado por columnas **X² homogeneidad con 2 gl.

*** Nivel de referencia el grupo de edad de 20 a 34 años

En la tabla 3 se distingue que la manifestación psicológica más frecuente resultó ser el estrés, pues afectó al 58,6 % de los casos y al 41,4 % de los controles. La presencia de bruxismo es casi dos veces más frecuente en pacientes con estrés con respecto a los que no lo presentaron.

Tabla 3 - Distribución de pacientes según manifestaciones psicológicas y presencia de bruxismo

Manifestaciones psicológicas	Casos n=70		Controles N=140		OR	IC 95 %	X ^{2**}	p
	No	%*	No	%*				
Estrés	41	58,6	58	41,4	1,99	1,11-3,57	4,83	0,028

Ansiedad	17	24,3	45	32,1	0,67	0,35-1,29	1,03	0,309
Depresión	8	11,4	27	19,3	0,54	0,23-1,26	1,55	0,213

*Porcentaje calculado por columnas **X² homogeneidad con corrección de Yates.

Las alteraciones oclusales más representadas fueron las interferencias con un 54,3 % en los casos y un 6,4 % en los controles. La presencia de bruxismo es 17 veces más frecuente en pacientes con interferencias con respecto a los que no las presentaron, con un valor de mucho menor de 0,001. (Tabla 4)

Tabla 4 - Distribución de pacientes según alteraciones oclusales y presencia de bruxismo

Alteraciones oclusales	Casos n=70		Controles N=140		OR	IC 95 %	X ^{2**}	p
	No	%*	No	%*				
Perdida dentaria	12	17,1	16	11,4	1,60	0,71-3,61	0,87	0,351
Restauraciones mal ajustadas	15	21,4	24	17,1	1,32	0,64-2,71	0,32	0,572
Interferencias	38	54,3	9	6,4	17,28	7,67-39,36	58,80	0,001

*Porcentaje calculado por columnas **X² homogeneidad con corrección de Yates.

En ambos grupos predominó el consumo de tabaco, con 12,9 % en los casos y un 20,0 % en los controles. No se encontraron evidencias de asociación entre la presencia de bruxismo y el consumo de alcohol, de tabaco y de fármacos. (Tabla 5)

Tabla 5 - Distribución de pacientes según hábitos tóxicos y presencia de bruxismo

Hábitos Tóxicos	Casos n=70		Controles n=140		OR	IC 95 %	X ^{2**}	p
	No	%*	No	%*				
Consumo de alcohol	3	4,3	8	5,7	0,74	0,19-2,87	0,01	0,913
Tabaquismo	9	12,9	28	20,0	0,59	0,26-1,33	1,18	0,276

Fármacos	4	5,7	7	5,0	0,74	0,19-2,87	0,01	0,912
----------	---	-----	---	-----	------	-----------	------	-------

*Porcentaje calculado por columnas **X² homogeneidad con corrección de Yates.

La relación entre bruxismo y sexo ha sido ampliamente abordada por los investigadores. En estudios recientes, *Cordazzo* y coautores ⁽²³⁾ hallaron un 59,4 % de mujeres con bruxismo. *Mosquera* y colaboradores ⁽⁷⁾ reportan un 63,1 % de pacientes femeninas, pero en el análisis bivariado no observaron diferencias significativas con relación a la variable sexo. De igual manera, *Hernández* ⁽¹⁵⁾ obtuvo resultados similares. Resultado que coincide con la presente investigación.

Los autores son del criterio de que la mayoría de los estudios encontrados tienen un alto predominio de mujeres, lo que dificulta diferenciar si la diferencia observada se debe al sexo o al sesgo de selección, dado que las féminas tienen una mayor demanda de atención.

En la literatura revisada se reporta que el bruxismo, sobre todo el del sueño, es más frecuente en la adultez joven.^(15,21) Según *Trupman* ⁽²⁴⁾, en un estudio realizado sobre factores de riesgo de bruxismo, encontró que el grupo de mayor afectación fue el de 35 a 54 años con un 46,5 %. Se debe destacar el declinar de la incidencia de bruxismo en personas de 60 años y más. Esto puede explicarse porque en los grupos de edad entre 20 y 59 años está concentrada la mayor población activa desde la arista laboral, con mayor responsabilidad en el sostén económico familiar, y el cuidado de los hijos y de los adultos mayores dependientes. De ahí que la edad actúa como marcador de exposición a factores psicosociales, más que como causa directa de bruxismo.

La probable relación causal entre el estrés y la presencia de bruxismo está ampliamente documentada, según *Rodríguez* ⁽²⁵⁾ y *Boada* y colaboradores ⁽²⁶⁾, en sendas revisiones bibliográficas sobre el tema, el estrés estuvo presente como causa en la mayoría de los artículos revisados sobre bruxismo, lo que coincide con la presente investigación. Esto pudiera explicarse por el desarrollo de ciertos hábitos adquiridos por estos pacientes para mitigar el estrés y la ansiedad, manifestados como tensión muscular.

La contribución de la oclusión dental al bruxismo ha sido objeto de un largo debate entre investigadores. Se ha planteado que las interferencias oclusales o contactos prematuros en los movimientos mandibulares provocan bruxismo como mecanismo de autoajuste para desgastar cúspides altas y restaurar armonía oclusal. No obstante, autores desestiman esto y lo asocian más a factores psicosociales como el estrés y la ansiedad.⁽²⁷⁾ Para *Lile* y coautores, el bruxismo se asoció de forma significativa a la presencia de interferencias

oclusales, lo que se corresponde con los hallazgos de este estudio.⁽⁴⁾ No obstante, se aprecia un creciente reconocimiento de la naturaleza multifactorial del bruxismo, a pesar de que gran parte de la investigación existente se basa en informes subjetivos, autorreportes e instrumentos no estandarizados, lo que limita la comparabilidad y la generalización.^(4,26,27)

Según *Ronsivalle* y colaboradores ⁽²⁸⁾, se encontró asociación significativa entre el consumo de alcohol, el tabaquismo y el abuso de drogas con la presencia de bruxismo. Estos resultados no coinciden con la presente investigación. Los autores opinan que en esos estudios se examinan estos hábitos de consumo de manera bivariada, y no se realiza un análisis multivariado que incluya los aspectos psicosociales como el estrés y la ansiedad. Esta exigencia de rigor en el estudio se justifica porque los pacientes con antecedentes de estas manifestaciones psicológicas muestran cierta adherencia a estos hábitos tóxicos, como supuesto alivio o mejora de los síntomas de estrés y ansiedad.

Aunque en la literatura revisada se han identificado riesgos clave como el estrés y las alteraciones oclusales, los autores son del criterio de que faltan estudios longitudinales que cuantifiquen su interacción, lo que permitirá generar evidencias para elaborar guías clínicas actualizadas y ensayos terapéuticos dirigidos. Por otra parte, la modelación estadística de los riesgos de bruxismo haría posible la predicción de su aparición, lo que llevará a intervenciones sanitarias más efectivas.

Las interferencias oclusales alcanzaron un OR muy elevado, hallazgo que, aunque consistente con la magnitud de estudios recientes, *Lile* y colaboradores.⁽⁴⁾ reportan un OR ajustado de 4,7 (IC 95 %: 1,5-15,0), no es unánime en la literatura.

Esta heterogeneidad obedece a diferencias metodológicas importantes (criterios diagnósticos, poblaciones, medición de la exposición) y refuerza el consenso actual de que los factores oclusales actúan como moduladores o cofactores en individuos predispuestos, no como causa suficiente ni necesaria.⁽²⁾

Los hallazgos refuerzan la necesidad de: evaluar sistemáticamente la oclusión en todo paciente con sospecha de bruxismo; identificar interferencias francas que contribuyan al cuadro clínico; priorizar intervenciones reversibles (férulas oclusales, ortodoncia cuando esté indicada) sobre procedimientos irreversibles; e interpretar las interferencias como cofactores moduladores dentro de un modelo biopsicosocial, y no como causa única.

La coexistencia de un factor psicosocial (estrés) con un factor oclusal (interferencias) en el mismo modelo explicativo refleja la naturaleza

multifactorial del bruxismo. Clínicamente, esto implica una evaluación integral (anamnesis psicológica + examen oclusal funcional) y un tratamiento escalonado y personalizado: el manejo del estrés como eje transversal, la férula oclusal como dispositivo de protección y el ajuste oclusal mínimamente invasivo solo ante interferencias claras, documentadas y reproducibles.⁽²⁾

Este estudio valida empíricamente el modelo biopsicosocial del bruxismo en la población estudiada. Jerarquiza factores de riesgo (estrés como factor poblacional, interferencias como cofactores moduladores). La evaluación de variables psicológicas se realizó mediante un instrumento validado internacionalmente.

Conclusiones

El bruxismo en adultos atendidos en el primer nivel de atención se asocia significativamente con estrés psicológico e interferencias oclusales. Ambos factores son identificables mediante procedimientos clínicos sencillos, de bajo costo y alta factibilidad en el sistema de salud cubano. Su detección temprana permite intervenciones oportunas que previenen complicaciones crónicas, mejoran la calidad de vida de los pacientes y contribuyen a la sostenibilidad del sistema sanitario. Este estudio aporta evidencias locales sólidas para la toma de decisiones basadas en datos, la actualización de guías clínicas y el diseño de programas de intervención con enfoque biopsicosocial en estomatología.

Referencias bibliográficas

1. Oyarzo JF, Valdés C, Bravo R. Etiología, diagnóstico y manejo de bruxismo de sueño. Rev. Med. Clin. Condes. 2021 [acceso 3/11/2026];32(5):603-10. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S0716864021000882>
2. Verhoeff M, Lobbezoo F, Ahlberg J, Bender SD. Updating the bruxism definitions: report of an international consensus meeting. J Oral Rehabil. 2025. DOI: <https://doi.org/10.1111/joor.13985>
3. Manfredini D, Ahlberg J, Wetselaar P, Svensson P, Lobbezoo F. The bruxism construct: from aetiological hypotheses to clinical phenotyping. J Oral Rehabil. 2023 [acceso 11/02/2026]; 50(12):1441–9. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/joor.13601>
4. Lile IE, Hajaj T, Constantin GD, Niculescu ST, Marian D, Stana O, et al. Association between occlusal interferences, temporomandibular joint dysfunction and bruxism in Romanian adults. J Clin Med. 2025 [acceso

11/02/2026];14(16):5612. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2077-0383/14/16/5612/pdf>

5. Polmann H, Réus JC, Massignan C, Serra NJM, Dick BD, Flores MC, *et al.* Association between sleep bruxism and stress symptoms in adults: a systematic review and meta-analysis. *J Oral Rehabil.* 2021 [acceso 11/02/2026]; 48(5):621–31. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/joor.13142>

6. Cifuentes HCB, Véjar VN, Salvado RB, Gómez PF, Azocar HA. Bruxismo: etiología, diagnóstico y sus repercusiones en adultos. *Revisión de la literatura. Odontol. Sanmarquina.* 2022. DOI: <https://doi.org/10.15381/os.v25i4.23839>

7. Mosquera CLT, Heredia BET, Armijos BM, Valdiviezo GMJ, Ocampo PER, Lema GHA. Bruxismo y manifestaciones clínicas en el sistema estomatognático en estudiantes de odontología. *Rev Cub Estomatología.* 2025 [acceso 31/01/2026];62:e5063. Disponible en: <https://scielo.sld.cu/pdf/est/v62/1561-297X-est-62-e5063.pdf>

8. Gavilánez VSM, Armijos MJF, Morales APA, Moreno BAL. Consideraciones sobre el bruxismo *Rev Cub de Investigaciones Biomédicas.* 2023 [acceso 31/01/2026];42: e2886. Disponible en: <https://revibiomedica.sld.cu/index.php/ibi/article/view/2886/1224>

9. Palima GZM, Campo GKP, del Valle MRD. Niveles de estrés y tipos de bruxismo en los estudiantes del área de odontología de la Universidad Rómulo Gallegos durante el primer semestre del año 2022. *Más Vita. Rev de Ciencias de Salud.* 2024 [acceso 31/01/2026];6(1) e-ISSN: 2665-0150. Disponible en: <https://ve.scielo.org/pdf/masvita/v6n1/2665-0150-masvita-6-01-41.pdf>

10. Mark T LT, Rahat A. The dental demolition derby: bruxism and its impact – part 1: background. *British Dental Journal.* 2022 [acceso 31/01/2026];232 (8). Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41415-022-4143-8>

11. Trupman HY, González EL, Olivares PG, Nuñez PLC, La O SNO. Modelo de gestión para la atención integral al paciente con bruxismo. *Rev Cub Med Militar.* 2025 [acceso 31/01/2026];54(4): e025076915. Disponible en: <https://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/76915/3248>

12. Zieliński G, Pająk ZB, Pająk A, Wójcicki M, Litko RM, Ginszt M. Global co-occurrence of bruxism and temporomandibular disorders: A meta-regression analysis. *Dent Med Probl.* 2024 [acceso 11/02/2026];61(6):809-21. Disponible en: <https://dmp.umw.edu.pl/en/article/2025/62/2/309/>

13. Stanisic N, Saracutu OI, Colonna A, Wu W, Manfredini D, Häggman HB. Awake bruxism prevalence across populations: a systematic review and meta-analysis. *J Evid Based Dent Pract.* 2025 [acceso 11/02/2026];25(3):102171. Disponible en: [https://www.jebdp.com/article/S1532-3382\(25\)00071-4/fulltext](https://www.jebdp.com/article/S1532-3382(25)00071-4/fulltext)

14. Silva CAM. Bruxismo: su comportamiento en un área de salud *Rev. Ciencias Médicas.* 2015 [acceso 31/01/2026];19 (1):56-65. Disponible en: <https://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v19n1/rpr09115.pdf>

15. Hernández RB, Díaz GSM, Lazo NR, Puerto PTV. Caracterización clínica-epidemiológica del bruxismo en pacientes adultos. Arch éd Camagüey 2024 [acceso 31/01/2026];28: e9967. Disponible en: <https://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/9967/4847>
16. Cardentey GJ, González GX, Gil FBV, Piloto GAB. Factores de riesgo asociados al bruxismo en adultos mayores de un área de salud. Rev Ciencias Médicas de Pinar del Río 2017 [acceso 31/01/2026]; 21(5): 669-76. Disponible en: <https://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v21n5/rpr09517.pdf>
17. Gómez GM, Danglot BC, Huerta ASG, García de la TG. El estudio de casos y controles: su diseño, análisis e interpretación, en investigación clínica. Revista Mexicana de Pediatría. 2003 [acceso: 31/01/2026];70(5):257-63. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?DARTICULO=8119>
18. Pinos RPJ, Gonzabay BEM, Cedeño DMJ. El Bruxismo, Conocimientos Actuales. Una Revisión de la Literatura. RECIAMUC. 2020; 4 (1): 49-58. DOI: [https://doi.org/10.26820/reciamuc/4.\(1\).enero.2020.49-58](https://doi.org/10.26820/reciamuc/4.(1).enero.2020.49-58)
19. Mosquera CT, Tiñe MEM, Ocampo PER, Lema GHA, Lima ÁL, Rodríguez SA. Validación de un protocolo diagnóstico de Bruxismo a través de un estudio piloto. INFODIR. 2024 [acceso 18/02/2026]; Disponible en: <https://revinfodir.sld.cu/index.php/infodir/article/view/1590>
20. Villegas MJD, Pedraza REM, Corrales RIE. Carranza ERF, Mamani BOJ. Validez y confiabilidad de una escala para medir depresión, ansiedad y estrés aplicada a estudiantes de estomatología cubanos durante la COVID-19. Rev Cubana Estomatol. 2023 [acceso 18/02/2026]; 60(3):e4428. Disponible en: <https://scielo.sld.cu/pdf/est/v60n3/1561-297X-est-60-03-e4428.pdf>
21. Corrales RIE, Villegas MLD, Carranza ERF, Mamani BOJ. Depresión, ansiedad y estrés en estudiantes cubanos de Estomatología durante el rebrote de la COVID-19. Rev Cub Med Militar. 2022 [acceso 17/02/2026]; 51(1): e02201720. Disponible en: <https://scielo.sld.cu/pdf/mil/v51n1/1561-3046-mil-51-01-e1720.pdf>
22. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Helsinki, Finlandia. Revisión del 2024. [acceso 02/02/2026]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
23. Cordazzo AS, Melgarejo LDI. Prevalencia del bruxismo en pacientes de 18 a 60 años. Rev Paraguaya de Salud. 2024. DOI: <https://doi.org/10.33996/rps.v1i1.1>
24. Trupman HY, Olivares PG, Núñez PLC, Balleuxs PM, Peralta AL. Caracterización clínica y epidemiológica de pacientes con bruxismo. MEDISAN.2024 [acceso: 02/02/2026];28(3): e4968. Disponible en: <https://scielo.sld.cu/pdf/san/v28n3/1029-3019-san-28-03-e4968.pdf>

25. Rodríguez PM, Cartaya DMC. El estrés y su relación con el bruxismo. Rev ESPIMED. 2022 [acceso: 02/02/2026];3(3): e64. Disponible en: <https://revspimed.sld.cu/index.php/spimed/article/view/64>
26. Boada ZCR, Hurtado GFS, Tovar PA. Efectos en la estructura dental y bruxismo por estrés: una revisión sistemática. Rev Información Científica. 2023 [acceso: 02/02/2026];ISSN 1028-9933. Disponible en: <https://revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/4407/6049>
27. Menéndez OLE, Marín VGX, Guamán VSA. Disfunciones de la Articulación Temporomandibular y maloclusión dentaria. Rev Ciencias Médicas. 2025 [acceso: 02/02/2026];29(2025): e6681. Disponible en: <https://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v29n1/1561-3194-rpr-29-01-e6681.pdf>
28. Ronsivalle V, Marrapodi MM, Siurkel Y, Cicciú M, Minervini G, et al. Prevalence of Bruxism in alcohol abusers: a systematic review conducted according to PRISMA guidelines and the Cochrane handbook for systematic reviews of interventions. BMC Oral Health. 2024. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12903-024-03862-1>

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Contribución de los autores

Conceptualización: Yasnel Marrero, Merlis Morales

Curación de datos: Liliam Quelle Santana

Análisis Formal: Estela Gispert, Liliam Quelle

Adquisición de financiamiento: Yasnel Marrero

Investigación: Yasnel Marrero, Merlis Morales

Metodología: Liliam Quelle

Administración del Proyecto: Yasnel Marrero

Recursos: Yasnel Marrero

Software: Liliam Quelle

Supervisión: Estela Gispert

Validación: Liliam Quelle, Estela Gispert

Visualización: Liliam Quelle

Redacción – Yasnel Marrero, Merlis Morales

Redacción - Revisión y edición: Liliam Quelle y Estela Gispert