

399
2 ej^o



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**PREVALENCIA DE BRUXISMO
EN NIÑOS**

T E S I N A

Que para obtener el Título de:

CIRUJANO DENTISTA

Presenta:

MARIA GUADALUPE SALINAS JARDINES —

Tutor:

DR. EN C.O. MANUEL SAAVEDRA GARCIA

Asesora:

C.D. ANGELES LETICIA MONDRAGON DEL VALLE



Va. Bo [Signature]

MEXICO, D.F.

JUNIO 1996



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A la Universidad por haber dado mas de lo que necesite.

*Al Dr. Manuel Saavedra por ser una de las personas que estuvo siempre ayudando,
apoyando y dedicando parte su tiempo en la elaboración de este trabajo además de la confianza
depositada en mi.*

A la Dna. Angeles Mondragon por el apoyo en la elaboración de este trabajo.

Al H. Jurado

*A mi padre y hermanos; Rogelio ,Isabel, Jose Luis, Ignacio,
Miguel Ángel, Gregorio, Graciela.
Con Cariño.*

*A mis Amigos que estuvieron siempre en toda la carrera ofreciendo su apoyo,
confianza y sobre todo una amistad incondicional,
Gracias Ana, Gracias Marcelo.*

Gracias sobre todo a la persona que siempre ha estado en cada paso de mi camino, compartiendo éxitos y fracasos. Gracias por el apoyo, amor y comprensión; que siempre me ha dado.

En reconocimiento a lo mucho que siempre me brindas y como una muestra del orgullo de ser tu hija.

Gracias Mamá

Reconocimientos

Dr. Manuel Saavedra García

C.D. Angéles Mondragón.

Ing. Marco A. Olvera Viguera.

Ing. Alberto S. Toscano.

ÍNDICE

MARCO TEÓRICO	1
INTRODUCCIÓN	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	23
HIPÓTESIS	24
METODOLOGÍA	24
RESULTADOS	27
DISCUSIÓN	44
CONCLUSIÓN	47
BIBLIOGRAFÍA	48
APÉNDICE	50

MARCO TEÓRICO

ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL BRUXISMO

Centenares de años antes de que el hombre moderno consumiera su dieta blanda y refinada, los alimentos toscos y abrasivos constituyeron la comida diaria habitual. A medida que los contactos dentarios proximales se desgastan y los dientes migran hacia adelante, hay una continua necesidad de ajuste oclusal para compensar la migración mesial. Los alimentos toscos del hombre premoderno fueron lo suficientemente abrasivos como para desgastar las cúspides y las vertientes interferentes cuando el mecanismo del bruxismo era estimulado por los presorreceptores que rodean la raíz. Se creó un borramiento natural como respuesta a las fuerzas oclusales excesivas, y la dieta tosca aportaba el desgaste para ajustar la oclusión dentro de límites tolerables. Ahora ya no hay un desgaste natural de interferencias por el tipo de dieta moderna que se lleva a cabo, ahora la tendencia más frecuente es mover los dientes hasta aflojarlos por la tensión emocional. Esto no quiere decir que el hombre primitivo no tuviese que enfrentarse a periodos de tensión emocional y por ello se realizara un tipo de desgaste como respuesta a ello si no que influían más otros factores de vida. En el hombre moderno, ni su desgaste excesivo son aceptables, de modo que concierne al odontólogo prevenir los resultados del bruxismo.

Nadie negará que la tensión emocional pueda ser un factor predisponente del bruxismo. Si la tensión muscular aumenta con la tensión emocional, la tendencia a rechinar los dientes también aumenta pero sólo si hay interferencias.

INTRODUCCIÓN

El " rechinar de dientes " del que se habla tanto tiene gran importancia diagnóstica, El término bruxismo deriva del francés " la bruxomanie " , sugerido en 1907 por Marie y Pietkiewicz. Frohman fue posiblemente el primero que realmente usó la palabra " BRUXISMO" en 1931. (1)

El bruxismo se define comúnmente como el rechinar y movimiento de trituración de los dientes sin propósitos funcionales y el desgaste no funcional de las superficies dentarias . (1)

La tendencia de apretar los maxilares y rechinar los dientes, asociada con angustia o agresividad, ha sido observada y descrita tanto en animales como en el hombre. El rechinar de los dientes fue asociado con tensión o circunstancia adversas desde los primeros relatos históricos, lo cual indica que fue reconocido hace cientos de años. Es muy común y probablemente puede considerarse normal, la tendencia transitoria a apretar firmemente los maxilares y los dientes al efectuar un esfuerzo o para hacer cesar una manifestación emocional como el llanto, o bien para expresar determinación, es por ello que la tensión nerviosa aguda no específica, e incluso la tensión física muy pronunciada suelen estar asociados con un contacto de maxilares y dientes. Pero esto no quiere decir que sea un problema de bruxismo ; sin embargo , sí debe considerarse tal el apretamiento no funcional, habitual y persistente en oclusión céntrica sin tensión emocional obvia o necesidad para tal fijación.

(1)

Ramfjord afirma: " En todo paciente con bruxismo se hallara alguna clase de interferencia oclusal" . Los estudios electromiográficos realizados por Ramfjord y Ash mostraron que " a la eliminación de la disarmonía oclusal sigue una reducción del tono muscular y la integración armoniosa de la acción muscular.

Pocos son los estudios que se han realizado en el paciente infantil, sin embargo la importancia de este problema nos esta llevando a realizar una investigación más a fondo, las complicaciones más frecuentes que encontramos en esta alteración de la oclusión son problemas de articulación temporomandibular y desordenes temporomandibulares, estudios realizados en Estados Unidos por Vanderas AP dice que en todos los estudios relacionados con bruxismo fue constantemente relacionando con síntomas y signos de una disfunción temporomandibular , indicando que las relaciones existentes entre las disfunciones y parafunciones del sistema masticatorio se hacían presentes en esta alteración de la oclusión, este reporte fue altamente significativo pero desafortunadamente sin alguna base de investigación. (3)

Muchas veces, los padres llevan a sus hijos a una revisión por algún tratamiento odontológico, y ellos no tiene conocimiento del tipo de problema oclusal que presenta, tan sólo llevan a sus hijos por los problemas de caries que presentan o por alguna otra patología, desafortunadamente muchas veces como cirujanos dentistas tan sólo nos enfocamos a dar tratamiento al problemas que observamos a simple vista, como las restauraciones con coronas de cromo o algún tratamiento operatorio, sin tomar en cuenta el problema oclusal que tenemos, y así mismo lo dejamos y el problema de la oclusión no es atendido

oportunamente, posteriormente el paciente referirá algún cambio, pensara que el dolor que refiere al momento de la masticación o el dolor de su articulación temporomandibular es originado por el tratamiento odontológico, por el tipo de restauraciones, etc., o quizá sus restauraciones sufran fracturas a pesar de que ellas estén perfectamente bien elaboradas debido al constante movimiento o rechinamiento inconsciente que el paciente presenta.

En Australia un estudio que se realizo en un hospital en 105 pacientes a los cuales se les brindo un tratamiento a base de restauraciones de amalgamas, y de resinas compuestas; con dos tipos de aislamiento, con rollos de algodón y dique de hule . En este estudio comparativo se observó que a pesar de haber tenido una buena manipulación del material tiempo de trabajo adecuado y un buen aislamiento, un problema de bruxismo severo fue suficiente para que las restauraciones colocadas fueran fracturadas . Así se demostró que a pesar de que las restauraciones fueron colocadas en optimas condiciones de limpieza, aislado y preparación de la cavidad, si no existe una armonía en la oclusión y no se controla el bruxismo no tiene éxito alguno. (4)

CONCEPTOS BÁSICOS

Para poder comprender mas ampliamente el contenido de los capitulos posteriores, a continuación se describen de manera concreta los terminos que mas se emplean en los movimientos mandibulares y posiciones de la misma:

- **Protección canina**

Constituye un modelo de relación en la cual solo los caninos contactan durante el movimiento activo y los dientes posteriores no se tocan.

En la oclusión normal , los caninos superiores están por distal de los caninos inferiores. la relación mesial constituye un claro indicio en la maloclusión.

- **Función de grupo**

Las vertientes que intervienen en la guía de este movimiento, existen cuando hay contacto múltiple de los dientes posteriores, y la guía canina a perdido función. (5)

- **Mordida abierta**

Es muy común encontrarla debido a la presencia de un hábito digital, y estas son capaces de desfigurar la dentición permanente. (6)

Puede encontrarse en la zona anterior y posterior.

La mordida anterior, pueden afectar uno o dos incisivos o todos ellos, puede ser unilateral o bilateral, y suele deberse por algún hábito de lengua que origine labioversión de los incisivos inferiores.

La mordida cruzada posterior, se asocian en ocasiones con bóvedas palatinas altas, respiración bucal o hábitos de succión. (6)

CONTACTOS OCLUSALES

Relaciones oclusales en posiciones excéntricas.

Las excursiones excéntricas de la mandíbula tienen tres posiciones importantes:

1. Relaciones o contactos del lado de trabajo: En el lado de trabajo o activo, es posible detectar, según sea el tipo de guía funcional oclusal, un deslizamiento largo, corto o inexistente entre vertientes antagonistas.
2. Contactos del lado de balanceo: Se observo que en la dentición natural contacto en balanceo es casi inexistente, de haber algún contacto entre dientes de arcos antagonistas en el lado de balanceo, ocurrirá en las vertientes cúspides fundamentales de los dientes posteriores principalmente en los últimos molares.
3. Contactos en protusión mandibular: Aquí observamos lo que comúnmente se le denomina fenómeno de Christensen. cuando existe

un deslizamiento protusivo de la guía incisiva y los dientes posteriores quedan en desoclusión. (5)

Estos términos son importantes para la comprensión de la descripción de los contactos oclusales que mas adelante se describen

DEFINICION DE BRUXISMO

ETIOLOGÍA:

Los estudios mas recientes han demostrado que las causas principales de bruxismo ha sido debido a periodos de tensión emocional muy frecuentes o permanentes, por ejemplo; si la tensión muscular aumenta con la tensión emocional, la tendencia a rechinar los dientes también aumenta, pero sólo si hay interferencias. Hemos tocado otro punto importante predisponente para el bruxismo. " Interferencias Oclusales".(7)

El hábito del bruxismo se desencadena también por la presencia de factores locales que contribuyan a la hipertonicidad de los músculos y al movimiento de los maxilares anormales, Estos factores son: las interferencias oclusales y puntos prematuros de contacto, de aquí la importancia de su estudio debido a que surge una clasificación por su origen.

Sin embargo esto no quiere decir que la clasificación sea de forma independiente ya que los factores se combinan en ocasiones y juntos o por separado pueden predisponer o desarrollar bruxismo en el individuo.

El hábito del bruxismo en un individuo se desarrolla como se ha dicho por tensión emocional y/o stress, algunos estudios han demostrado que la vida emocional de un individuo prosigue aún durante el sueño, según los estudios realizados por algunos autores han comprobado que el bruxismo ocurre principalmente cuando se llega a la segunda etapa del sueño (estado de ensueño) y que esta asociado con movimientos oculares rápidos, movimientos corporales y ritmo cardiaco. (1, 8)

El apretamiento o rechinamiento de los maxilares y de los dientes durante periodos emocionales pueden ser de diferente importancia tanto para los dientes como el periodonto y estructuras adyacentes, según Ramfjord y Ash denominan al bruxismo dependiendo de la forma que se presente como bruxismo excéntrico y bruxismo céntrico diferenciando así su etiología , su diagnóstico y tratamiento. (1)

Tanto el bruxismo céntrico como el excéntrico son expresión de un aumento del tono muscular, el que se le denomine bruxismo céntrico o excéntrico depende de la ubicación de las interferencias.

Existen otros tipo de situaciones, estrechamente relacionadas con el bruxismo, son generalmente clasificadas como hábitos oclusales y no como bruxismo, estas situaciones son ; el morder fuertemente con maxilares en posición bloqueada, mordeduras de carrillos, lengua o labio , el morder objetos, uñas, ejercer presión de los dedos sobre los dientes. (7)

CLASIFICACIÓN DEL BRUXISMO.

El hábito del bruxismo es manejado como ya hemos mencionado en dos divisiones importantes propuestas por Ramfjord y Ash. de las cuales a continuación se describen sus características. (1)

BRUXISMO CÉNTRICO

La tendencia de apretar los maxilares y rechinar los dientes, asociado con angustia o agresividad, ha sido observada, desde tiempo atrás, por sus problemas y consecuencias. El rechinar de los dientes fue asociado con tensión o circunstancias adversas, es probable que la tendencia transitoria de apretar firmemente los maxilares y los dientes al efectuar un esfuerzo, este apretamiento normalmente se pueda considerar como apretamiento o no función en oclusión céntrica.

El rechinar, apretamiento y movimientos de trituración no funcionales en oclusión céntrica puede ser de diferente importancia, tanto para los dientes como para el periodonto que la trituración excéntrica y tanto la etiología como el tratamiento pueden variar en ocasiones.

El bruxismo céntrico como el excéntrico son expresiones de un aumento de tono muscular que domine el bruxismo céntrico o excéntrico, tiene por lo general interferencias excéntricas. Como factores desencadenantes de los movimientos no funcionales del maxilar, se dice con frecuencia que bruxismo céntrico intervienen contracciones musculares isométricas por el apretamiento más estático, pero finalmente

se dice que el apretamiento implica tanto la actividad muscular isométrica como la isotónica.

Ahora con el perfeccionamiento de la técnica de manipulación y mejores métodos de marcaciones de las más pequeñas interferencias, se ha visto que los problemas de apretamiento van desapareciendo en la misma proporción que el bruxismo.

La solución del problema del apretamiento se observó cuando se retoco todos los ajustes oclusales en el cierre leve y el cierre firme guiado en relación céntrica.

Este resultado se observó cuando los doctores hicieron un experimento donde se utilizaron cintas de colores diferentes con dos presiones diferentes, las marcas verdes del cierre leve estaban en diferentes lugares que las rojas hechas bajo cierre firme. Aun cuando no habían signos de deslizamiento, la diferencia en las marcas indicaban que los dientes eran desplazados por el primer contacto sin que la mandíbula, fuera una posición adquirida. Pero aún así el problema estaba presente cuando se llevaba a una relación de intercuspidación máxima, después de haber hecho un retoque final en el ajuste. se marca todas las excursiones (movimientos) con el marcador de Joffe. (1) La boca debe estar seca y la mandíbula será manipulada firmemente hacia todas las excursiones., se eliminaron todos los contactos en las vertientes no funcionales y las vertientes del lado activo no deben interferir.

El desgaste oclusal es principalmente el resultado de los contactos oclusales.

La firmeza de estos contactos, cuando los dientes funcionan juntos depende del carácter de las estructuras de sostén de los dientes , la forma de las raíces, la relación corona raíz la posición de los dientes y la dureza de las superficies del contacto oclusal, incluyendo los materiales restaurados.

BRUXISMO EXCÉNTRICO

El bruxismo excéntrico se denomina al rechinar y movimiento de trituración de los dientes en excursiones excéntricas, el bruxismo excéntrico tiene por lo general interferencias oclusales como factores desencadenantes, se dice con frecuencia que el bruxismo en movimientos excéntricos intervienen contracciones musculares isotónicas, mas adelante se describen mejor. El bruxismo excéntrico tiene un doble fondo etiológico de sobrecarga, psíquica e interferencia oclusal. El componente psíquico de agresión reprimida, tensión emocional, angustia y temor ha sido señalado por autores como el factor único o más importante. (1)

TIPOS DE DESGASTE

La actividad normal del aparato masticatorio como resultado de la actividad funcional produce facetas de desgaste en la superficie adamantina de los dientes. Estas facetas son la prueba de contactos dentarios durante la masticación de alimentos. las facetas formadas en las vertientes de trabajo pueden ser observadas en las superficies oclusales y esto indica cierta armonía o en ocasiones desarmonía en la orientación espacial. (5)

Los hábitos parafuncionales como el bruxismo , tienden a producir facetas de desgaste típicamente localizadas después de un periodo determinado. los sitios más frecuentes son las puntas cúspides de los caninos superiores. Estos puntos según sea la intensidad de ser desgastados pueden dar resultado a una zona lisa, plana diferente al rango normal del movimiento guía entre caninos antagonistas.

Algunos casos severos de bruxismo producen desgaste excesivo en las superficies oclusales de los demás dientes y muchas veces hasta los dientes posteriores. Como sea mencionado la pérdida de desgaste de tejido dentario en los dientes anteriores trae como consecuencia la pérdida de las guías anteriores de los caninos , la guía canina constituye un modelo de relación en la cual solo los caninos contactan durante el movimiento activo y los dientes posteriores no se tocan. (5)

Cuando esto sucede se puede decir que entra en función una guía media que sería compuesta por dientes posteriores cuando la mandíbula se mueve lateralmente. Esta guía media la podemos denominarla función de grupo que es caracterizada por la relación de contacto entre las vertientes cuspídeas de los dientes antagonistas durante movimientos excéntricos. (5)

Los caninos como sea mencionado son los primeros en mostrar cierto tipo de desgaste, por ejemplo cuando hay una interferencia en el lado de no trabajo o de balance, en la zona posterior, esto hará que el cóndilo de ese lado descienda temporalmente durante esa trayectoria, teóricamente, al hacer movimiento el único diente que debe hacer contacto es el canino del lado de trabajo, pero en este caso el paciente tiene contacto de la cúspide vestibulo-mesial del segundo premolar contra la palatina mesial del mismo diente superior. Si el paciente está tenso o ansioso esto producirá un continuo contacto y junto con ello, aparecerá el desgaste simultáneo de los molares y del canino, ya que son los dientes que hacen contacto durante la trayectoria. Esto es en superficies dentales o bordes incisales, el desgaste en caras palatinas superiores y en caras vestibulares inferiores es debido a una sobre mordida demasiado marcada. Este tipo de desgaste es en dientes anteriores. El desgaste que sufre la zona posterior principalmente se encuentra en el primer molar porque es el primero en entrar en contacto en el cierre masticatorio. (9)

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Clínicamente observaremos la presencia de facetas de desgaste en las superficies dentales la zona incisal y oclusal, que traen como consecuencia exposiciones pulpares y provocando así la hipersensibilidad de los dientes.

También podemos encontrar la presente hipertonía de los músculos debido a la constante tensión que en ellos se presenta por el apretamiento de los maxilares y el rechinamiento de los dientes, los músculos se presentan hipertrofiados principalmente los maseteros ya que son los músculos que más fuerza de masticación reciben, también se ve alterado el periodonto provocando movilidad dentaria, existe exposición pulpar y por ello hay hipersensibilidad dental y muchas veces muerte pulpar.

En los niños no se muestra muy marcado todos los signos, pero el desgaste si se muestra siempre, con una superficie lisa, y ángulos rectos bien marcados.

TRATAMIENTO.

El tratamiento consiste en tres fases que el paciente debe llevar a cabo:

Utilización de férulas oclusales que nos ayudan a contrarrestar la tensión muscular, las férulas nos ayudan a provocar relajación muscular y evitan que los maxilares estén en constante apretamiento, y también evitan el continuo contacto de diente con diente, las férulas se utilizan en un tiempo no mayor de tres meses y deben estar en constante observación por el cirujano dentista.

(1, 7, 5.)

Ajuste oclusal, éste está indicado en el paciente después de ya relajados los músculos y se realiza en donde se encuentran presente las desarmonías oclusales.

Posteriormente se realizara a cabo las restauraciones de los dientes afectados.

En los niños podremos utilizar este mismo tratamiento, primero la eliminación de interferencias oclusales, la cual sería através de un ajuste oclusal posteriormente la férula oclusal, y las restauraciones de los dientes afectados con coronas de acero cromo.

Dawson, menciona que los aparatos de ortodoncia pueden estar indicados, o utilizarse alguna placa de mordida, para desoclir una pieza con interferencias.

TENSIÓN EMOCIONAL COMO FACTOR PREDISPONENTE EN EL PACIENTE INFANTIL

ADAPTACIÓN Y CONDUCTA DEL NIÑO.

La conducta del niño ha sido de gran importancia e interés desde tiempos muy remotos por los odontólogos, para así mismo poder entablar un dialogo completo entre el niño y el odontopediatra. El concepto anticuado de que el niño es un adulto pequeño, empezó a desaparecer en el siglo XVII (1772) , con los trabajos del filosofo suizo Jean Jacques Rousseau, y otros pensadores; ellos hicieron hincapié en que los niños atraviesan una serie de etapas físicas y mentales en su desarrollo, con reacciones y patrones de conducta que los distinguen de los adultos. (1) La conducta es debido a un estimulo que se dé , teniendo como respuesta una acción (Pavlo primeros años del siglo XX).

Con el advenimiento de la investigación en la ciencia de la conducta se ha esclarecido la dinámica de la misma; lo que da la oportunidad al cirujano dentista no solo de comprender y manejar la conducta del niño para su atención bucodental, si no de valorar y modificar su propio comportamiento para provocar la respuesta apropiada en el niño. La conducta del niño se enfoca en problemas psicológicos, sociales y de aprendizaje; el cirujano dentista que atiende niños debe comprender primero su desarrollo, antes de poder aplicar con éxito las técnicas de modificación de la conducta de está, para aliviar el dolor la ansiedad, y mejorar su autocontrol, par ello es importante determinar el patrón de conducta en las diferentes edades, las cuales son manifestación de situación familiar. (10)

La conducta en el sentido general se define como cualquier cambio en la actuación del organismo, los cambios son los que podemos observar y contar. Estos cambios se toman de ciertos patrones que todos los niños siguen a través del proceso de crecimiento. El comportamiento de un niño está regido por su herencia física y mental y a medida que se desarrolla por el acondicionamiento al medio ambiente. La herencia no se puede alterar excepto en límites estrechos, el comportamiento, consecuencia del medio ambiente si puede alterarse, se puede controlar y desarrollar de manera que el niño crezca y llegue a tener una personalidad bien definida, adecuada a la sociedad que lo rodea, y que satisfaga sus necesidades emocionales y físicas. (10, 15)

La actitud ha sido definida como "una disposición, inclinación o tendencia a actuar hacia elementos internos o externos de acuerdo con la familiarización del individuo" (16). Por esta definición podemos entender que importante es dar un tratamiento odontológico para recibir una respuesta aceptable, no podemos negar que muchas veces es imposible poder controlar sus actitudes negativas, como el llanto, alguna vez hemos sido testigos de un niño que llora en el sillón dental que no podemos controlar y a veces nos llega a descontrolar.

Elbach ha descrito cuatro tipos de llanto en niños, el llanto obstinado, el llanto de temor, el llanto por dolor y el llanto compensatorio.

Nosotros como odontólogos debemos aprender a diferenciar desde este momento el tipo de llanto que nuestro paciente refiere; por que debido a ello , nosotros podemos causar al niño temor, miedo o trauma psicológico.

El llanto por miedo, acompañado por un torrente de lagrimas y sollozos convulsivos como buscando aire. Lo presenta el niño pequeño cuando se le separa de su madre, miedo a lo desconocido o experiencias nuevas. Antes de realizar tratamientos operatorios dentales en el niños se deben de eliminar dichos temores.

El llanto por dolor, lo presenta el niño cuando se realiza un tratamiento dental sin la adecuada anestesia, el llanto es espontáneo en el momento de tocar las zonas sensibles; se reforzar la anestesia.

El llanto compensatorio o sostenido, es un llanto como zumbido monótono que amortigua el ruido de fresa el niño se arrulla, pero no se opone al tratamiento dental . suelen presentarlo los niños de tres a cuatro años de edad, hay que continuar con el tratamiento.

El llanto obstinado, llanto agudo y fuerte como de sirena, puede pueden presentarlo por berrinche, se debe tranquilizar al niño y hablarle con firmeza seguido con gentileza. (16)

PATRONES DE CONDUCTA EN NIÑOS DE 2 A 7 AÑOS DE EDAD.

Durante nuestra practica odontológica es común que nosotros le brindemos tratamiento a pacientes desde edades muy cortas y el aprender el manejo del niño, implica un control psicológico del 50%, y par ello requiere tener un conocimiento básico sobre la "psicología infantil." para la realización de este estudio solo se basara en pacientes de 2 a 7 años de edad.

Dos años-. El vocabulario varia entre doce y mil palabras; etapa precooperativa prefiere juegos solitarios se guía por los órganos de los sentidos, se lleva bien con los miembros de la familia; en muchos casos el padre suele ser el favorito tímido a gente extraña; los berrinches son normales y es mejor no prestarles atención, les cuesta trabajo esparce de sus padres. Como es demasiado pequeño para relacionarce con su alrededor únicamente con palabras, debe organizar sus experiencias mediante el tacto, la manipulación y el movimiento de manos sus habilidades son toscas y un tanto incordiados. Necesita mucho tiempo para adaptarse a las situaciones nuevas y no puede esperarse de él que responda preguntas u ordenes directas. su interés cambia de una cosa para otra en pocos minutos. Puede conseguirse su cooperación siempre que se tenga en cuenta su falta de concentración, a la edad de dos años y medio su desarrollo es muy rápido, el niño ejercita sus habilidades recién adquiridas, pero las controla tan mal que sus padres suelen considerarle inquieto y difícil de tratar. El niño casi sin excepción debe pasar con sus padres al consultorio dental (12,13).

Tres años-. Existe mayor facilidad de comunicación gran conversador, el niño tiene mayor estabilidad emocional y es mas razonable, trata de agrandar y adaptarse, coopera más y muestra curiosidad sobre el mundo que lo rodea. a esta edad está bien desarrollado el deseo de imitación, para estos niños parece ser de buen resultado darles un paseo por las unidades dentales para que vean como se comportan los otros niños. Todavía gustan de juegos solitarios. En situaciones de cansancio asustados o de dolor, vuelven a la madre para su consuelo y seguridad. Inician su ingreso al jardín de niños (10, 13).

Cuatro años-. Escucha con interés las platicas normalmente responde bien a las indicaciones verbales. Niño de mente vivas , cooperador, mas sociable. Es otra fase de desarrollo rápido, es muy activo, tanto física como mentalmente; también es un gran conversador. Edad del "por qué y como". Tiene gran confianza en si mismo. El niño que tenga una vida familiar feliz con un grado normal de educación y disciplina será un paciente odontológico muy cooperador.

Cinco años-. El niño tiende a mostrar una mayor seguridad en si mismo y mayor madures que a los cuatro años. A está edad empieza a estructurarse el pensamiento en consecuencias lógicas es muy sensible a las alabanzas y a los reproches; suele estar muy orgulloso de posesiones y sus ropas, son fantasiosos. Es muy importante para el su aceptación de las personas que lo rodean (12, 13).

Seis años-. Entra a una fase de maduración rápida. Psicológicamente se caracteriza por una gran bipolaridad en afecto y rechazo. Es una época de transición importante y puede aparecer una ansiedad considerable, manifestaciones tensionales alcanzan un pico con lo que pueden incluir estallidos de gritos, violentas rabietas y hasta golpes a los padre; suele haber un claro incremento a las respuestas temerosos, algunos niños tienen temor a los traumatismos de sus cuerpos, exageran un rasguño o ver sangre, A partir de esta edad la sociedad empieza a imponerle exigencias (12, 13).

Siete años-. El niño a mejorado en su capacidad para resolver temores, reacciona alternadamente de valiente a cobarde, esta resolviendo sus miedos reales. El apoyo familiar es de enorme importancia para comprender y superar sus temores (11).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Existen pocos estudios que hacen referencia a esta alteración de la oclusión; probablemente en adultos tenga mayor interés de estudio por las complicaciones que se presentan a nivel de articulación temporomandibular, disfunciones craneomandibulares y alteraciones en el periodonto y dientes, desafortunadamente en niños se le a dado poca importancia, y aun a finales del siglo XX su conocimiento es casi nulo, muchas veces el problema de bruxismo no solo se refleja en la boca, si no desde algún tipo de problema psicológico o emocional, esto es debido al stress que se encuentra sometido el paciente infantil de manera habitual.

JUSTIFICACIÓN

Es importante para nosotros como cirujanos dentistas no solo enfocarnos en dientes con caries, órganos dentarios que se tengan que extraer o bien restauraciones estéticas que sirvan a un aspecto agradable sin tomar en cuenta la oclusión que muchas veces se llega a alterar, provocando así el trauma por oclusión , que nos trae como consecuencia complicaciones de articulación temporomandibular, disfunciones craneomandibulares. el bruxismo cuando no es detenido a tiempo puede provocar alteraciones muy severas en la oclusión y estructuras adyacentes que muchas veces no se pueden rehabilitar por algún tratamiento común, es frecuente encontrar personas que sufren de extrema tensión emocional

debido a la situación económica y social que actualmente se está viviendo, de alguna forma se transmite a la población infantil ya que no son personas aisladas y están en constante roce con los problemas familiares y sociales que existen en su entorno.

HIPÓTESIS

El bruxismo presente en la dentición temporal se puede llegar a confundir con el desgaste natural de los dientes, el factor predisponente de esta alteración de la oclusión puede ser el estrés en presencia de disarmonias oclusales, esta alteración de la oclusión puede existir en la población infantil con un gran índice de prevalencia.

METODOLOGÍA

Este estudio se aplicó a la población infantil que asiste a tratamiento odontológico en la facultad de odontología tomando un grupo de 100 pacientes infantiles entre edades de 2 a 7 años de edad y que cumplan con los requisitos que posteriormente se mencionan. El estudio consiste en realizar una entrevista con los niños y padres de estos, para la recolección de datos que nos servirán para llenar la hoja de registro,

Los parámetros que se tomaran en cuenta son los siguientes:

EDAD

La edad, deberá ser en un grupo de niños que oscilen entre los dos y siete años de edad.

SEXO

Se tomaran en cuenta ambos sexos para este estudio.

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

Es frecuente que el paciente presente alguna alteración emocional por la presencia de algún problema de salud y por ello es importante anotarlo en la hoja de registro.

EXAMEN PSICOLÓGICO

Se le realizaran al paciente y a los padres de el mismo breves preguntas donde ellos puedan proporcionarnos datos como , la conducta que el paciente presenta tanto en su hogar como en la escuela, la interacción que tiene dentro de la sociedad, si presenta problemas de aprendizaje, si existe algún miedo, temor que ponga al paciente en una tensión constante o algún otro factor que pueda su estabilidad emocional.

EXAMEN ODONTOLÓGICO

Concite en observar o preguntar si existe en el paciente, la presencia de algún tipo de hábito,

EXAMEN DE LA OCLUSIÓN

En este examen se tomaran parámetros que nos puedan dar un diagnostico de la oclusión donde se pueden observar alteraciones y patologías. Observando la línea media, los planos terminales, los espacios primales y filológicos, el tipo de mordida que presenta; si es mordida cruzada ya sea anterior o posterior, mordida abierta, sobre mordida, si existe alguna interferencia en el lado de trabajo o balanceo cuando se activa la función de grupo y protección canina, también se observa la guía anterior para ver su posición.

Por último examinamos la articulación temporomandibular para ver si existe la presencia de algún ruido al momento del cierre o apertura.

Una vez analizado los conceptos anteriores se procedió a identificar el arrea donde se presentaban los desgastes de la superficie dental, para ser marcados en la hoja de registro, se observa el tipo de desgaste que existe si es uniforme, con superficie lisa, con ángulos rectos; si se presenta en toda la superficie oclusal o solo en alguna zona específica. Se realizan algunas observaciones y por ultimo preguntamos al paciente o los padres del paciente si alguna vez a escuchado a su hijo rechinar los dientes y con que frecuencia suele hacerlo.

UNIVERSO

El numero de niños será de 100 entre edades de 2 a 7 años de edad tomando en cuenta ambos sexos y situación social.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Se tomaran todos los niños que asistan a tratamiento odontológico a la clínica de odontopediatria de la Facultad de odontología entre edades de 2 a 7 años de edad de ambos sexos.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

No se tomaran a niños que asistan a tratamiento odontológico en compañía de familiares como tíos, abuelos o personas que no sean los padres ya que no podrán dar los datos para el llenado de la hoja de registro, y niños de 8 años en adelante.

RESULTADOS

Del grupo de los 100 niños, 46 de ellos fueron hombres y 54 de ellos fueron mujeres (Gráfica 1), de los 22 pacientes que presentaron bruxismo (el 22%), 12 de ellos fueron mujeres y los 10 restantes fueron hombres (Gráfica 3).

La edad promedio del grupo de los 100 fue de 4 años 7 meses y la edad promedio de los niños bruxista fue de 5 años un mes (Gráfica 4).

En el 22% de los niños bruxista, la presencia de hábitos se observo en 45% de los cuales 10 niños presentaron hábitos bucales y los 12 niños restantes no presentaron ningún tipo de hábito. Entre los más comunes que se observaron, estuvieron: hábito de morderse las uñas, hábito de dedo,

En el 22% de los niños bruxista, la presencia de hábitos se observó en 45% de los cuales 10 niños presentaron hábitos bucales y los 12 niños restantes no presentaron ningún tipo de hábito. Entre los más comunes que se observaron, estuvieron: hábito de morderse las uñas, hábito de dedo, hábito de labio, hábito de morderse la ropa y respiradores bucales (Gráfica 5).

En los pacientes bruxistas, e iniciadores bruxistas se observó que el 100% de ellos presentaron problemas psicológicos por varios factores, por ejemplo; 5 de los pacientes presentaron represión materna, 4 de ellos fueron tímidos, 3 de ellos fueron inquietos y 3 más desesperados o ansiosos, uno de ellos presentó abuso sexual, y los restantes, presentaron timidez por enfermedad, miedo, y temor a quedarse sólo (Gráfica 6 y 12).

En la examinación de la oclusión se observó que el 27% de los pacientes bruxista no presentaron ninguna alteración de la oclusión por que el desgaste se presentaba ya muy marcado en casi toda la superficie dental y las alteraciones más frecuentes que se encontraron fueron, mordida abierta, mordida cruzada, malposiciones dentales, sobre mordida, mordida borde a borde, dentición mixta, chasquidos en articulación, mordida cruzada anterior (Gráfica 7).

El tipo de desgaste que más se presentó en el paciente bruxista fue; en cúspide de caninos y cúspide de primeros molares superior e inferior 41%; en cúspide de caninos, cúspide de primeros molares e incisivos superior e inferior un 18%; en sólo incisivos superior e inferior un 8%; en incisivos y cúspide de caninos un 9%* y en los demás pacientes se presentaron en cúspide de caninos primeros molares superior inferior unilateral, y cúspide de molares (Gráfica 8).

En los pacientes que inician con bruxismo se muestra que el 57% de ellos son mujeres y el 43% son hombres la edad promedio es de 3.5 (Gráfica 9 y 10).

En la frecuencia de hábitos, se observó que en el 71%; no existe la presencia de hábitos y que 14%; sólo presenta hábito de labio y de morder la ropa (Gráfica 11).

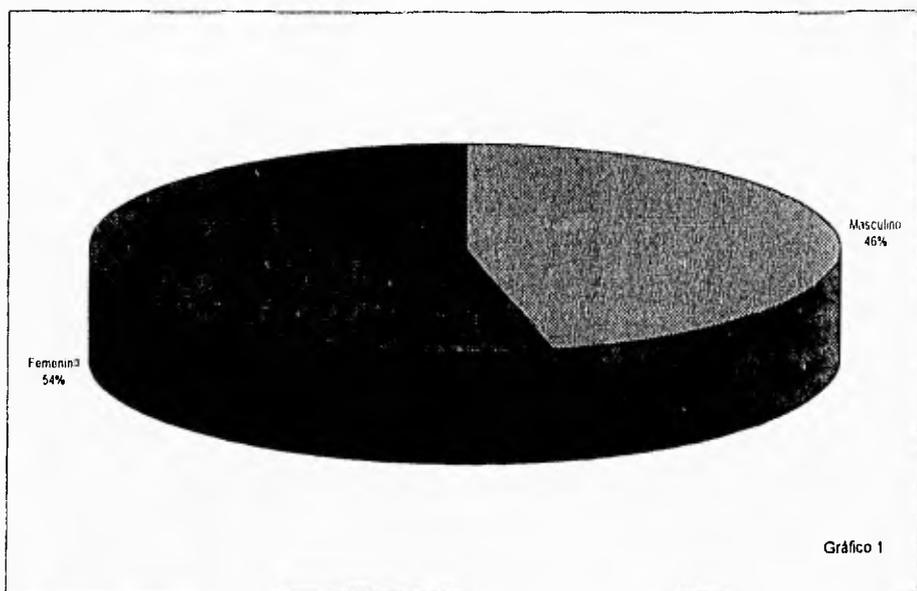
En el examen psicológicos se observó que el 42%; de los niños son muy tranquilos, el 28%, fueron muy desesperados y el restante del grupo se observó que eran inseguros y agresivos (Gráfica 12).

La frecuencia que presentó las alteraciones de la oclusión fueron; sobre mordida 28%, chasquidos en Articulación temporomandibular 28%; y el restante 28%; sin alteración (Gráfica 13).

El tipo de desgaste que presentaron los pacientes iniciadores bruxistas fueron poco marcados en la zona de cúspide de caninos, cúspide de molares, e incisivos superiores e inferiores, y el 42.86%; no presentó desgastes (Gráfica 14).

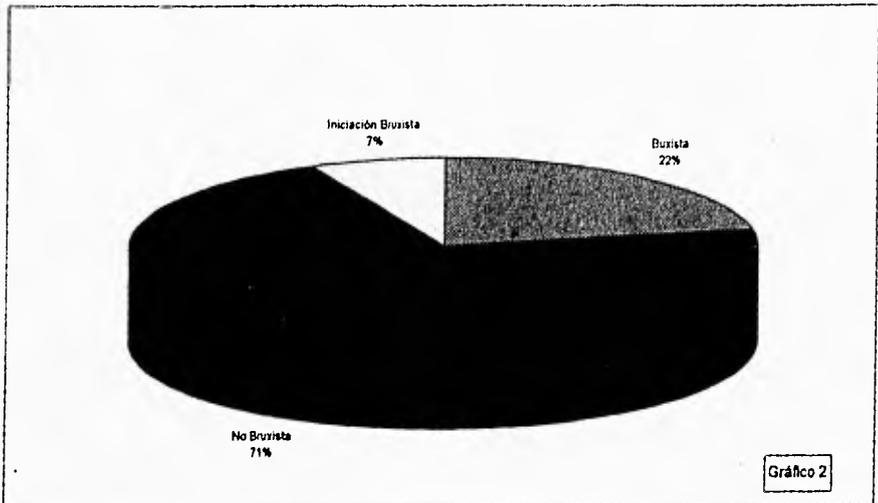
Los datos de los pacientes y la hoja de registrose encuentran anexados al final .

Sexo



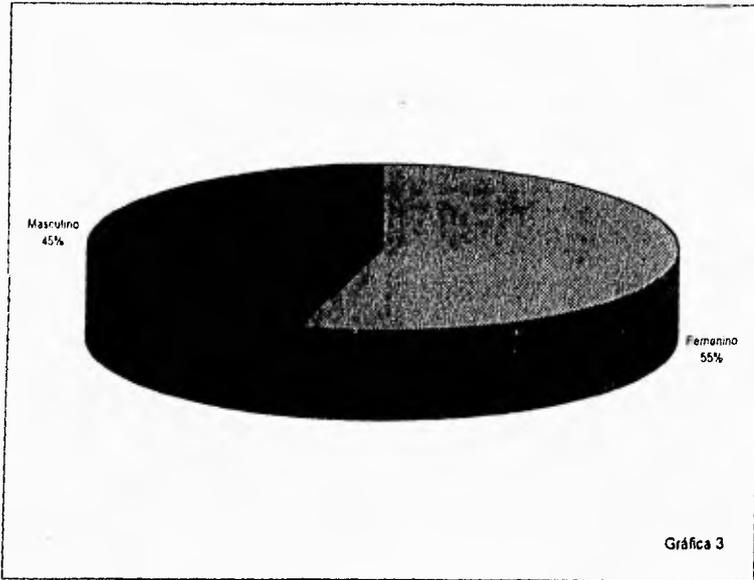
Sexo	Niños	Porcentaje %
Masculino	46	46%
Femenino	54	54%
Total	100	100%

Niños con Bruxismo



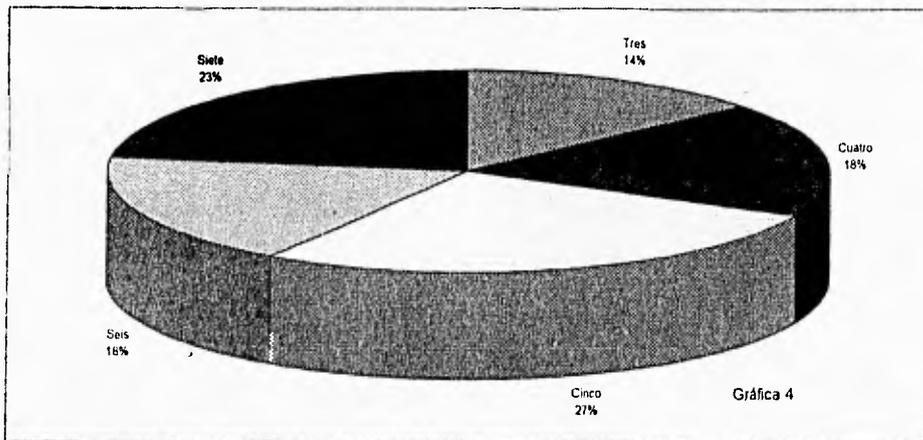
Prevalencia	Niños	Porcentaje %
Bruxista	22	22%
No Bruxista	71	71%
Iniciación Bruxista	7	7%
Total	100	100%

Bruxismo y Sexo



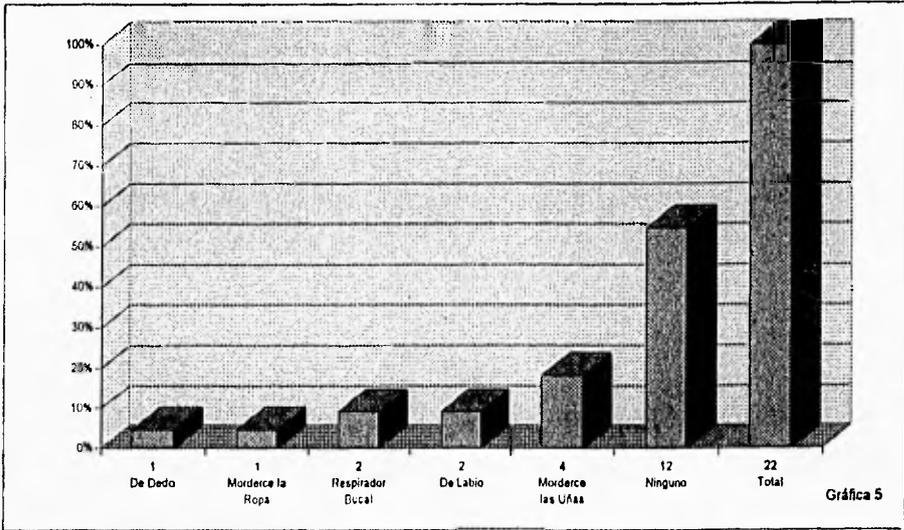
Sexo	Niños	Porcentaje %
Femenino	12	55%
Masculino	10	45%
Total	22	100%

Bruxismo y Edad



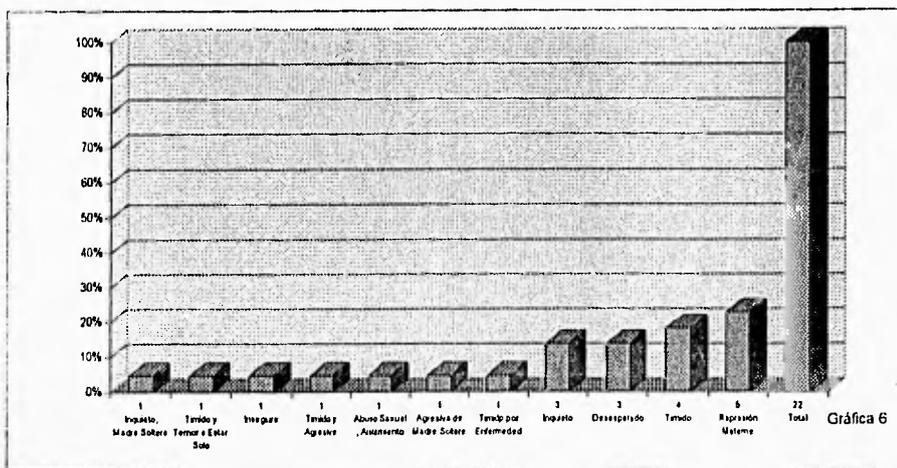
Años	Niños	Porcentaje %
Tres	3	14%
Cuatro	4	18%
Cinco	6	27%
Seis	4	18%
Siete	5	23%
Total	22	100%

Hábitos y Bruxismo



Oclusión	Niños	Porcentaje %
De Dedo	1	5%
Morderse la Ropa	1	5%
Respirador Bucal	2	9%
De Labio	2	9%
Morderse las Uñas	4	18%
Ninguno	12	55%
Total	22	100%

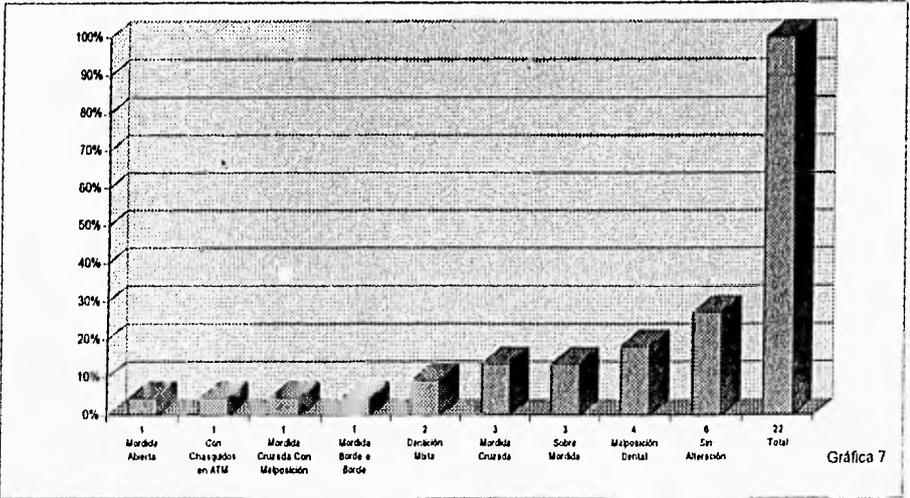
Problemas Psicológicos de Niños Bruxistas



Gráfica 6

Problema Psicológico	Niños	Porcentaje %
Inquieto, Madre Soltera	1	5%
Timido y Temor a Estar Solo	1	5%
Inseguro	1	5%
Timido y Agresivo	1	5%
Abuso Sexual, Aislamiento	1	5%
Agresivo de Madre Soltera	1	5%
Timido por Enfermedad	1	5%
Inquieto	3	14%
Desesperado	3	14%
Timido	4	18%
Represión Materna	5	23%
Total	22	100%

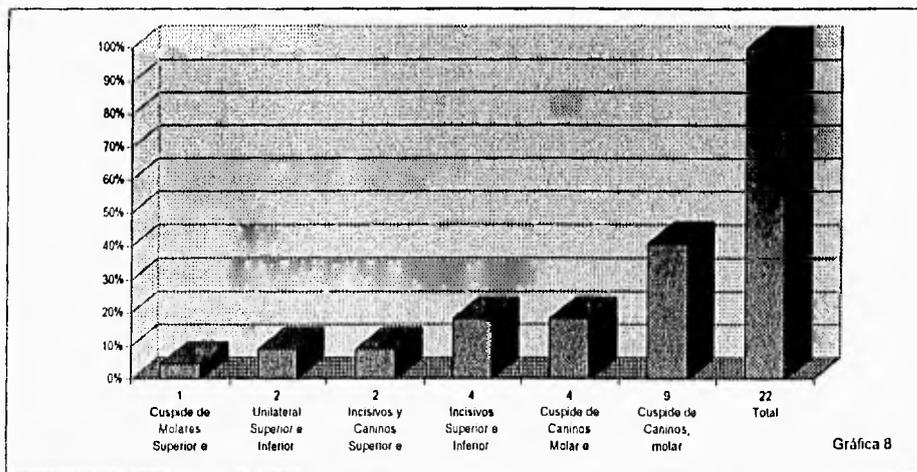
Bruxismo y Oclusión



Gráfica 7

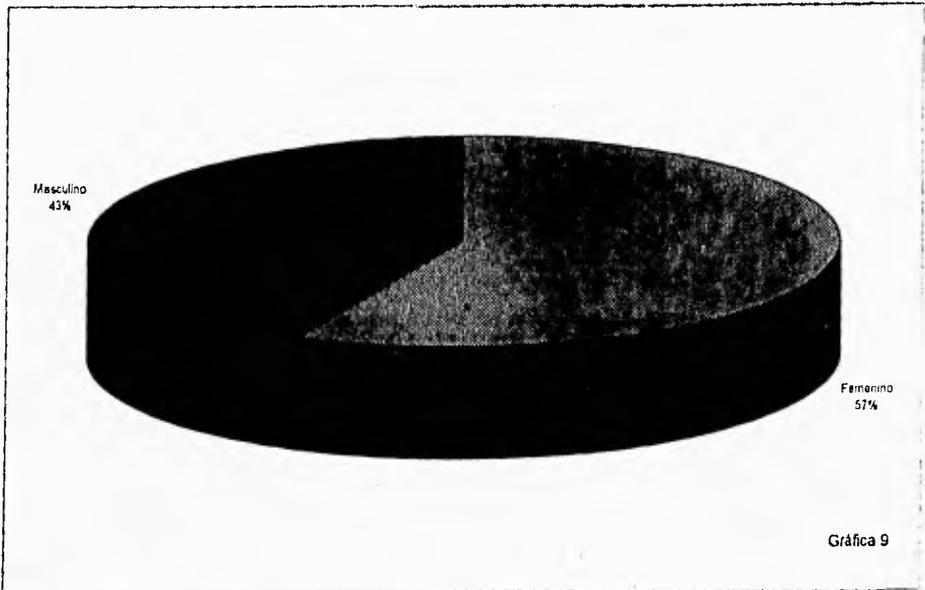
Oclusión	Niños	Porcentaje %
Mordida Abierta	1	5%
Con Chasquidos en ATM	1	5%
Mordida Cruzada Con Malposición Dental	1	5%
Mordida Borde a Borde	1	5%
Dentición Mixta	2	9%
Mordida Cruzada	3	14%
Sobre Mordida	3	14%
Malposición Dental	4	18%
Sin Alteración	6	27%
Total	22	100%

Bruxistas y su Tipo de Desgaste



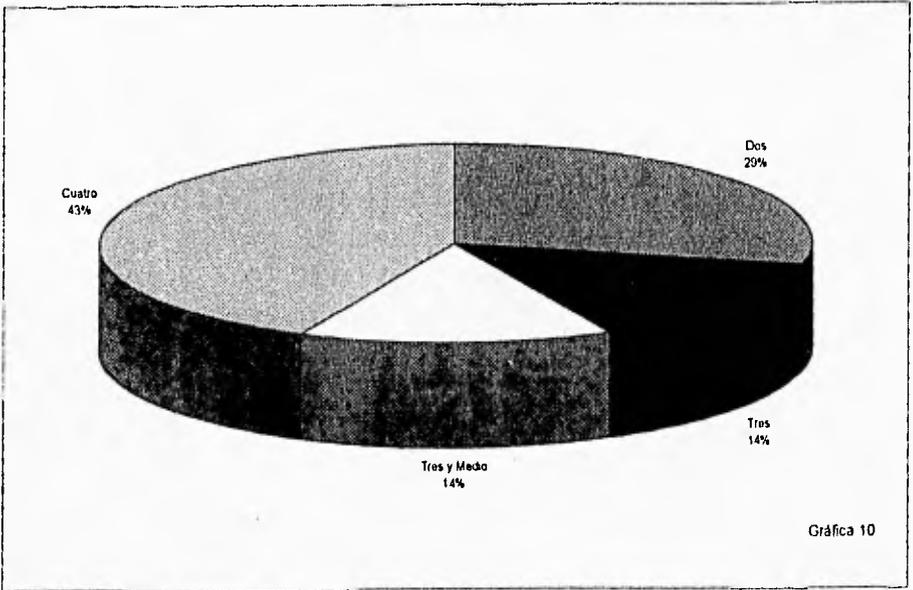
Tipo de Desgaste	Niños	Porcentaje %
Cuspide de Molares Superior e Inferior	1	5%
Unilateral Superior e Inferior	2	9%
Incisivos y Caninos Superior e Inferior	2	9%
Incisivos Superior e Inferior	4	18%
Cuspide de Caninos Molar e	4	18%
Cuspide de Caninos, molar	9	41%
Total	22	100%

Iniciación Bruxista y Sexo



Sexo	Niños	Porcentaje %
Femenino	4	57%
Masculino	3	43%
Total	7	100%

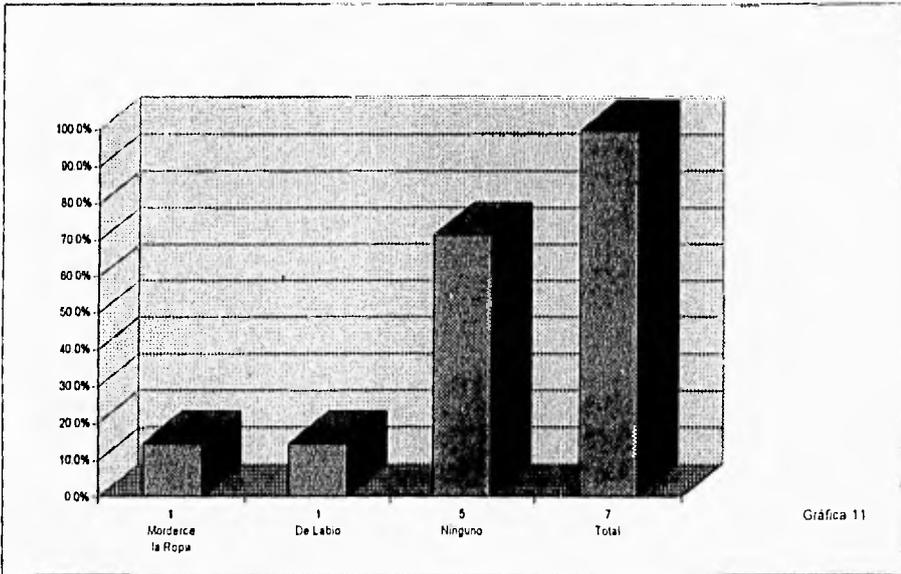
Iniciación Bruxista y Edad



Gráfica 10

Años	Niños	Porcentaje %
Dos	2	29%
Tres	1	14%
Tres y Medio	1	14%
Cuatro	3	43%
Total	7	100%

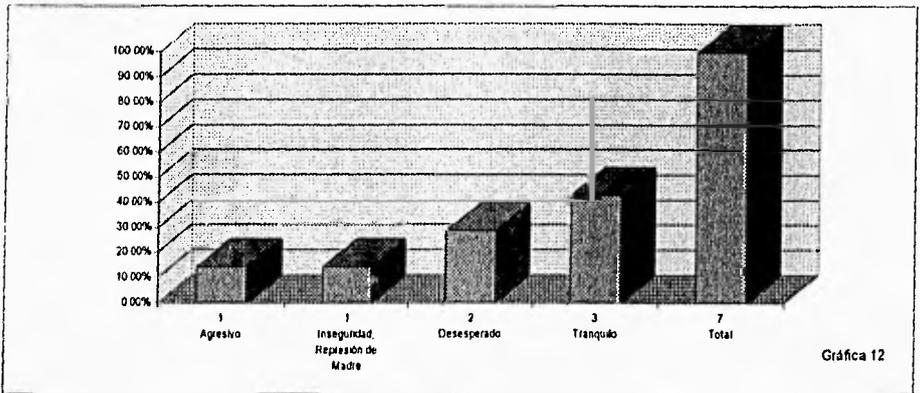
Iniciación Bruxista y Hábito



Gráfica 11

Hábito	Niños	Porcentaje %
Morderse la Ropa	1	14.3%
De Labio	1	14.3%
Ninguno	5	71.4%
Total	7	100.0%

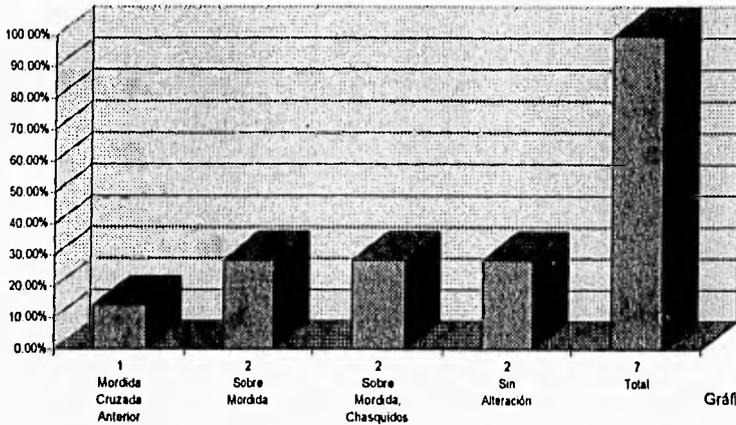
Problemas Psicológicos de Niños con Iniciación Bruxista



Gráfica 12

Problema Psicológico	Niños	Porcentaje %
Agresivo	1	14.29%
Inseguridad, Represión de Madre	1	14.29%
Desesperado	2	28.57%
Tranquilo	3	42.86%
Total	7	100.00%

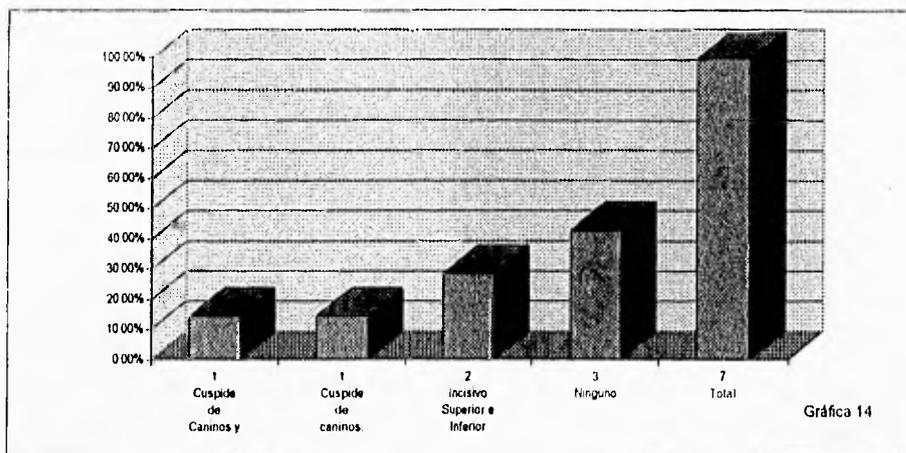
Iniciación Bruxista y Oclusión



Gráfica 13

Oclusión	Niños	Porcentaje %
Mordida Cruzada Anterior	1	14.29%
Sobre Mordida	2	28.57%
Sobre Mordida, Chasquidos en ATM	2	28.57%
Sin Alteración	2	28.57%
Total	7	100.00%

Tipos de Desgaste en Iniciación Bruxista



Tipo de Desgaste, Poco Marcado	Niños	Porcentaje %
Cuspide de Caninos y Primeros Molares	1	14.29%
Cuspide de caninos, Primeros molares e Incisivos	1	14.29%
Incisivo Superior e Inferior	2	28.57%
Ninguno	3	42.86%
Total	7	100.00%

DISCUSIÓN.

En la examinación del grupo de niños se pudo comprobar que el índice de prevalencia de niños que presentan esta alteración de la oclusión fue significativa ya que se obtuvieron resultados elevados, el 22% de los niños presentaron bruxismo, el 7 % presentaron una iniciación bruxista y el 71% no presentaron bruxismo, pero se observaron otras alteraciones en la oclusión (Gráfica 2).

El tipo de desgaste que se realiza en las superficies dentales debido al bruxismo se puede confundir en un desgaste fisiológico, pero si nos ponemos a recordar el tipo de dieta que se esta consumiendo hoy en día, podemos reiterar que la dieta no produce este desgaste, ya que es una dieta blanda, los alimentos abrasivos y toscos ya no se consumen en grandes cantidades, por ello el hecho de encontrar desgaste demasiado pronunciados en las superficies dentales, podemos pensar que se trata de una patología ya que está produciendo una alteración en la oclusión.

La edad en la cual mayor índice de bruxismo se manifestó fue, alrededor de los cinco años de edad, en estos pacientes no existió dentición mixta, algunos autores mencionan que la causa del bruxismo es debido a la presencia de interferencias causadas por la dentición mixta, en este estudio se demostró que los que no presentaban dentición mixta presentaban bruxismo, y los niños de 7 años presentaron antecedentes de bruxismo pero no por la dentición mixta, ya que los padres de los niños referían haber escucha desde tiempo atrás el rechinar de dientes de los niños. (7)

En los niños que presentaban bruxismo y no se registraron interferencias oclusales o puntos de contacto, fue porque el desgaste era muy pronunciado y por ello no se observó algo que no permitiera el deslizamiento de los maxilares. Es importante mencionar que el 27% de los niños con bruxismo no presentaron ninguna alteración de la oclusión, quizá la causa podría ser el factor psicológico, o el que el paciente lo convirtiera en hábito. La alteración en la oclusión que más significativo tuvo fueron las malposiciones dentales y las mordidas cruzadas, proyectando el desgaste sólo donde se presentaba la maloclusión. Todos los niños mostraron alguna alteración en su situación psicológica, los niños que mencionan ser tranquilos quizá el rechinar los dientes se una forma de soltar tensión, en algunos pacientes el factor psicológico, tuvo gran trascendencia, la repreensión materna, fue el factor psicológico que más índice tuvo, posteriormente alguna experiencia desagradable.

Ciertamente como mencionan algunos autores, estos desequilibrios de la oclusión provocan alteraciones a nivel de articulación temporomandibular, en los niños que se registraron sólo un 5% tuvo chasquidos en la articulación, pero los niños que tienen iniciación bruxista presentaron un 28.57%, el resultado fue mayor en los niños que presentaron iniciación bruxista, que en los que ya existía bruxismo. (3)

En el tipo de desgaste, los dientes más afectados son los caninos y los primeros molares, como lo mencionan los autores (8). Es importante mencionar que el tipo de desgaste se realiza dependiendo, donde se encuentren las dísarmonias oclusales.

En los niños que se presenta una iniciación bruxista, se observó que al igual que los niños que presentan bruxismo, las niñas son la que tienen mayor incidencia, la edad de los iniciadores bruxista esta entre los tres y cuatro años de edad, ellos no muestran mucho desgaste, sin embargo los padres de ellos refieren que rechinan los dientes, las alteraciones en la oclusión si se hacen presentes, el dato más importante que reportaron algunos niños, que inician con bruxismo fue cuando se les hizo el examen de la oclusión , y al abrir y cerrar la boca se escuchaba un chasquido en la articulación temporomandibular.

CONCLUSIONES

Este estudio tuvo como objetivo demostrar que de alguna forma que el paciente infantil no está aislado de la sociedad y que de alguna manera las tensiones emocionales también se presentan a muy temprana edad, este factor en presencia de disarmonías oclusales nos da como resultado que el paciente pueda desencadenar bruxismo. Ramford y Ash, mencionan que la tensión emocional en presencia de disarmonías provoca bruxismo, y a la eliminación de estas disarmonías oclusales sigue una notable reducción del tono muscular y la integración armoniosa de la acción muscular. La prevalencia de bruxismo en este estudio tuvo un resultado un poco elevado, lo cual quiere decir que probablemente este problema de la oclusión no ha tenido la importancia, ni el interés suficiente, que pueda ayudar a prevenir esta alteración. Actualmente existe poca información de bruxismo en niños, debido a la incidencia con la que se presenta, debido a las complicaciones que presenta y por su etiología. La terapia que le podemos brindar al paciente puede ser al igual que en el paciente adulto, y con buenos resultados y así mismo poder evitar que esta alteración continúe así mismo afecte a la dentición permanente.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

- Editorial Actualidades médico -
Odontologica L. A. 2da. Edición
1991.
- 9-. Barber T.K. Odontologia Pediátrica.
Edit. El manual moderno
1985
- 10-. Cardenas G. Crecimiento y Desarrollo Emocional
del Niño
C.E.R.O.N. Vol. 4 Agosto 1979
- 11-. Finn S.B. Odontologia Pediátrica
Edit. Interamericana.
1981.
- 12-. Magnusson B. O. Odontopediátría Enfoque
Sistematico.
Edit. Salvat
- 13-. Mc. Donald R. E. Odontología para el niño y el
adolescente.
2da edición. Edit. Mundi 1975
- 14-. Piaget J. Introducción a Piaget . 8va edición.
Edit. Fundamentos.
Año 1981
- 15-. Pinkhan J. R. Odontologia Pedíátrica
Edit. Interamericana

APENDICE

HISTORIA CLINICA

DE

BRUXISMO

Nombre _____ Edad _____

_____ Sexo _____

Dirección _____ Ciudad _____

Telefono _____

Esta actualmente en tratamiento médico, o tiene alguna enfermedad
cronica. _____

Examen Psicologico

Presenta problemas de conducta _____

Presenta problemas de aprendizaje _____

Situación escolar _____

Los problemas de tensión se deben principalmente a _____

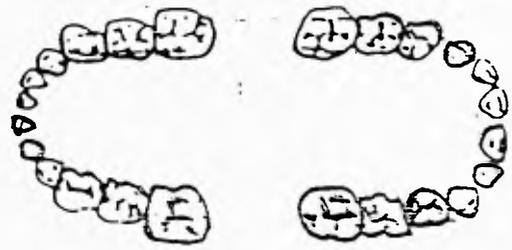
Situación familiar _____

Examen Odontológico.

Es la primera visita con el dentista _____
Como fue la primera visita con el dentista _____
Lesiones de dientes o Maxilares _____
Presenta algún tipo de hábito _____ cual _____

Examen de la oclusión.

Linea media _____ Planos terminales _____
Espacios fisiológicos _____ Mordida
cruzada _____ anterior _____ posterior _____
Sobre mordida _____ Mordida abierta _____ Mordida
borde aborde _____
Malposiciones
Dentales _____ Diastemas _____
Protección canina _____ Función de
Grupo _____
Alteraciones en
articulación _____
Observación _____



	Nombre	Edad	Sexo	Hábitos	Problemas Psicológicos	Examen de la Oclusión	Tipos de Desgaste	Bruxista o No Bruxista
1	Aguirre Carlos	4	M	Ninguno	Tranquilo	Sin alteración	Ninguno	No bruxista
2	Alcaraz A. de Jesús	3	M	Ninguno	Inquieto, madre solterona	Mordida abierta	Insicivos superiores e inferiores	Bruxista
3	Alaniz Cruz	5	F	Ninguno	Agresiva, papá alcohólico	Sin alteración	Ninguno	No bruxista
4	Alarcon Alejandra	5	F	Ninguno	Inquieta	Sin alteración	Ninguno	No Bruxista
5	Alquicira Monserrath	3	F	Ninguno	Inquieta	Sobre mordida	Ninguno	No Bruxista
6	Aquino Alan	5	M	De lengua	A la obscuridad	Sin alteración	Ninguno	No Bruxista
7	Buitrón L. Enrique	4	M	De lengua	Tranquilo	Mordida Cruzada posterior	Ninguno	No Bruxista
8	Camacho Eduardo	5	M	Se muerde las uñas	Tímido	Sin alteración	Ninguno	No Bruxista
9	Castillo Dulce	6	F	Ninguno	Tranquilo	Sin alteración	Cúspides de caninos y el primer molar	No Bruxista
10	Castillo Javier	6.5	M	De labio	Represión de madre	Sin alteración	Cúspide de primeros molares inferiores y superiores	No Bruxista
11	Castillo Miguel	5	M	De dedo	Sobreprotección	Mordida Abierta	Ninguno	No Bruxista
12	Cortés Paulina	2.5	F	Ninguno	Tranquila	Sin alteración	Ninguno	No Bruxista
13	De la Huerta Carla	6	F	Ninguno	Represión de Madre	Mordida cruzada	Unilateral Superior Inferior	Bruxista
14	Dectéro Brayán	3.5	M	Ninguno	Inseguro	Sin alteración	Ninguno	No bruxista
15	Diaz Sonia	5	F	Ninguno	Inquieta	sin alteración	Ningún tipo de desgaste	No bruxista
16	Dominguez Mauricio	4	M	Ninguno	Inquieto	Sin alteración	Ninguno	No bruxista
17	Fermin Emili	5	F	Morderce las uñas	Tímida	Sin alteración	Cúspides de caninos, molares, superior e inferior	Bruxista
18	Figueroa Gabriela	5	F	De lengua	Inquieta	Mordida abierta	Ninguno	No Bruxista
19	Galindo Carlos	3	M	Ninguno	Ninguno	Sobre Mordida	No presenta	No Bruxista
20	García Adrián	6	M	Ninguno	Tímido y aislado	Ninguno	Ninguno	No Bruxista
21	García Cristina	4	F	Ninguno	Tímido y temor a estar sola	Chasquido en el ATM	Incisivos superiores e inferiores	Bruxista

22	García Erick	2	M	Morderce la ropa	Desesperado	Sobre mordida	Incisivos superiores e inferiores	Iniciación Bruxista
23	García Manuel	6	M	Morder el lápiz	Tranquilo	Sin alteración	Cúspide de caninos y primeros molares	No Bruxista
24	García Yonathan	5	M	Ninguno	Tranquilo	Mordida borde a borde	Ninguno	No bruxista
25	González Edgar	5	M	Ninguno	Reprensión de mamá	Malposición dental	Cúspide de caninos y primeros molares e incisivos inferiores y superiores.	Bruxista
26	González Genaro	4	M	Ninguno	Tranquilo	Sobre Mordida	No presenta	No Bruxista
27	González Octavio	2	M	Ninguno	inquieto	sin alteración	Ninguno	No bruxista
28	González Poiet	7	F	Respirador bucal, y lengua	Tranquila	Sin alteración	Cúspide de caninos y primeros molares inferiores	No bruxista
29	González Ximena	4	F	Ninguno	Inquieta	Sin alteración	Ninguno	No Bruxista
30	Gutiérrez Patricia	6	F	Morderce la uñas	Insegura	Dentición mixta	cúspides de caninos y primeros molares superiores e inferiores	Bruxista
31	Gutiérrez Sarai	4.5	F	Morderce las uñas	Tranquila	Sin alteración	Ninguno	No bruxista
32	Hernandez Hugo	6	M	De lengua	Tranquilo	Mordida abierta	Cúspide de caninos y primeros molares	No bruxista
33	Hernández Ivan	4	M	De dedo	Desesperado	Malposición dental	Poco marcado en incisivos	No Bruxista
34	Hernández Karina	4	F	Ninguno	Tranquilo	Sin alteración	Incisivos superiores y caninos inferiores	No Bruxista
35	Hernández Nati	7	F	Ninguno	Tranquilo	Sin alteración	Ninguno	No bruxista
36	Hernández Raquel	4	F	Ninguna	Desesperado	Sin alteración	Poco marcados en incisivos	Iniciación Bruxista
37	Irbín Ortiz	4	M	Ninguno	Tranquilo	Sin alteración	Ninguno	No bruxista
38	Islas Elizabeth	5	F	Ninguno	Tranquilo	Sin alteración	Ninguno	No bruxista
39	López Alejandro	6	M	De lengua	Claustrofobia	Mordida abierta	Cúspides de primeros molares	No bruxista
40	López Brenda	4	F	Ninguno	Represión de madre, inseguridad, madre soltera	Sobre mordida	Cúspides de caninos y primer molar	Iniciación Bruxista

41	López Jair	3	M	De biberón	Tranquilo	Mordida Cruzada anterior	Ninguno	No Bruxista
42	López Valeria	4	F	Ninguno	Inquieta	Sin alteración	Ninguno	No Bruxista
43	Lucio Elizabeth	3	F	Moderce las uñas	Represión de mamá	Sobre mordida	En incisivos y caninos superior e inferior	Bruxista
44	Macías Gabriela	5	F	Ninguno	Tranquila	Sin alteración	Ninguno	No bruxista
45	Mar Antonio	4	M	Morderse las uñas	Muy Tranquilo	Sobre mordida	Cúspides de caninos y bordes de incisivos	No Bruxista
46	Martínez Alma	7	F	De dedo y uñas	Tranquila	Sin alteración	poco marcado en incisivos	No bruxista
47	Martínez Andrés	7	M	Ninguno	Tranquilo	Sin alteración	Ninguno	No bruxista
48	Martínez Liset	3,5	F	Ninguno	Tranquila	Sin alteración	Ninguno	No Bruxista
49	Martínez Ricardo	4	M	De dedo	Reprensiones de mamá	Sin alteración	En incisivos superiores e inferiores	Bruxista
50	Méndez Angela	5	F	De dedo	Hija de mamá soltera. Dejarta sola.	mordida cruzada	poco marcado en incisivos	No bruxista
51	Mendoza Marisol	6	F	Respirador bucal	Tímida	Mordida cruzada posterior	Incisivos, cúspide de caninos, unilateral, superior e inferior	Bruxista
52	Merced Karen	5	F	Ninguno	Tímida	Mordida cruzada anterior, mal posiciones dentales	Cúspide de caninos y primeros molares	Bruxista
53	Monroy Sonia	2	F	De biberón	Sobre protegida	Sin alteración	Ninguno	No bruxista
54	Monroy Christopher	5	M	Ninguno	Tímido	Mal posiciones dentales	Cúspide de caninos y primeros molares	Bruxista
55	Morales Alonso	6	M	Ninguno	Depresivo y madre soltera	Mordida abierta	Caninos superior e inferior	No Bruxista
56	Moreno J. Armando	5	M	De labio	Tímido y agresivo, temor a la compañía de su hermano	Sobre mordida y chasquidos en la ATM	Cúspides de caninos, primeros molares e incisivos superior e inferior	Bruxista
57	Nava Rosa	3,5	F	Ninguno	Tranquila	Sin alteración	Poco marcado en cúspide de caninos, primeros molares, e incisivos.	Iniciación Bruxista

58	Olivares Erika	5	F	Morderce las uñas	Inquieta	Sin alteración	Sólo en los centrales y laterales	No bruxista
59	Olmedo David	5	M	Morder los lápices	Inquieto	Ninguno	Cúspides de caninos superior e inferior	No bruxista
60	Olvera Erick	5	M	De lengua	Inquieto	Mordida abierta	Ninguno	No Bruxista
61	Ortega Armando	7	M	Ninguno	Agresivo, hijo de mama soltera	Malposiciones dentales	Primeros molares y caninos	Bruxista
62	Ortiz B. Nadia	7	F	Ninguno	Abuso sexual, aislamiento e introvertida	Sin alteración	Cúspide caninos y primeros molares, superior inferiores	Bruxista
63	Pérez Eduardo	5	M	Ninguno	Inquieto	Sin alteración	Ninguno	No Bruxista
64	Pérez Enrique	3	M	Ninguno	Inquieto	Sin alteración	Ninguno	No Bruxista
65	Pineda Cintia	4	F	Ninguno	Tranquila	Sin alteración	Ninguno	No Bruxista
66	Pioquinto Ileana	2	F	Ninguno	Agresiva	Mordida cruzada anterior	Ninguno	Iniciación bruxista
67	Pioquinto Eva	5	F	De labio	Inquieta	Sobre mordida	Incisivos inferiores	No Bruxista
68	Ramírez Ana	6	F	Ninguno	Inquieta	Sin alteración	Ninguno	No Bruxista
69	Ramos Nayeli	5	F	Introducir objetos a la boca	Desesperada, hija de mamá soltera.	Malposiciones dentales	poco marcado en incisivos	No Bruxista
70	Rangel Giselle	4	F	Ninguna	Tranquila	Sin alteración	ninguno	No Bruxista
71	Rangel Jan	7	M	Morderce la ropa	Desesperado	Dentición mixta	Cúspide de caninos e incisivos superior e inferior y primero molares	Bruxista
72	Rendon Gabriela	4	F	Respirador bucal	Repreñión de mamá	Malposiciones dentales	Cúspides de molares, superior e inferior	Bruxista
73	Resendiz Erick	4	M	Ninguno	Desesperado	Sin alteración	Ninguno	No Bruxista
74	Revimar Alma	5	F	De labio	Desesperado	Mordida cruzada	Ninguna	No bruxista
75	Reyes Areli	3	F	Morderce las uñas	Agresiva, hija de mamá soltera	Sin Alteración	Ninguno	No bruxista
76	Roda Celia	5	F	De dedo	Desesperada	Mordida cruzada anterior	Incisivos inferiores y superiores	No Bruxista
77	Rodríguez Paulina	7	F	De uñas	Inquieta	Sin alteración	Incisivos superior e inferior y cúspides de caninos	Bruxista
78	Rodríguez Claudia	4	F	Ninguno	Tranquila, repreñión	Mordida cruza	Ninguno	No bruxista

79	Ruiz Monserrath	5	F	Ninguno	Inquieta	Mordida borde a borde y desviada	Cúspide caninos, incisivos y primeros molares	Bruxista
80	Saldivar Pierre	5	M	Morderse las uñas	Ninguno	Sin alteración	Ninguno	No Bruxista
81	Sánchez Berenice	3	F	Morderce la ropa	Desesperada	Sin alteración	Incisivos, laterales superior	No bruxista
82	Sánchez Diana	7	F	Ninguno	Tranquilo	Sin alteración	Ninguno	No bruxista
83	Sánchez Erendira	5	F	Ninguno	Tranquila	Sin alteración	Ninguno	No Bruxista
84	Serrano Polet	4	F	Ninguno	Tranquila, hija de mamá soltera	Mordida abierta	Ninguno	No Bruxista
85	Solarza Aldo	4	M	Ninguno	Desesperada	Sobre mordida	Incisivos superior e inferior	Bruxista
86	Vallarta Arturo	4	M	De dedo	Desesperada	Sin alteración	Cúspide de caninos superior e inferior	No bruxista
87	Vallarta Fernando	6	M	Ninguno	Tranquilo	Sin alteración	Ninguno	No bruxista
88	Vázquez Ana Gabriel	5	F	Ninguno	Tranquila	Dentición temporal	Poco marcado en incisivos	No Bruxista
89	Vázquez Arturo	4	M	De labio	Tranquilo	Sobre mordida, desviada y chasquido en ATM	Ninguno	Iniciación Bruxista
90	Vazquez Vicente	3	M	Ninguno	Agresivo	Dentición temporal	Cúspide de caninos y primeros molares superior	No Bruxista
91	Velasco Josué	6	M	Ninguno	Timido	Sin alteración	Ninguno	No Bruxista
92	Vidrio Daniel	3	M	Ninguno	Tranquilo	Sobre mordida y chasquido en ATM	Ninguno	Iniciación bruxista
93	Vigueras Oscar	4	M	Morderse las uñas	Sobre protección	Incisivos superiores extraídos	Cúspides de caninos inferiores	No Bruxista
94	Villanueva Karina	3	F	Ninguno	Sobreprotejida	Sin alteración	Poco marcado en incisivos	No bruxista
95	Villaseñor Alfredo	7	M	Morderce el labio	Inquieto	Mordida cruzada anterior	Cúspides de caninos molares superior e inferior	Bruxista

96	Villegas J. Angel	3	M	Ninguno	Hospitalización por enfermedad (Asma). Tímido	Sin alteración	Cúspide caninos y primeros molares	Bruxismo
97	Yepez Itzel	4	F	Respirador Bucal y Lengua	Tímido	Mordida Abierta	Poco marcados en cúspide caninos y primeros molares	No Bruxista
98	Yuaza Monica	6	F	Ninguno	Tranquila	Sin alteración	Ninguno	No bruxista
99	Zamora Erendira	6	F	Ninguno	desesperado	Sin alteración	Cúspides de molares y caninos	Bruxista
100	Zaragoza Claudia	6	F	Ninguno	Tranquila	Mordida cruzada posterior	Ninguno	No Bruxista