



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

PROYECTO DE TESINA

**PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
ODONTÓLOGO**

TEMA

**BRUXISMO Y PATOLOGÍAS RELACIONADAS POR
HACINAMIENTO Y ESTRÉS PSICOFÍSICO EN PACIENTES DEL
CENTRO DE REHABILITACIÓN SOCIAL N° 2 DE QUITO, EN EL
PERÍODO OCTUBRE 2013 - MARZO 2014**

AUTOR

WILMER WASHINGTON FOUNES PINTO

TUTORA

DRA. JANETH MARIELA PRADO SEGOVIA

RIOBAMBA - ECUADOR

JULIO – 2014

HOJA DE APROBACIÓN

El tribunal de defensa privada conformada por el Dr. Galo Sánchez, Presidente del tribunal; Dra. Janeth Prado, miembro del tribunal y el Ms. Carlos Vargas, miembro del tribunal; certificamos que el señor Wilmer Washington Founes Pinto, con cédula de identidad N° 171498348-1, egresado de la carrera de Odontología de la Universidad Nacional de Chimborazo (UNACH), se encuentra apto para el ejercicio académico de la defensa pública de la tesina previa a la obtención del título de Odontólogo con el tema de investigación: **“BRUXISMO Y PATOLOGÍAS RELACIONADAS POR HACINAMIENTO Y ESTRÉS PSICOFÍSICO EN PACIENTES DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN SOCIAL N° 2 DE QUITO, EN EL PERÍODO OCTUBRE 2013 - MARZO 2014”**.

Una vez que han sido realizadas las revisiones periódicas y ediciones correspondientes a la tesina.

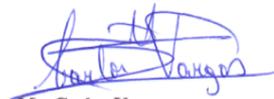
Riobamba, 16 de Junio de 2014.



Dr. Galo Sánchez
Presidente del tribunal



Dra. Janeth Prado
Miembro del tribunal



Ms. Carlos Vargas
Miembro del tribunal

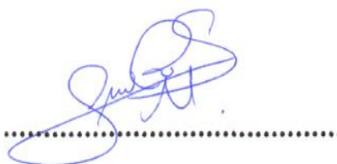
DERECHOS DE AUTORÍA

Yo, Wilmer Washington Founes Pinto, portador de la cédula de identidad N° 171498348-1, declaro ser responsable de las ideas, resultados y propuestas planteadas en este trabajo investigativo y que el patrimonio intelectual del mismo, pertenece a la Universidad Nacional de Chimborazo.

ACEPTACIÓN DE LA TUTORA

Por medio de la presente, hago constar que he leído el protocolo del Proyecto de Tesina de Grado presentado por el señor **WILMER WASHIGTON FOUNES PINTO** para optar al título de **ODONTÓLOGO** y que acepto asesorar a la estudiante en calidad de Tutor, durante la etapa del desarrollo del trabajo hasta su presentación y evaluación.

Riobamba, 12 de Mayo de 2014.

A handwritten signature in blue ink, consisting of stylized, overlapping loops and curves, positioned above a horizontal dotted line.

Dra. Janeth M. Prado S.

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional de Chimborazo y a los maestros por habernos dado la oportunidad de continuar y culminar la carrera que ya la creíamos trunca.

A las autoridades del Centro de Rehabilitación Social N°2 de Quito, por su atenta colaboración.

A la Directora de la Carrera de Odontología la Dra. Kathy M. Llori O., gracias por todo.

A mi tutora la Dra. Janeth Prado, por manifestar su verdadera colaboración en mi investigación.

A mis profesoras y amigas Dra. María Mercedes Calderón, y Dra. Jenny Paredes por su apoyo y enseñanza científica y moral.

Wilmer W. Founes.

DEDICATORIA

A mis queridos y amados padres Antonio y Rocío.

Al tesoro más grande de mi vida mi hijo Camilo Ariel.

A mis hermanos por su aliento y apoyo incondicional Guillan, Giovanni, Gina y Cristian.

A un ser muy especial Silvia.

A mis cuñadas Ana y Damaris; a mis amigos queridos Danny, José y Diego.

Y Sobre todo a Dios por sus bendiciones.

A los presentes y a los que ya no están a mi

lado pero sí, en mi corazón.

Wilmer W. Founes.

RESUMEN

La presente investigación, busca determinar la dependencia que existe entre el Bruxismo y las patologías relacionadas por hacinamiento y estrés psicofísico en pacientes del Centro de Rehabilitación Social N° 2 de Quito, en el período Octubre 2013 - Marzo 2014. La investigación planteada, fue realizada en 130 pacientes a los cuales se les realizaron entrevistas, encuestas y observaciones intraorales. Se identificaron a 30 pacientes que rechinan, aprietan o traban los dientes, lo que significa que el 34,88 % de la población necesita tratamiento y se identificaron las siguientes patologías: el 83,72 % estrés, el 86,05 % fatiga muscular, el 68,24 % con dolor TM, el 44,19 % presión facial y el 34,88 % con desgaste en piezas dentales. Se ha relacionado la dependencia entre el bruxismo y el hacinamiento y estrés, ya que el 22,09 % de la población está bajo tratamiento ya que el 68,24 % manifiesta dientes sensibles, fruto de las diferentes patologías. Se indica el tratamiento adecuado para el bruxismo con el uso de férula de relajación muscular, ya que esta proporciona contacto oclusal óptimo entre ambas arcadas y protege a los dientes de fuerzas anormales que pueden desgastarlos o lesionarlos. Se recomienda que todos los pacientes sean monitoreados por el profesional odontólogo, ya que este profesional, puede detectar patologías que afectan la salud general del paciente. Es necesario el seguimiento de los pacientes, verificando cualquier patología relacionada con el bruxismo ya que es evidente que la situación de estrés y hacinamiento son claros indicadores y esperamos que los privados de su libertad, encuentren mejores condiciones en el futuro. Es imperiosa la atención prudente y profesional en toda la población afectada, y contar con las condiciones de equipos e instalaciones para un mejor tratamiento y mejor calidad del trabajo por parte del profesional.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CENTRO DE IDIOMAS

ABSTRACT

This study aims to determine the relationship between Bruxism and related diseases caused mainly by overcrowding and psychophysical stress in patients who attend to the Centro de Rehabilitación Social No. 2 (Social Rehabilitation Center # 2 – Quito), from October 2013 to March 2014. The study was conducted in 130 patients. Three types of instruments were used to gather data: interviews, surveys, and intraoral observations. We identified 30 patients who grind, squeeze or lock their teeth. This finding means that 34.88% of the population needs treatment and the following conditions were identified: 83.72% of the patients suffer from stress while the 86.05% suffer from muscle fatigue. The 68.24% of the patients report TM pain. Facial pressure was reported for 44.19% and 34.88% showed weathering teeth. Relationship between bruxism, stress and overcrowding was identified given that the 22.09% of the population is under treatment and 68.24% state sensitive teeth as a result of the different pathologies. Appropriate treatment for bruxism using muscle relaxation splint is indicated, as this provides optimal occlusal contact between both arches and protects teeth from abnormal forces that can wear or injure them. It is recommended that all patients should be monitored by professional dentist, as this professional can detect diseases that affect the general health of the patient. Monitoring of patients is necessary, verifying any pathology related to bruxism as it is clear that the situation of stress and overcrowding are clear indicators. We hope that those deprived of their freedom, find better conditions in the future. It is necessary the adequate and professional attention throughout the affected population as well as the improvement of the equipment and facilities for better treatment and better quality of work for the professional who work with this population.

Reviewed by

Adriana Cundar R.

EFL PROFESSOR - FCS – UNACH



26/06/2014

ÍNDICE GENERAL

Portada.....	i
Certificado.....	ii
Derechos de autoría.....	iii
Aceptación del tutor.....	iv
Agradecimiento.....	v
Dedicatoria.....	vi
Resumen.....	vii
Abstract.....	viii
Índice general.....	ix
Índice de gráficos.....	xiii
Índice de tablas.....	xiv
INTRODUCCIÓN.....	1

CAPÍTULO I

1.	PROBLEMATIZACIÓN.....	3
1.1.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.2.	FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	6
1.3.	OBJETIVOS.....	7
1.3.1.	Objetivo General.....	7
1.3.2.	Objetivos Específicos.....	7
1.4.	JUSTIFICACIÓN.....	8

CAPÍTULO II

2.	MARCO TEÓRICO.....	10
2.1.	POSICIONAMIENTO PERSONAL.....	10
2.2.	FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	13
2.2.1.	Origen del Bruxismo.....	13
2.2.2.	Definición del Bruxismo.....	14
2.2.3.	Incidencia del Bruxismo.....	14
2.2.4.	Clasificación del Bruxismo.....	15
2.2.4.1.	Según la manera de resonar los dientes.....	15
2.2.4.1.1.	Bruxismo céntrico.....	16
2.2.4.1.2.	Bruxismo excéntrico.....	16
2.2.4.2.	Según el momento de su presentación.....	16
2.2.4.2.1.	Nocturno.....	16
2.2.4.2.2.	Diurno.....	17

2.2.1.4.3.	Según el grado de afección.....	17
2.2.1.4.3.1.	Bruxismo leve.....	17
2.1.1.4.3.2.	Bruxismo moderado.....	17
2.1.1.4.3.3.	Bruxismo grave.....	18
2.2.1.5.	Etiología del Bruxismo.....	18
2.2.1.3.	Factores Asociados al Bruxismo.....	24
2.2.1.6.1.	Factores Psíquicos.....	25
2.2.1.6.2.	Modelo Central Sistema Nervios Central (SNC).....	26
2.2.1.6.3.	Trastornos del sueño.....	27
2.2.1.6.4.	Modelo oclusal.....	27
2.2.1.6.5.	Factores externos.....	28
2.2.1.7.	Sintomatología del bruxismo específica y asociada.....	30
2.2.1.8.	Diagnóstico del Bruxismo.....	31
2.2.1.9.	Diagnóstico diferencial del Bruxismo.....	32
2.2.1.9.1.	Abrasión	32
2.2.1.9.2.	Atricción.....	32
2.2.1.9.3.	Erosión.....	32
2.2.1.10.	Tipos de tratamiento.....	32
2.2.2.	ESTRÉS.....	33
2.2.1.1.	Definición.....	33
2.2.1.2.	Concepto de estrés.....	34

2.2.1.3. Estrés psicofísico.....	35
2.2.1.4. Etiología.....	35
2.2.1.5. Sintomatología.....	36
2.2.1.6. Diagnóstico.....	37
2.2.2. HACINAMIENTO.....	38
2.2.2.1. Definición.....	38
2.2.2.2. Causas generales.....	38
2.2.2.3. Indicadores de población carcelaria.....	39
2.2.2.4. Efectos del hacinamiento.....	40
2.2.2.5. Efectos sobre la salud.....	42
2.3. HIPÓTESIS Y VARIABLES.....	44
2.3.1. Hipótesis.....	44
2.3.2. Variables.....	44
2.3.2. Variable dependiente.....	45
2.3.3. Variables independientes.....	45
2.4. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	45

CAPÍTULO III

3. MARCO METODOLÓGICO.....	47
3.1. MÉTODO.....	47
3.1.1. Tipo de investigación.....	47
3.1.2. Diseño de investigación.....	48
3.1.3. Tipo de estudio.....	49
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	49

3.2.1. Población.....	49
3.2.1.1. Criterios de inclusión.....	50
3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.....	50
3.4. TÉCNICAS PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.....	50
CAPÍTULO IV	
4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.....	51
CAPÍTULO V	
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	61
5.1. CONCLUSIONES.....	61
5.2. RECOMENDACIONES.....	63
BIBLIOGRAFÍA.....	64
ANEXOS.....	66
FOTOGRAFÍAS DE LA INVESTIGACIÓN.....	66
ENCUESTA DIRIGIDA A PACIENTES DEL CENTRO DE REHABILITACION SOCIAL.....	87
CERTIFICADO DE LA INSTITUCIÓN.....	89

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1:	Representación de la población que manifiesta ansiedad....	51
Gráfico N° 2:	Representación de la población que manifiesta estrés.....	52
Gráfico N° 3:	Representación de la población que manifiesta fatiga muscular	53
Gráfico N° 4:	Representación de la población que consume psicotrópicos	54
Gráfico N° 5:	Representación de la población en tratamiento médico.....	55
Gráfico N° 6:	Representación de la población con dientes sensibles.....	56
Gráfico N° 7:	Representación de los pacientes con dolor de la Articulación Temporomandibular.....	57
Gráfico N° 8:	Representación de los paciente con presión facial.....	58
Gráfico N° 9:	Representación de los pacientes con otras manifestaciones...	59
Gráfico N° 10:	Representación de los pacientes con desgastes en piezas dentales	60

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1:	Población que manifiesta ansiedad.....	51
Tabla N° 2:	Población que manifiesta estrés.....	52
Tabla N° 3:	Población que manifiesta fatiga muscular.....	53
Tabla N° 4:	Población que consume psicotrópicos.....	54
Tabla N° 5:	Población en tratamiento médico.....	55
Tabla N° 6:	Población con dientes sensibles.....	56
Tabla N° 7:	Pacientes con dolor Articulación Temporomandibular.....	57
Tabla N° 8:	Paciente con presión facial.....	58
Tabla N° 9:	Pacientes con otras manifestaciones.....	59
Tabla N° 10:	Pacientes con desgastes en piezas dentales.....	60

INTRODUCCIÓN

Existen hábitos que se manifiestan en el aparato masticatorio y se observan en la práctica odontológica, pues presentan cambios morfológicos como migraciones y desgastes oclusales, dentro de ellos se incluye el bruxismo, considerado como una actividad parafuncional, que a la larga, por falta de tratamiento produce la degradación de los tejidos duros y blandos que en conjunto alteran la armonía y funcionalidad del sistema estomagtonático.

El bruxismo se manifiesta mediante el apretamiento, frotamiento de las piezas dentales, producido por el exceso de carga muscular, especialmente por el de los músculos masticatorios y el movimiento parafuncional de la mandíbula, generando un desgaste en las piezas dentales como premolares y molares, dolor de la Articulación Temporomandibular (ATM), cuello cabeza, oído y molestias dentofaciales.

Las causas del bruxismo no están totalmente claras. En algunos adultos, las maloclusiones causadas por la mala alineación de las piezas dentarias superiores e inferiores pueden contribuir al problema. A menudo, factores psicológicos pueden causar bruxismo, incluyendo: ansiedad, stress, tensión, frustración o tipos de personalidad agresivos, competitivos o hiperactivos.

La sobrepoblación, hacinamiento y violencia en las cárceles son fenómenos que se relacionan con la crisis que atraviesa o atravesaba la institución penitenciaria en los últimos años; por lo tanto, las respuestas al problema no pueden estar desarticuladas de este carácter.

Por último, la sistemática violación de los derechos humanos y las precarias condiciones de vida en las que se encuentran o encontraban las personas

recluidas en el país, son factores que repercuten en la inexistencia de la rehabilitación social.

Es una contradicción hablar de rehabilitación cuando la gente en las cárceles es sometida a maltratos, torturas, hacinamiento en las celdas, mala alimentación y falta de atención médica odontológica adecuada, no por falta profesional, sino de los limitantes de materiales y tiempo para llevar a cabo los diferentes tratamientos que se debe realizar para las diversas patologías buco dental.

La presente investigación, busca analizar la relación de estas variables y su repercusión en la salud bucal de las Personas Privadas de la Libertad (PPL), para conocer sus consecuencias y plantear posibles soluciones contribuyendo en su rehabilitación integral en un camino constante de desarrollo positivo a nivel institucional, social y profesional, tomando en consideración que el aspecto económico no es de nuestra competencia, sino, de las autoridades encargadas de la administración de los Centros de Rehabilitación Social de nuestro país.

CAPITULO I

1. PROBLEMATIZACIÓN.

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El profesional en odontología es el primero en identificar y diagnosticar precozmente las diversas enfermedades que tienen repercusiones en la cavidad bucal, las mismas que traen como consecuencia la degradación de los tejidos dentarios, siendo el bruxismo uno de los problemas de salud pública de mayor continuidad considerado uno de los más prevalentes, complejos y destructivos desordenes orofaciales como una patología de ocurrencia común; pudiendo ser observada en todos los niveles etáreos en un 90% de la población en la mayoría de los países del mundo, ya que solo un bajo porcentaje de los pacientes es consciente de este hábito y en la mayoría de los casos es realizado inconscientemente, observando signos clínicos de gran importancia patológica; siendo uno de ellos el patrón de desgaste en caras funcionales por la fricción entre sí de las piezas dentales, de igual manera se presenta una destrucción de la estructura dental en el borde cervical o margen gingival de las piezas dentales con mayor incidencia en molares y premolares tanto superiores como inferiores, esta presencia se da en casos de bruxismo severo sin control y en etapas ya avanzadas. Otra presentación son trastornos neurofisiológicos de los movimientos mandibulares que de forma progresiva generan alteraciones de los músculos masticatorios y de la articulación temporomandibular, los mismos que ocasionan episodios de gran dolor, este tipo de malestar muscular interfieren con el desempeño normal de los individuos en su medio ambiente. KATHYA GRISSEL FLORES RUIZ (2008) Prevalencia de Bruxismo y su relación con la presencia de desgaste dental y dolor miofacial de los

alumnos de la clínica el adulto de decimo ciclo de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso De La Vega Semestre 2008 III. Lima – Perú.

Uno de los factores detonantes del Bruxismo es el estrés, si observamos cuantas personas sufren de cefaleas tensionales, dolor de cuello, espalda, irritabilidad, gastritis, psoriasis, ojo seco, intestino irritable, zumbidos en el oído, trastornos neurológicos, ansiedad, depresión, neurosis obsesivas, astenia. Tendremos una mejor visión del problema, pues lo estaremos mirando desde su consecuencia hacia su causa.

Las dimensiones que ha alcanzado el estrés son de tal modo importante que considerarlo como una epidemia no sería exagerado. Se escucha la palabra con tanta frecuencia estrés y se la lee con tanta reiteración en varios artículos relacionados a salud. Es así como el 50 – 70% de las visitas a los médicos están relacionadas con el estrés directa o indirectamente. DR. JUAN FRANCISCO LASSO (1996) Stress.

Al referirnos al estrés como la enfermedad de actualidad por los altos índices presentados, no es tan complicado relacionar que las Personas Privadas de Libertad (PPL), sufren una gran carga de estrés al encontrarse confinados a cumplir sentencias por delitos cometidos en contra de la sociedad, los mismos que sufre episodios tensiones, ansiedad y depresión por los múltiples factores que implican el convivir en un medio ambiente hostil, con personas ajenas a su entorno familiar y social, cabe recalcar que la toma de una decisión que los conllevo a realizar un acto delictivo es una realidad que describe el deterioro del núcleo de la sociedad como lo es la familia.

El ambiente que se vive en las cárceles a nivel mundial es desalentador para la posible rehabilitación de un individuo y su posterior reinserción a la sociedad. Tomando en cuenta que la realidad en muchos países de América Latina existe una sobrepoblación de Personas Privadas de la Libertad (PPL), las cárceles en la región están funcionando al límite. Las huelgas, motines e incendios se han convertido en un factor de riesgo para la estabilidad operativa del sistema y para

la seguridad de los guardias, de las Personas Privadas de la Libertad (PPL) y de quienes circulen en los recintos, como las visitas. Además, tanto el hacinamiento como la falta de control de las cárceles han permitido que en su interior crezcan y se fortalezcan redes criminales, desde las cuales se planean extorciones, secuestros y otros actos violentos.

El salvador presenta la sobrepoblación más grave: 298%. Ecuador registra un porcentaje poco menor al 150%, por debajo de República Dominicana, Guatemala, Nicaragua, Panamá y Brasil que no llegan al 200%.

Con estos antecedentes nos referimos al hacinamiento que se vive en las cárceles del país, donde la ausencia de un medio ambiente adecuado para habitar es extremadamente nociva para las Personas Privadas de la Libertad (PPL). En el Ecuador hay 35 cárceles en 17 provincias, diez son de varones, cuatro de mujeres, 20 mixtas y una de detención provisional. De acuerdo a la región, están distribuidas así: 14 en la Costa, 19 en la Sierra y dos en el Oriente. NÚÑEZ VEGA J. (2006) La crisis del sistema penitenciario en Ecuador.

El 53% de las Personas Privadas de la Libertad se encuentran en la Sierra, 45 % en la Costa, y solo 2% en el Oriente. El 60% de las internas y el 77 % de extranjeros/as presos/as están en la Sierra. La cárcel más grande es la de varones de Guayaquil, con 3106 personas, equivalente al 31% de la población total.

En el ex Penal García Moreno ubicado en la ciudad de Quito, el mismo que tiene una capacidad de albergar a 800 personas, la misma que supera con creces su capacidad, está ubicado en el barrio de San Roque, en estas instalaciones funcionan cuatro centros de rehabilitación social, el ex penal García Moreno o Centro de Rehabilitación N° 1, el Centro de Rehabilitación Social N° 2, o conocida como la cárcel número dos , la misma que se trasladó a estas instalaciones luego de sufrir un siniestro, Centro de Rehabilitación No.-3 y el Centro de Detención Provisiona (CDP).

En el Centro de Rehabilitación N° 2 de Quito existe una sobrepoblación excesiva, tomando en cuenta que fue improvisada, celdas o pabellones inadecuados, teniendo que ser modificados por las Personas Privadas de la Libertad.

Elegimos tomar en cuenta esta idea, porque contemplamos que muchas de las personas sometidas a los tratos y prácticas del ámbito carcelario pueden desarrollar un síndrome complejo derivado del trauma prolongado y repetido. En palabras de Judith Herman: “Un único acontecimiento traumático puede ocurrir en casi cualquier lugar; sin embargo, el trauma prolongado y repetido solo pasa en circunstancias de cautividad (...). El trauma repetido solo sucede cuando la víctima está prisionera, es incapaz de escapar y está bajo el control del perpetrador. Evidentemente, dichas condiciones existen en las cárceles (...)”.

Por tanto y tomando en cuenta todos estos antecedentes el hacinamiento es un factor que actúa directamente en el aumento de ansiedad, depresión, estrés psicofísico produciendo consecuencias negativas para la salud en general del individuo y su medio ambiente degenerando su entorno social y familiar. Y al considerar al estrés como desencadenante de patologías bucales en especial el bruxismo, este conlleva a diversas alteraciones orofaciales como desgaste en piezas dentales afectando a tejidos duros y blandos, desgaste a nivel oclusal y cervical, pérdida de dimensión vertical, alteraciones temporomandibulares, pérdida de piezas dentales, tensión de músculos masticatorios y la oclusión parafuncional. Alteraciones que conllevan a futuras complicaciones orales y sistémicas.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

¿En qué medida el bruxismo se relaciona con estrés psicofísico por el hacinamiento en pacientes del Centro de Rehabilitación Social N° 2 de Quito, en el período Octubre 2013 – Marzo 2014?

1.3. OBJETIVOS.

1.3.1. Objetivo General.

Analizar la dependencia que existe entre el Bruxismo y las patologías relacionadas por hacinamiento y estrés psicofísico en pacientes del Centro de Rehabilitación Social N° 2 de Quito, en el periodo Octubre 2013 – Marzo 2014.

1.3.1.2. Objetivos Específicos.

- Interpretar científicamente la relación del Bruxismo y las patologías relacionadas por hacinamiento y estrés psicofísico del Centro de Rehabilitación Social N° 2 de Quito, en el periodo Octubre 2013 – Marzo 2014.
- Determinar las patologías relacionadas con el Bruxismo en pacientes del Centro de Rehabilitación N° 2 de Quito, en el periodo Octubre 2013 – Marzo 2014.
- Identificar el grado de relación del bruxismo por hacinamiento y estrés psicofísico en el centro de rehabilitación No.- 2 de Quito.
- Sugerir un convenio interinstitucional para el mejoramiento de atención a través de un equipo multidisciplinario para las Personas Privadas de la Libertad del Centro de Rehabilitación N° 2 de Quito.

1.4. JUSTIFICACIÓN.

El bruxismo no es un trastorno peligroso, sin embargo, puede causar lesiones dentales permanentes, dolor molesto en la mandíbula, dolores de cabeza o dolor de oído y destrucción de las piezas dentales; por ello, la reducción de estrés y el manejo de la ansiedad pueden disminuir el bruxismo de las personas que son propensas a esta afección.

Existe una amplia variedad de posibles afecciones, que pueden ocasionar síntomas temporomandibulares que van desde la artritis hasta las hiperextensiones cervicales o desnucamientos.

Con la presente investigación se lograra concientizar la importancia de diagnosticar a tiempo el Bruxismo, deteniendo los futuros daños dentofaciales y musculares disminuyendo la carga el estrés, sobre todo en las Personas Privadas de la Libertad en los cuales todos estos problemas se agudizan.

Esto servirá de ayuda en el diagnóstico temprano de esta enfermedad, así el profesional tendrá que incluir en su plan de tratamiento convencional y tomar en cuenta el Bruxismo como parte de los tratamientos prioritarios, con la colaboración de un equipo multidisciplinario.

Con la prevención del Bruxismo los beneficios que obtendrán las Personas Privadas de la Libertad (PPL), es la disminución de la destrucción de las piezas dentales, relajación de músculos masticatorios y el chasquido o sonidos de la Articulación Temporomandibular (ATM), esto se lograra poniendo en práctica los diferentes tratamientos para corrección del bruxismo, y el estrés que es uno de los detonantes para la incrementación del Bruxismo, se trabajaría en conjunto con el personal del área de psicología para aplicar técnicas de relajación y de esta manera reducir la carga de tensión, ansiedad y depresión, mejorando en general los niveles de salud física y mental.

Con la construcción de nuevos complejos penitenciarios o Centros de Rehabilitación Social, en diferentes provincias del Ecuador, se pretende reducir los niveles de hacinamiento, en la provincia de Cotopaxi, al mismo donde fueron trasladados las Personas Privadas de la Libertad del ex penal García Moreno, para brindarles, mayor comodidad y dignidad para; lo que contribuirá a la adecuada rehabilitación tanto física, mental y bucal del individuo.

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO.

2.1. POSICIONAMIENTO PERSONAL.

La importancia de la presente investigación es relacionar el lazo que existe entre estrés psicofísico y hacinamiento los cuales son coadyuvantes para incrementar los niveles del Bruxismo, tomando en cuenta que el estrés con sus factores como la depresión, ansiedad y tensión se incrementan, pero, al complementarse con un problema a un más complejo como es el hacinamiento, el cual lo podemos verificar e identificar en el Centro de Rehabilitación Social N° 2 de Quito.

En un entorno social, cultural y familiar sin aislamiento del individuo, las dimensiones que ha alcanzado el estrés son de tal modo importante que considerarlo como una epidemia no sería exagerado. Se escucha la palabra con tanta frecuencia estrés y se la lee con tanta reiteración en varios artículos relacionados a salud. Es así como el 50 – 70% de las visitas a los médicos están relacionadas con el estrés directa o indirectamente. DR. JUAN FRANCISCO LASSO (1996) Stress.

Si observamos cuantas personas sufren de cefaleas tensionales, dolores de cuello y espalda, irritabilidad, gastritis, psoriasis, ojo seco, intestino irritable, zumbidos en el oído, insomnio, trastornos neurológicos, ansiedad, depresión, neurosis obsesivas, astenia. Tendremos una mejor visión del volumen del

problema, pues lo estaremos mirando desde su consecuencia hacia su causa. DR. JUAN FRANCISCO LASSO (1996) Stress.

A diferencia de los costos sociales, los económicos si son medibles, al sumar el número de enfermedades, ausentismo laboral, accidentes, suicidios y hasta muertes ocasionadas por esta patología, sin embargo se vuelven incalculables cuando tomamos en cuenta los costos por los impases en relaciones interpersonales, errores de juicio, mala calidad de trabajo y otros trastornos similares. DR. JUAN FRANCISCO LASSO (1996) Stress.

Las neurosis de angustia junto con la depresión son las más frecuentes, así hay una prevalencia del 2-5% en la población general y representa el 25% de las consultas médicas generales, de estas el 10% de estas son de angustia primaria. Las mujeres son las más proclives a ello en una relación de 2 – 1 y aparece por lo general ente los 20 – 40 años. MALATHI A. PAURULKAR VG: evaluation of anxiety status in medical students prior to examination strees, VALLEJO J. Y COLS Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría, Salvat Editores, “a edición, Barcelona – España, 1985.

El estudio comparativo de población carcelaria del Programa de la Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD (2013) permite ofrecer un panorama general sobre las condiciones en las que viven las personas en reclusión. En cuanto a las condiciones de seguridad, arroja resultados preocupantes. A excepción de El Salvador, en todos los países donde se realizaron encuestas, el porcentaje de internos que dice sentirse menos seguro al interior del penal que donde vivía antes supera el 60%, al igual que el porcentaje que reportó haber sido golpeado por el personal penitenciario supera el 60% en el Salvador, Chile y Argentina.

Citando una publicación de un medio de comunicación argentino en Latinoamérica, las cárceles más aterradoras están en Perú, Brasil y Venezuela. El penal San Juan de Luringancho (Perú) es considerado uno de los más peligrosos con sobrepoblación de más de 7.000 presos.

Carandirú, es una de las más recordadas cárceles del mundo. Ubicada en Sao Paulo (Brasil), cerro en el 2002, por dos eventos traumáticos que ocurrieron allí: en 1992, al amanecer, 111 prisioneros fueron asesinados; y en 2002, 8000 presos fueron contagiados con el virus del sida. Los presos de La Sabaneta (Venezuela), debido a las precarias condiciones de higiene, suelen contaminarse con enfermedades y constantemente hay motines que dejan varios muertos.

La sobrepoblación existente en las cárceles o centros de rehabilitación a nivel de Latinoamérica es alta, donde Ecuador registra el 150%, donde se a generando medios de ambiente hostiles y críticos, el cual genera mayores afecciones a la salud mental y física de los individuos. “El hacinamiento como la falta de control en las cárceles han permitido que en su interior crezcan y se fortalezcan redes criminales, desde las cuales e planean extorciones, secuestros y otros actos violentos”.

Donde las demandas de las Personas Privadas de la Libertad (PPL), por mejoramiento de las instalaciones, salud y una rehabilitación de los mismos, es lo primordial, pero las políticas del gobierno se han encaminado a la construcción de centros de detención, para brindar mejoras para las Personas Privadas de la Libertad (PPL), esperando resultados a largo plazo.

Con lo anteriormente citado se deja en evidencia las consecuencias fatales que se tiene como desencadenante la conjugación del hacinamiento y estrés psicofísico, la carga de tensión y emocional que se vive dentro de un Centro de Rehabilitación, la ansiedad a la que están sometidos. Según el Ministerio de Justicia, en Ecuador existen 22.029 internos y la capacidad de las cárceles es de 12.089. Con este dato se puede evidenciar la sobrepoblación existente en los centros carcelarios del país y como es de suponer en el Centro de Rehabilitación N° 2 de Quito, el cual fue acondicionado después de un siniestro para funcionar en el ex penal García Moreno, donde los pabellones o celadas se van improvisando dependiendo el incremento de la población y esto detonando en un ambiente más hostil, cargado de tensiones por los nuevos habitantes.

El bruxismo al encontrarse íntimamente relacionado a una de las afecciones de la psicología como lo es el estrés psicofísico por medio de la ansiedad, tensión y

depresión a la que los individuos se encuentran sometidos, los mismos causan daños en el organismo y estos factores al relacionarse con las deprávales condiciones del entorno que los rodea y sometidos a hacinamiento, se puede interpretar la gran importancia el determinar la relación de estos detonantes con el aumento o la disminución del bruxismo y la importancia del detectarlo a tiempo para detener las patologías relacionadas al bruxismo y poder realizar una correcta rehabilitación bucodental, para mejorar la calidad de vida de las Personas Privadas de la Libertad (PPL).

2.2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.

2.2.1. BRUXISMO

2.2.1.1. Origen del Bruxismo.

El Bruxismo (del griego bryko, rechinar los dientes) es el hábito involuntario de apretar o rechinar las estructuras dentales sin propósitos funcionales. El termino bruxismo fue introducido por Frohman en 1931, hace referencia a un conjunto de conductas orales motoras de carácter disfuncional, que se manifiestan a través de un apretamiento y/o rozamiento de los dientes, acompañado en ocasiones por rechinamiento de los mismos. DURÁN Y SIMÓN (1995), Intervención clínica en el Bruxismo, Psicología conductual Vol. 3 N° 2.

Desde tiempos remotos en la historia de la humanidad se ha venido haciendo referencia al acto conocido hoy como Bruxismo, en la Biblia se lo menciona como “crujir y rechinar los dientes” en relación con los castigos eternos. ERICK J DELGADO RAMIREZ, SALVADOR A. FUENTES GUEVARA, SALVADOR R. PALUCHO MARTINEZ (2010), Frecuencia de signos y síntomas

asociados al bruxismo en estudiantes de la Facultad de Odontología de la Universidad de el Salvador.

2.2.1.2. Definición de Bruxismo.

- Hábito de apretamiento de dientes, diurno o nocturno, con distintos grados de intensidad y presencia en el tiempo, inconsciente y fuera de los movimientos funcionales (parafunción).
- Trastorno neurofisiológico de los movimientos mandibulares que, de forma progresiva, destruye los tejidos dentarios.
- Sus repercusiones clínicas pueden ir más allá del desgaste de las piezas dentales y afectar estructuras de soporte dentario como ligamento periodontal, cemento y estructura dentó alveolar, musculatura cérvico – craneal y Articulación Temporomandibular, afecta por igual a ambos sexos, jóvenes y adultos e incluso a los niños en especial aquellos que padecen de parálisis cerebral, no confundir con la atricción fisiológica en piezas deciduas. KATHYA GRISSEL FLORES RUIZ (2008) Prevalencia de Bruxismo y su relación con la presencia de desgaste dental y dolor miofacial de los alumnos de la clínica el adulto de decimo ciclo de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso De La Vega Semestre 2008 III. Lima – Perú.

2.2.1.3. Incidencia del Bruxismo.

La patología de bruxismo afecta entre un 10 % y un 20 %, a niños, jóvenes y adultos, tanto hombres y mujeres por igual; aunque la edad más frecuente

de inicio está entre los 17 y los 20 años, y la remisión espontánea se suele producir después de los 40 años de edad en los casos de bruxismo crónico, aunque puede desaparecer por sí solo en cualquier momento de la vida. Algunas maloclusiones y los desgastes en la infancia indicaron un aumento de los desgastes del grupo anterior, mientras las interferencias en el lado de no trabajo redujeron el riesgo de tal desgaste en sujetos de 35 años.

En los niños afecta a los pacientes con parálisis cerebral, donde no podemos confundir con el bruxismo relacionado al crecimiento y desarrollo.

Y en la actualidad al revisar la literatura encontramos personas con bruxismo como, niños, estudiantes, amas de casa que se encuentran al cuidado de sus hijos, obreros que se encuentran en trabajos bajo presión.

En un estudio realizado en la Facultad de Estomatología de México en el año 2007 en 1201 personas de 15 años y más con el objeto de determinar la prevalencia de los trastornos temporomandibulares y el índice de severidad sintomatológica, así como el conocimiento que presentaba la población sobre las alteraciones de la articulación temporomandibular, encontraron disfunción en el 31,89% de los examinados según índice anamnésico y el 47,33% según índice clínico, lo que evidencio que el porcentaje de encuestados con signos clínicos de disfunción fue mayor que los que refirieron algún síntoma, con predominio del sexo femenino y proporcional con la edad.

2.2.1.4. Clasificación del Bruxismo.

2.2.1.4.1. Según la manera de resonar los dientes.

Ramfjord y Ash, en 1972, clasificaron el bruxismo en: bruxismo céntrico y bruxismo excéntrico.

Estudios realizados por Ramfjord y Ash en el año 1990 sobre sueño y bruxismo denominaron bruxismo céntrico y excéntrico que sólo induce una repuesta topográfica y dinámica diferente, asociada generalmente con apretamiento, contactos posteriores próximos a relación céntrica, vigilia para el céntrico y con rechinar, contactos más anteriores fuera de relación céntrica o máxima intercuspidadación y nocturnidad para el excéntrico, pero sin consistencia real.

2.2.1.4.1.1. Bruxismo céntrico (apretamiento): Se aprietan los dientes por una contracción muscular. Estos no llegan a desgastarse, pero la mandíbula tiende a cargarse en exceso, provocando contractura muscular asociada a molestia y dolor.

- Apretadores.
- Preferentemente diurno.
- Áreas de desgaste limitadas a la cara oclusal.
- Menor desgaste dentario.
- Mayor afección muscular.

2.2.1.4.1.2. Bruxismo excéntrico (frotamiento): Los dientes rechinan produciendo un desgaste dentario mayor, aunque los dolores de tipo muscular apenas son apreciables.

- Frotadores.
- Nocturno.
- Áreas de desgaste sobrepasan la cara oclusal.
- Gran desgaste dentario.
- Desgaste en borde cervical.
- Menor afectación muscular.

2.2.1.4.2. Según el momento de su presentación.

Atanasio y Glaros por su parte clasifican el bruxismo en nocturno y diurno.

2.2.1.4.2.1. Nocturno: Durante el sueño. Generalmente, el paciente bruxómano nocturno no es consciente del problema, y los datos de esta parasomnia proceden de los compañeros de cama o habitación alarmados por el ruido de los dientes. En el bruxismo nocturno el movimiento es rítmico, fuerte, se produce el rechinar de los maxilares y el apretamiento prolongado de la dentadura.

Ellos señalan al respecto que las investigaciones del bruxismo diurno son muy limitadas y que la mayoría de los movimientos parafuncionales ocurren durante las horas de sueño.

2.2.1.4.2.2. Diurno: Durante la vigilia. Tiene lugar en cualquier momento del día, es el más dañino y el que provoca mayores problemas.

Un estudio realizado por Glaros, en 1981 en una población universitaria clasificó a los bruxómanos en diurnos y nocturnos, exclusivamente, o pertenecientes a ambos grupos. Los resultados indicaron que el bruxismo diurno es más frecuente que el bruxismo nocturno y que los hombres presentan con más frecuencia bruxismo nocturno, mientras que las mujeres presentan con mayor frecuencia el bruxismo diurno.

2.2.1.4.3. Según el grado de afección.

Según la Clasificación Internacional de los Trastornos del Sueño, el bruxismo se divide en varios grupos, en función de su gravedad.

2.2.1.4.3.1. Bruxismo leve (Hábito incipiente): no se realiza todas las noches y no hay evidencia de daño dental, Puede estar condicionado a factores locales dentro de la boca, que al ser detectados y eliminados con prontitud permiten la prevención y eliminación del mismo. La ansiedad puede estar ausente en el paciente.

2.2.1.4.3.2. Bruxismo moderado (Hábito establecido): se realiza todas las noches y puede existir un problema psicológico leve. En este grado la ansiedad ya se encuentra presente, la reproducción está condicionada a los factores facilitadores, la

presentación es inconsciente para el paciente y desaparece cuando el sujeto lo vuelve consciente, en esta etapa pueden encontrarse presente lesiones en las estructuras dentofaciales por lo que se requiere de un tratamiento integral para asegurar su eliminación.

2.2.1.4.3.3. Bruxismo grave (Hábito poderoso): se produce todas las noches, existe evidencia de lesión dental y puede estar relacionada con problemas psicológicos más graves. El hábito poderoso es de difícil manejo y los resultados del tratamiento son insatisfactorios, por lo que se requiere de mayor atención y dedicación en el desarrollo de técnicas por parte del dentista que las implementa.

2.2.1.5. Etiología del Bruxismo.

Han sido formuladas muchas teorías etiológicas a lo largo de los años. Ninguna de ellas ha sido confirmada o refutada, por lo que el bruxismo se considera de carácter multifactorial, Attanasio R. An overview of bruxism and its management. Dent Clin North Am. 1997. Básicamente se pueden distinguir dos grupos de factores etiopatogénicos.

- Factores periféricos (morfológicos).
- Factores centrales (patofisiológicos y psicológicos).

En los últimos años, la gran mayoría de las publicaciones corresponden a factores patofisiológicos, lo que muestran una tendencia en investigación del bruxismo más cercana a un modelo biomédico – biopsicosocial que únicamente a la oclusión. Pueden distinguirse dentro de este grupo las anomalías ya sean en la oclusión dental o en la anatomía orofacial. Históricamente, las maloclusiones han sido consideradas como un factor causal, visión que actualmente ha ido cambiando de manera paulatina. Uno de los primeros estudios que relacionó el bruxismo con características oclusales fue el de Ramfjord, en éste, se estudió por

primera vez el fenómeno llamado Bruxismo con Electromiografía (EMG). Se solicitó a los sujetos de estudio efectuar una serie de funciones orales, las cuales fueron repetidas luego de un ajuste oclusal observándose una disminución de la actividad Electromiografía (EMG).

En dicha investigación, se asociaron ciertas características oclusales como la discrepancia entre una posición retruída de contacto con la posición intercuspal y el Bruxismo. Se creó la teoría de que el bruxismo era “el instrumento por el cual el organismo intentaba eliminar las interferencias oclusales”.

Las conclusiones de este estudio deberían ser tomadas con precaución debido a que en primer lugar las actividades descritas no son representativas de una actividad parafuncional y en segundo lugar fue efectuado en vigilia.

Este trastorno puede ocurrir durante el día o mientras el sujeto duerme o bien durante ambos períodos. Entre los síntomas asociados a esta patología cabe destacar los siguientes:

- Desgaste anormal de los dientes.
- Daños en la Articulación Temporomandibular.
- Lesiones en las áreas que rodean a los dientes (periodontitis marginal).
- Inflamación de las encías.
- Pérdida del hueso alveolar.
- Dolor facial.
- Cefalea. Alling y Mahan, 1985; Reimao, 1990.

Los factores etiológicos implicados en el bruxismo diurno parecen diferir de aquellos que afectan al nocturno, al igual que difieren los músculos implicados en ambos tipos de patologías. El bruxismo diurno adopta la forma de presión incluye a los músculos masetero y temporal; mientras que el bruxópata nocturno además de sufrir periodos largos de contracción isotónica muscular ya mencionados, implica movimientos de rozamiento o frotamiento de los dientes, produciendo los sonidos de rechinar de los dientes, en los cuales también

intervienen los músculos pterigoideos medio y lateral. Dubner, Sessley y Storey, 1978; Glaros y Rao, 1977; Hamada, Kotani, Kawazoe y Yamada 1982.

Por lo tanto es evidente que el factor clínicamente más significativo es la excesiva fuerza de contracción muscular bilateral, la misma que tiene un tiempo suficiente para producir, fatiga dolor muscular, así como la mayor parte de los efectos perniciosos sobre la salud buco dental como lo son el desgaste, fricción y movilidad de las piezas dentales, protuberancias en los músculos maseteros, discordancia oclusal y dolor facial. Ramfjord y Ash, 1983. Estos son los daños producidos por el Bruxismo.

Las opiniones respecto a la etiología del bruxismo son controvertidas. En este sentido, desde el punto de vista estructural, el bruxismo es consecuencia de interferencias oclusales, las cuales provocarían los movimientos disfuncionales de la mandíbula (Dawson, 1989). Sin embargo, existe evidencia de que el bruxismo no está exclusivamente relacionado con interferencias oclusales, pues no se ha encontrado una correlación estadística entre incidencia de mal oclusión y bruxismo (Olkinoura, 1969) y en muchos casos los ajustes oclusales no eliminan el Bruxismo.

Por el contrario, según el llamado modelo funcional, son los factores psicológicos y el estrés los que pueden jugar un papel importante a la hora de promover y perpetuar el hábito. En este sentido en las dos últimas décadas se ha acumulado un creciente cuerpo de evidencia que sugiere una importante correlación entre estrés y bruxismo (Hicks y Conti, 1991). Igualmente, han sido muchos los estudios que han tratado de identificar las características de personalidad de los bruxistas (Olkinoura, 1972; Pierce y Gale, 1984; Pingitore, Chrobak y Petrie, 1991; Vernallis, 1955).

Ramfjord y Ash (1983) integran estas dos perspectivas al considerar el bruxismo como el reflejo de una interacción multifuncional de variables anatómicas, fisiológicas y psicológicas. En este momento, aunque se sigue sosteniendo que los factores etiológicos son de naturaleza muy diversa, parece existir un cierto acuerdo a la hora de considerar que se trata, principalmente, de un patrón consistente de

ansiedad, dolor y tensión muscular, no significa necesariamente que sean factores etiológicos.

Para entender mejor los detonantes que desencadenan en un incremento del bruxismo tenemos factores psíquicos asociados Levi y Kagan (1971) indicaron que las respuestas de estrés y las posibles enfermedades desencadenadas por él resultarían de la interacción entre los estímulos psicosociales y el programa psicobiológico de cada individuo, el cual comprendería una serie de factores personales unos de origen genético y otros resultantes de la influencia del medio ambiente temprano sobre el individuo que la jugar con los estímulos psicosociales determinan o no la aparición de la enfermedad. Dr. Juan Francisco Lasso (1996) Stress.

Una vez más debemos resaltar la ambigüedad de concepto y la diversidad de criterios, algunos incluso especulativos que giran en torno al estrés, podríamos citar algunos hechos sobre los que existe un consenso de identificarlos como factores predisponentes para producir enfermedad.

- Estímulos ambientales excesivos, insuficientes o especiales.
- Constitución, fenotipo, predisposición genética.
- Experiencias tempranas, aprendizajes pasivos.
- Interacción de los recursos personales (mecanismos de defensa) con los problemas ambientales, especialmente aquellos que amenazan el bienestar personal.
- Soporte social, desempeña un importante papel de amortiguador de las amenazas ambientales.
- Respuesta al medio ambiente frente al síntoma psicósomático, posibles ganancias secundarias.
- Pluricausalidad de la enfermedad. Dr. Juan Francisco Lasso (1996) Stress.

Las manifestaciones somáticas de diferentes emociones se las ha agrupado en dos grandes categorías:

- Angustia que señala peligro.
- La depresión que señala pérdida.

Así pues, que cualquier persona podría utilizar cualquier síntoma de conversión (ENGEL) para en el eliminar su afecto, como puede ser hiperventilación, vómitos, taquicardia, sensaciones dolorosas, en fin, cada órgano podría expresar por su síntoma la angustia o depresión.

La angustia y la depresión no pueden pasar desapercibidas y considerarse como un estado desagradable temporal, pues en realidad estos términos tienen graves connotaciones: así como el sufrimiento humano comienza en el lactante, el cual sufre un estado indiferenciado que más tarde podría limitarse en afectos ya emociones como angustia y depresión. Dr. Juan Francisco Lasso (1996) Stress.

La angustia es un término íntimamente ligado a la idea de peligro, es la reacción de un individuo ante una amenaza de peligro inmediata y evidente, por ejemplo los PPL que se encuentran en zozobra día adía por el vivir en un medio ambiente violento e inseguro.

Ansiedad, existe cuando la amenaza de peligro es menos definida y la persona no puede precisar la fuente de su temor. Por ejemplo las personas que consumen sustancias psicotrópicas, el deseo que les implica la necesidad de tenerlas en su organismo, el conflicto que atraviesan en los días de visitas al no saber si sus familiares los visitarán o en el caso de los extranjeros, los cuales no suelen tener visitas y la carencia o ausencia de los productos básicos en general como: el aumento excesivo en los costos de la tienda o del bar que se encuentra dentro del Centro de Rehabilitación.

Algunas de las patologías que suceden durante el sueño patológico, se dan una serie de alteraciones fisiológicas distintas. La emisión de sonidos guturales y ejecución de movimientos de masticación, no son frecuentes, pero puede suceder sin que ello presente patología alguna. Dr. Juan Francisco Lasso (1996) Stress.

Tomando en cuenta que esta alteración fisiológica es tomada desde el punto de vista de un neurólogo y no se aprecia el bruxismo como una patología dentro del estudio del autor.

Vamos a considerar un amplio rango de posibles factores:

Genéticos	Relaciones familiares.
Locales	Maloclusión. Interferencias durante el contacto.
Sistémicos	Gastrointestinales. Deficiencias nutricionales. Trastornos Endocrinos. Problemas urológicos. Alergias. Desequilibrio enzimático.
Psicológicos	Agresión reprimida. Estados de ansiedad consciente o inconsciente. El sueño.

	Estrés
Ocupacionales	Actividades que requieren mucha concentración.
Desgaste dentario	Dientes incisivos desarrollan un funcionamiento normal. Estrés inducido durante el rechinar en una posición protrusiva - lateral

Posibles causas de bruxismo. Tomado de Klineberg, 1994.

2.2.1.6. Factores Asociados al Bruxismo.

Arnol en el año 1981, plantea que hay tres factores etiológicos del bruxismo: los factores de origen dentales (interferencias), los de origen muscular (aumento del tono) y los factores psicológicos (tensión, estrés).

Aún está indeterminada; pero varios factores se han considerado responsables de la presencia de Bruxismo. Desde los primeros hallazgos al respecto se hablaba de posibles disturbios del sistema nervioso central, como lesiones de la corteza cerebral, disturbios de médula en hemiplejías de la infancia o parálisis espástica infantil.

Hoy en día, en razón de la presencia de Bruxismo frecuente en casos sin ninguna relación con trastornos o defectos neurológicos se considera que estas actividades parafuncionales son posibles en sujetos normales siempre y cuando existan algunos factores psíquicos, factores externos y factores internos, que solos o en combinación puedan dar lugar a este tipo de conducta.

2.2.1.6.1. Factores Psíquicos.

Definitivamente en la presencia del bruxismo hay un componente psicológico muy importante. Tal vez fue Tischler (1928) quien primero llamó la atención sobre este aspecto y precisamente usó el término de "Hábito oral neurótico.

Existe evidencia de aumento de la tensión muscular por tensión emocional como ansiedad. En 1993 Sabán y Miegimolle consideran que para la génesis del bruxismo no sólo es necesaria la existencia de desarmonías oclusales y tensión psíquica o emocional, sino un fracaso del mecanismo propioceptivo que permite eludir dicha interferencia.

Los estudios utilizados para la valoración de la personalidad y la participación de factores emocionales evidencian la relación existente entre alteraciones nerviosas de tipo menor y bruxismo. Esta relación entre estrés y bruxismo ha llevado a formular diversos modelos explicativos. El principal problema de estas teorías es que las bases sobre las que se sustentan no demuestran la existencia de relaciones causa-efecto; no se ha demostrado que la ansiedad sea un factor suficiente para el desarrollo del Bruxismo.

De la misma manera que se establecen correlaciones entre estrés y bruxismo tanto diurno como nocturno (Clark, Rouge, Handleman, Solberg...), existen evidencias que discrepan con la teoría psicológica del Bruxismo.

Así como en la teoría oclusal existen pacientes con desarmonías oclusales que no presentan bruxismo, en la teoría psicológica personas con estrés severo no presentan parafunciones.

2.2.1.6.2. Modelo Central Sistema Nervios Central (SNC).

La teoría que relaciona el bruxismo con factores del Sistema Nervioso Central (SNC), relaciona su etiología con el sistema dopaminérgico, noradrenérgico y otras estructuras. La teoría dopaminérgica del bruxismo a partir de esta teoría se pretende desarrollar la hipótesis por la que los movimientos parafuncionales orales son producidos como consecuencia directa de una hipersensibilidad de los receptores dopaminérgicos del Sistema Nervioso Central (SNC), especialmente a nivel del conjunto de neuronas del complejo grupo nigroestriado.

En diversos estudios de las especialidades médicas demuestran la participación de los mecanismos dopaminérgicos en la génesis de movimientos estereotipados tales como las disquinesias orales.

La hiperactividad muscular derivada de los músculos de la masticación se originaría a partir de una preponderancia del sistema dopaminérgico asociada con una hipofunción de los circuitos colinérgicos y gabaérgicos.

La participación del sistema noradrenérgico en la génesis de los movimientos parafuncionales a nivel oral también ha sido ampliamente descrita en la literatura.

Por último, cabría destacar recientes estudios publicados por Areso y Cols en los que tratan de asociar el clásico concepto de desarmonía oclusal de la teoría oclusal etiopatogénica del bruxismo, con alteraciones en los neurotransmisores a nivel central particularmente dopaminérgicos. De cualquier modo, estos conceptos no han sido establecidos con un amplio soporte científico, pero parece que deja

esclarecer una cierta interconexión entre las desarmonías oclusales, el sistema dopaminérgico neurotransmisor y Bruxismo.

2.2.1.6.3. Trastornos del sueño.

Son muy escasos y parciales los estudios epidemiológicos de los trastornos del sueño en niños. Los pediatras informan de prevalencias oscilantes entre el 0,2% y el 7,8%, mientras los psiquiatras infantiles las sitúan entre el 0,2 y el 19,4%. En poblaciones clínicas, pediátricas o psiquiátricas, de 2 a 15 años de edad se ha encontrado las siguientes prevalencias: somniloquia 32%, pesadillas 31%, despertar nocturno 28%, insomnio inicial 23%, enuresis 17%, bruxismo 10%, estereotipias 7% y terrores nocturnos 7%.

A estos trastornos deben añadirse otros problemas relacionados con el sueño (cansancio, hambre, eructos, cólicos, dentición, pañales húmedos, eccema, etc., que carecen de suficiente identidad como para emitir un diagnóstico, pero que también generan un importante grado de repercusión familiar.

2.2.1.6.4. Modelo oclusal.

Fue Karolyi en 1901 quien destacó el papel de las desarmonías oclusales como factores relacionados con la génesis del Bruxismo. Clásicamente se relacionó el bruxismo con una oclusión anómala en la que las desarmonías oclusales serían las responsables de la actividad parafuncional y así, en este sentido, son varios los autores que afirmaron que tras eliminar estas desarmonías oclusales desaparecerían los hábitos parafuncionales. Durante muchos años el tratamiento se orientó a la corrección del estado oclusal. Existen evidencias experimentales que

defienden estas teorías en base a sus resultados, es decir, la introducción de desarmonías oclusales dio lugar a episodios de Bruxismo.

Sin embargo, otros estudios de Rugh y Colaboradores son contradictorios, puesto que no confirman la idea de que los contactos oclusales sean los causantes de los episodios del Bruxismo. Existen cuatro tipos fundamentales de interferencias oclusales: de céntrica (prematuridades), trabajo, no trabajo y de protrusiva, siendo las interferencias de céntrica junto con las de no trabajo las más patogénicas, conduciendo a una distribución de fuerzas oclusales fuera de los ejes axiales dentarios y una alteración de la función muscular normal.

2.2.1.6.5. Factores externos.

Desde fines de los años 60 se conoce que durante la función normal, los mecanismos propioceptivos se encargan de proteger las estructuras del sistema gnático de posibles fuerzas excesivas que se puedan ejercer sobre los diferentes elementos que conforman dicho sistema. Durante la masticación, en el momento de contacto de dientes, se produce una inhibición de la actividad muscular, mucho más marcada en el lado de trabajo que es precisamente el lado donde se desarrolla la mayor fuerza muscular. Los mecanismos de reflejos orales se encargan entonces de prevenir posibles daños en el sistema, y esto se logra a expensas de un aumento en la inhibición de la actividad muscular. Si los problemas oclusales exceden la capacidad de adaptación del sistema masticatorio, se pueden observar cambios muy marcados en esa actividad muscular. Así es como en ciertos pacientes con disturbios y trastornos oclusales muy marcados, se puede encontrar una ausencia de cambios en su actividad muscular, mientras que en otros pacientes la presencia de un pequeño disturbio oclusal puede precipitar grandes cambios musculares.

Por su parte, Clark, en 1970, en un trabajo experimental con monos y creando ansiedad con el uso de drogas (Ritalín), demostró que ni la droga ni las

interferencias oclusales por separado eran capaces de ser factores desencadenantes de la parafunción en estos animales.

Al contrario, cuando concurrían los dos factores, sí era posible desencadenar el bruxismo experimentalmente. Existen varias estructuras en la parte superior del cerebro, como la amígdala y el sistema límbico, que al ser estimulados eléctricamente producen movimientos rítmicos bastante parecidos a aquellos que se producen durante el bruxismo. Así, se ha postulado que las tensiones nerviosas, que en el hombre se manifiestan precisamente en el bruxismo, se pueden originar parcialmente dentro del sistema límbico.

El Bruxismo que se efectúa durante el día o en momentos de conciencia plena del individuo ha sido relacionado neurofisiológicamente con estímulos periféricos anormales provenientes de las estructuras orales que crean alteraciones a nivel de la sustancia reticular.

Se han propuesto como causas mayores, las discrepancias oclusales y el estrés emocional (enojo, miedo, agresividad, stress, frustración), actualmente no se considera como factor contribuyente principal y sólo parte de la etiología respectivamente.

Estudios clínicos y polisomnografías lo ha asociado a los trastornos del sueño, debido a la presencia de sueño ligero (micro despertares, a veces acompañados de complejos K en el electroencefalograma (EEG), EEG rápido y transitorio con actividad electromiográfica (EMG), y frecuentes cambios de estado de sueño. También se ha asociado a alteraciones de la química cerebral (sensitividad dopaminérgica).

Existe poca evidencia de factores genético - hereditarios: el rechinar se presenta en el 23% de los gemelos monocigóticos, el Bruxismo se presenta con patrón familiar en el 20 a 35%. El Bruxismo asociado al sueño (SB), en niños, persiste en el 87% de los gemelos adultos, pero debe investigarse más la importancia de la genética o el ambiente en la ocurrencia del SB en niños.

2.2.1.7. Sintomatología del bruxismo específica y asociada.

La sintomatología principal es el rechinamiento o fricción de las piezas dentales, ruidos articulares durante los movimientos de apertura y cierre mandibular. Con respecto al nivel de conocimiento se evidenció escasa información sobre el tema. Se utilizó el muestreo por conglomerados polietápicos con asignación proporcional equiprobabilístico. La información se recogió por la anamnesis y examen clínico mediante un formulario confeccionado según los criterios de los Índices Anamnésicos y Clínicos de Disfunción de Hékimo.

Según investigaciones epidemiológicas realizadas en el Departamento de Odontología Integral, Facultad de Medicina, Universidad de La Frontera Temuco-Chile en el año 2005, reportaron signos y síntomas de trastornos temporomandibulares en niños y adolescentes, con prevalencias de 6% a 68% y, en población adulta el 75% presentaba algún tipo de alteración funcional. Los propósitos de este estudio fueron conocer la prevalencia de signos y síntomas de Trastornos Temporo Mandibulares y determinar tanto el efecto de diseño para un posterior estudio poblacional, como la estabilidad de los tests, es un estudio de corte transversal, con muestra no probabilística por conveniencia y consentimiento informado, de 116 alumnos del Colegio Bautista de Temuco, quienes respondieron un test sobre síntomas subjetivos de trastornos temporomandibulares, y fueron examinados clínicamente evaluando: alteraciones, limitaciones o desviación de los movimientos mandibulares, dolor a la palpación muscular y articular, ruidos y Bruxismo.

En un estudio realizado por Hernández Machado y otros en el año 2005, a un grupo de personas del consultorio médico de la familia N° 33, del Área de Salud Norte en Ciego de Ávila-Brasil; un estudio observacional descriptivo con él.

Los síntomas que se recopilan son dolor facial, tensión de músculos masticatorios, desgaste de facetas funcionales (caras oclusales) y no funcionales (caras vestibulares o borde cervical), dolor de oído, dolor de cabeza y cuello.

Los cuadros más frecuentes asociados con Bruxismo son: dolor miofacial y desplazamiento discal, el 87,5%. El 73,3 % presentaba dolor miofacial, desplazamiento discal y otras alteraciones articulares. El 68,9% dolor miofacial únicamente, es decir, el bruxismo tiene una relación más directa con alteraciones musculares que con las puramente articulares.

2.2.1.8. Diagnóstico del Bruxismo.

El Bruxismo es un movimiento parafuncional. Es un contacto dentario distinto de los de la masticación y deglución. Cuando el diagnóstico es establecido durante un examen dental y si en estos enfermos las lesiones suelen ser mínimas o imperceptibles, no está indicado ningún tratamiento local sino más bien se establece la atención a los trastornos de ansiedad.

El Bruxismo es inconsciente hasta que se hace del conocimiento del paciente, el primero en detectarlo es el dentista al observar el desgaste exagerado de los dientes (facetas) en áreas funcionales y desgaste moderado en áreas no funcionales, ensanchamiento de las zonas oclusales y reducción de la dimensión vertical de la cara, en ocasiones son los familiares quienes ponen en alerta al paciente pues de silencioso se vuelve sonoro y molesto.

Al principio el paciente “juega” con el contacto dentario sin fuerza ni contracción, sin embargo bajo un estado de tensión emocional se produce una mayor presión sobrepasando el umbral de los receptores periodontales a la presión y el paciente ya no está consciente y los músculos ya no se relajan.

Es difícil obtener un diagnóstico sin el interrogatorio testimonial si el paciente desconoce el problema por lo que se pide ayuda de los familiares para verificar la situación, se les pide que durante el sueño profundo del paciente intenten abrir la boca tomándolo con los dedos índice y pulgar por la barbilla intentando separar los dientes, en estado normal de reposo se abrirá la boca satisfactoriamente, en el caso contrario, un estado de tensión, se tornará difícil separar los mismos.

2.2.1.9. Diagnóstico diferencial del Bruxismo.

2.2.1.9.1. Abrasión: Pérdida de sustancia dentaria por frotamiento (Bruxismo y cepillado enérgico).

2.2.1.9.2. Atrición: Pérdida de sustancia dentaria por desgaste funcional (masticación).

2.2.1.9.3. Erosión: Pérdida de sustancia dentaria por sustancias químicas (vinagre, limón, regurgitación ácida del estómago).

2.2.1.10. Tipos de tratamiento.

Por ser el Bruxismo de etiología multifactorial y aun no se ha determinado. Para su tratamiento se aplica terapéutica de parámetros diferentes. El factor principal del tratamiento es que los dientes no se encuentren en contacto con sus antagonistas por no más de un lapso de 17 a 20 minutos como máximo al día. Gran parte de los tratamientos expuesto hoy en día no elimina toda la sintomatología descrita y solo generan un paliativo provisional.

El plan de tratamiento del bruxismo se lo basa en 5 factores:

1. Modificación del hábito bruxista: Los hábitos se encuentran arraigados al individuo, por lo que se debe tener en cuenta la intervención de los especialistas como lo son los psicólogos.
2. Férulas: las férulas de descarga han sido utilizadas indiscriminadamente en los últimos años. Tomando en cuenta que no eliminan el problema de raíz, ya que no tiene un control sobre los numerosos episodios del bruxismo, este método nos ayuda en los bruxopatas nocturnos.
3. Fármacos: la terapéutica farmacológica que por lo general se prescriben para el bruxismo agudo y crónico es el uso por un periodo corto de un ansiolítico como el diazepam, el cual nos puede ayudar con episodios de bruxismo relacionado con dolor.
4. Tratamiento oclusal: Dowson promulga que restituyendo una oclusión fisiológica mediante un ajuste oclusal, eliminando prematuridades e interferencias existentes en los diferentes movimientos mandibulares podemos controlar el bruxismo, este puede ser una respuesta protectora a las interferencias oclusales.
5. Técnicas de biofeedback: El principal objetivo de biofeedback (BF) sea el entrenamiento del sujeto o paciente aprenda a discriminar entre niveles altos y bajos de tensión muscular a través de la información que se le proporcione.

2.2.2. ESTRÉS.

2.2.2.1. Definición.

En física la palabra tensión o estrés se designa una fuerza que actúa sobre un objeto o un sistema y que al alcanzar un determinado grado o nivel conduce a la deformación o destrucción de ese objeto o sistema.

Estrés es una voz inglesa stress (esfuerzo, violencia, tensión) con lo que se designa el estado de tensión excesiva resultante de una acción brusca resultante de una acción brusca o continuada nociva del organismo. DSM III – R Diagnostic and Statistical Manual Of Mental disorders, American Psychiatric Association Washington 1987.

Es una intensa reacción emocional producto de un estrés ambiental grave (muerte, catástrofes, situaciones semejantes).

2.2.2.2. Concepto de estrés.

El término estrés, que etimológicamente significa tensión, ha sido utilizado para describir una variedad tan grande de estados patológicos, se ha convertido un concepto demasiado amplio y ambiguo.

Desde 1935, Hans Selye, (considerado padre del estrés) introdujo el concepto de estrés como síndrome o conjunto de reacciones fisiológicas no específicas del organismo a diferentes agentes nocivos del ambiente de naturaleza física o química. El estrés es un fenómeno que se presenta cuando las demandas de la vida se perciben demasiado difíciles. La persona se siente ansiosa y tensa y se percibe mayor rapidez en los latidos del corazón. El estrés es lo que uno nota cuando reacciona a la presión, sea del mundo exterior sea del interior de uno mismo. El estrés es una reacción normal de la vida de las personas de cualquier edad. Está producido por el instinto del organismo de protegerse de las presiones físicas o emocionales o, en situaciones extremas, del peligro. El estrés es la respuesta del cuerpo a condiciones externas que perturban el equilibrio emocional de la persona. El resultado fisiológico de este proceso es un deseo de huir de la situación que lo provoca o confrontarla violentamente. En ésta reacción, participan casi todos los órganos y funciones del cuerpo, incluidos cerebro, los nervios, el

corazón, el flujo de sangre, el nivel hormonal, la digestión y la función muscular. El estrés es un estímulo que nos agrede emocional o físicamente. Si el peligro es real o percibido como tal, el resultado es el mismo. Usualmente provoca tensión, ansiedad, y distintas reacciones fisiológicas. Es la respuesta fisiológica, psicológica y de comportamiento de un sujeto que busca adaptarse y reajustarse a presiones tanto internas como externas.

En los seres vivos, el estrés designa el peligro que amenaza al bienestar e incluso a la supervivencia. Como consecuencia el ser vivo se ve afectado por el estrés intenta ajustarse a las condiciones modificadas del medio ambiente y actuar contra esta influencia (actividad) o huir de ella (pasividad).

2.2.2.3. Estrés psicofísico.

Para comprender el estrés psicofísico, debemos revisarlo por separado y comprender la unión y la complicación que abarca la unión de las dos palabras, estrés y psicofísico.

La psicofísica es una rama de la psicología, que se encarga de analizar el vínculo existente entre la magnitud de los estímulos de tipo físico y lo psíquico, la intensidad de percepción de la persona. Su objetivo es poder hallar un escalamiento en donde pueda colocarse esta relación.

2.2.2.4. Etiología.

El problema del estrés es el de adaptación; es así que existen, estímulos “estresantes”, también existen reacciones de estrés y un estado de estrés.

Las reacciones del estrés fueron descritas por Hans Selye en 1935 y constan a su vez de tres fases:

- Fase de reacción de alarma: todos los recursos defensivos se activan, pero no hay ningún órgano específico afectado. Si el estímulo es muy intenso puede conllevar a la muerte.
- Fase de estado de resistencia o adaptación: el cuerpo se acopla al estímulo estresante y se convierte en uno con él, los síntomas disminuyen. La respuesta de estrés se sintoniza en el órgano específico, que mejor se pueda controlar o suprimir al estresor.
- Fase de estado de agotamiento: los síntomas reaparecen y si el estado de estrés no desaparece puede sobrevivir la muerte.

En general podemos distinguir dos tipos de estrés uno positivo (stress) que nos impulsa a mejorar perfeccionándonos pero si continúa aumentando se convierte en dañino y constituye en un estrés (distress). En realidad todo extremo es malo, así la falta como el exceso producen enfermedad o conflicto.

2.2.2.5. Sintomatología.

El individuo que parece de estrés, experimenta una serie de síntomas que invaden todo su ser y sus interacciones; algunos de ellos son:

- Síntomas físicos: para el diagnóstico de los factores psicológicos que afectan al estado físico sumergido en estrés, encontramos tensión muscular, manos frías o sudorosas, dolor de cabeza, fatiga, problemas de espalda o cuello, indigestión, respiración agitada, perturbaciones en el sueño, sarpullidos y disfunción sexual.
- Síntomas psíquicos: el individuo expuesto al estrés, experimenta un agotamiento nervioso, es el proceso biológico de gradual debilitamiento de la

estructura psicofísica del individuo, como son: inquietud, desasosiego, miedo difuso, disminución de la vigilancia, desorganización del curso y pensamiento, disminución del rendimiento intelectual, desorientación témporo espacial y atención dispersa.

- Síntomas de conducta: encontramos dentro de los síntomas o indicadores de la conducta: imposibilidad para relajarse, perplejidad, situación de guardia – alerta tensión facial muscular y mandibular, frecuentes bloqueos, irritabilidad excitación, respuesta desproporcionada a estímulos externos.

De esta manera el individuo sometido a una gran carga de estrés demuestra estos antecedentes, los cuales nos ayudan a identificar su estado.

2.2.2.6. Diagnóstico.

Para realizar el diagnóstico de estrés de un individuo, existen unos parámetros que determinan el nivel de estrés en el que se encuentra una persona:

- Nivel cognitivo: las personas presentan inseguridad y tiene problemas para concentrarse, no encuentran solución a sus problemas por más pequeños que estos sean.
- Nivel fisiológico: es estrés se puede manifestar mediante síntomas físicos como dolores de cabeza o cefaleas, tensión muscular, alteraciones del sueño, fatiga, enfermedades de la piel, la persona acude donde el médico por las alteraciones que sufre en su organismo, pero los resultados arrojados son normales.
- Nivel motor: el individuo tiende a realizar acciones no habituales como llorar comer compulsivamente, fumar más de lo normal o aparecen tics nerviosos, la persona representa el estrés de una forma inusual a su comportamiento normal.

2.2.3. HACINAMIENTO.

2.2.3.1. Definición.

El término hacinamiento hace referencia a la situación lamentable en la cual los seres humanos que habitan o que ocupan un determinado espacio son superiores a la capacidad que tal espacio debería contener, de acuerdo a los parámetros de comodidad, seguridad e higiene. El hacinamiento es un problema de gran importancia en la actualidad ya que la población mundial es muy numerosa y la densidad de la misma es extremadamente alta en algunos espacios del planeta.

2.2.3.2. Causas generales.

El fenómeno del hacinamiento es característico del ser humano ya que si bien en algunos casos puede ser generado por factores externos, en muchos casos también es especialmente producido por la negligencia y maldad del ser humano respecto del resto.

Esto es así en situaciones muy conocidas tales como la trata de esclavos que realizó el hombre europeo con los africanos: para transportar a los esclavos, se utilizaban barcos que de ninguna manera eran aptos para la cantidad de personas colocadas adentro, razón por la cual un número importante de ellos terminaba muriendo. El hacinamiento implica la presencia de un gran número de personas o animales en un espacio reducido. Esto tiene como principal consecuencia la generación de un ambiente no apto para la supervivencia de todos ya que tanto los recursos como los elementos característicos de ese espacio empiezan a perder sus rasgos esenciales. El aire se

vuelve más denso e irrespirable, el agua y los alimentos no alcanzan para todos, los desechos son muy altos y por lo tanto contaminan el espacio y todo esto en su conjunto, genera situaciones de estrés psicológico y físico.

2.2.3.3. Indicadores de población carcelaria.

Muchos países latinoamericanos superan ese nivel. El Salvador presenta la sobrepoblación más grave: 298%. Ecuador registra un porcentaje poco menor al 150%, por debajo de República Dominicana, Guatemala, Nicaragua, Panamá y Brasil que no llegan a la línea del 200%.

Con estos niveles de sobrepoblación, las cárceles en la región están funcionando al límite. Las huelgas, motines e incendios se han convertido en un factor de riesgo para la estabilidad operativa del sistema y para la seguridad de los guardias, de los internos y de quienes circulen en los recintos, como las visitas. Además, tanto el hacinamiento como la falta de control en las cárceles han permitido que en su interior crezcan y se fortalezcan redes criminales, desde las cuales se planean extorsiones secuestros y otros actos violentos”, dice el informe.

Según el Ministerio de Justicia, en Ecuador existen 22.029 internos o Personas Privadas de la Libertad (PPL) y la capacidad de las cárceles es de 12.089, de este número, 7.123 ocupaban la Penitenciaría del Litoral, pese a las 2.533 plazas para las que fue construida.

Hace tres semanas, 3.680 presos pasaron a ocupar el espacio del nuevo Centro de Rehabilitación Regional edificado para unas 4.500 Personas Privadas de la Libertad.

Esta sobrepoblación, según un estudio realizado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) 2013-2014, es uno de los factores de la crisis carcelaria de varios países de Latinoamérica.

“Las condiciones de hacinamiento exacerbaban el ánimo de cualquier persona, ni se diga de alguien que está asilado por más de 30 o 60 días en un espacio para 300 personas, peor en el que están 1.400, las condiciones se vuelven más críticas”.



Fuente: Ministerio de Justicia del Ecuador, Abril – 2014;
<http://www.justicia.gob.ec/2014/04/>

2.2.3.4. Efectos del hacinamiento.

Los investigadores hasta 1972 utilizaban indistintamente los términos de densidad de población y hacinamiento. En este año Stokols, publica en un citado artículo “sobre la distinción entre densidad y hacinamiento”. Se utiliza la densidad para referirse estrictamente a los aspectos físicos y espaciales de la situación. Puede calcularse mediante el número de personas por unidad de espacio disponible. El hacinamiento alude a un estado subjetivo, a la experiencia psicológica por la demanda de espacio por el sujeto y que excede del disponible.

La distinción entre densidad y hacinamiento se propuso como base preliminar para identificar aquellas circunstancias bajo las cuales las personas sometidas a condiciones de alta densidad podían o no experimentar estrés.

En la investigación sobre los efectos de la densidad de población y del hacinamiento sobre la salud y el comportamiento; para desentrañar los nexos y los procesos implicados en las consecuencias negativas de aquellos sobre estos, es particularmente interesante distinguir entre las diferentes variables que se plantean. (Baron y Kenny, 1986). Las variables moderadoras condicionan los efectos de densidad sobre el variable producto. La densidad de población interactúa con un moderador, necesariamente exógeno y no correlacionado con aquella. Esta interacción indica las condiciones en las que la densidad producirá efectos. (Evans y Lepore, 1992).

El enfoque de sobrecarga entiende el hacinamiento en términos de la exposición a excesivos niveles de estimulación perceptual o informacional. La perspectiva ecológica del hacinamiento se centra sobre la relación entre el número de personas de un escenario (setting) y las demandas de este para cumplir su programa. El hacinamiento o la (overmanning), como prefieren denominar los investigadores de este enfoque, se refiere a que hay más personas de las necesarias para la realización del programa sobre el escenario de conducta (Wicker, 1987).

Las restricciones del medio ecológico han despertado el interés por las implicaciones de los problemas ambientales sobre la conducta. La importancia del tema viene dada por la importancia de las consecuencias que puede tener sobre los individuos y por el modo e intensidad con que puede llegar a influirnos.

Los trabajos que analizan los efectos del hacinamiento sobre la conducta social, se han centrado en el análisis de las reacciones afectivas y agresivas que sufren las personas expuestas a condijo es de hacinamiento.

- Sobre la agresividad: son numerosos los datos de evidencia que el hacinamiento produce en las personas reacciones de agresividad, hostilidad y

malestar. cabe destacar los trabajos de Paulus et al. (1975) en el contexto de la prisión comprobando que conforme crece el número de personas de la institución aumenta la agresividad y el número de infracciones entre los reclusos; y los trabajos de Loo (1972) con niños, donde comprueba que los niños que se sienten hacinados muestran la siguiente pauta de comportamiento: aumento de la agresividad, disminución de la interacción social, aislamiento y disminución de juego.

- Sobre las reacciones afectivas: las relaciones afiliativas y afectivas también han sido estudiadas entre los efectos del hacinamiento encontrándose una relación negativa. Es decir a medida que aumenta la experiencia de hacinamiento se producen menos conductas de afecto ente los sujetos.

2.2.3.5. Efectos sobre la salud.

Existe una gran cantidad de datos sobre la relación entre enfermedad y hacinamiento. Una de las hipótesis explicativas es que el hacinamiento como estresor juega un importante papel en el desequilibrio del organismo. Según este argumento el hacinamiento produciría un doble impacto sobre la salud: hace más vulnerable al individuo ante el estrés e incrementa las posibilidades para la transmisión de enfermedades.

Tomando en cuenta que la población en general puede presentar estrés se considera que hay sectores más vulnerables por presentar algunos factores en contra, ocasionados por el ambiente que los rodea; según un estudio realizado por las doctoras María Julieta Faisal y Vilma Graciela Vila de la universidad nacional del nordeste en Argentina. Se identificó que una de las poblaciones con las que se asocia la patología del Bruxismo son los estudiantes universitarios, debido a que experimentan altos grados de estrés y ansiedad que influyen directamente en su desempeño académico y que puede repercutir en daños severos e irreversibles a la cavidad bucal.

ambiente en que habitan las Personas Privadas de la Libertad (PPL), en este sitio no existe exclusión de clases sociales, culturales preparación y lo que es más importante su situación judicial, tanto, las Personas Privadas de la Libertad (PPL) con sentencia como sin ella o las diferentes causas por las que se encuentran detenidos.

Este pequeño conjunto de antecedentes que forman parte de la reclusión, nos indica la estrecha relación que existe entre hacinamiento y estrés, donde al revisar la información sobre estrés nos encontramos que el hacinamiento es parte del estudio de la psicología y es de donde se puede obtener la información para realizar la base de la presente investigación.

La ansiedad, depresión y tensión que viven las Personas Privadas de la Libertad (PPL) dentro del Centro de Rehabilitación N° 2 de Quito son un claro indicador que nos proporcionan las entrevistas para que el Bruxismo población examinada y encuestada, nos demuestre que los diferentes factores del estrés psicofísico, el hacinamiento y el bruxismo conviven juntos y relacionados en un solo entorno que son el objeto de la presente investigación.

2.3. HIPÓTESIS Y VARIABLES.

2.3.1. Hipótesis.

H_i: (Hipótesis de la investigación): Los pacientes del Centro de Rehabilitación Social No.- 2 de Quito periodo Octubre 2013 a marzo 2014 presentan un alto nivel de bruxismo debido al estrés psicofísico por el hacinamiento.

2.3.2. Variables.

2.3.2.3. Variable dependiente.

- Bruxismo.

2.3.2.4. Variables independientes.

- Hacinamiento,
- Estrés psicofísico.

2.4. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	CATEGORÍAS	INDICADORES	TÉCNICAS E INST.
Independiente		Aislamiento		
Hacinamiento	Aglomeración en un mismo lugar de un número de personas que se considera excesivo	Ruido	Índice de hacinamiento (Medible y cuantificable)	Encuestas
Estrés psicofísico	Respuesta del organismo frente a una amenaza, sea ésta real o ficticia	Encierro	Alteración de las relaciones interpersonales con trastornos emocionales y físicos que tienden a empeorar con el tiempo	Entrevistas
		Peligro		
		Infecciones		
		Enfermedades		

Dependiente				
Bruxismo	Hábito involuntario de apretar o crujir las estructuras dentales sin propósitos funcionales	Bruxismo céntrico Bruxismo excéntrico	Desgaste de piezas dentales Dolor de cabeza, cuello, mandíbula, músculos y oído	Análisis intraoral Historia clínicas

Fuente: Investigación propia:

Elaborado por: Wilmer W. Founes P.

CAPITULO III

3. MARCO METODOLÓGICO.

3.1. METODO.

Los métodos que se utilizarán en esta investigación serán:

DOCUMENTAL: Al utilizar documentos como son las historias odontológicas del Centro de Rehabilitación Social N° 2 Quito, formato 033 del Ministerio de Salud Pública, respaldando los conocimientos científicos de los libros relacionados a la investigación que se sustenta en el marco teórico.

OBSERVACIONAL: Al tratar los diferentes casos de los pacientes se observan las características bucales, en las cuales se manifiesta el Bruxismo.

EXPERIMENTAL: Al describir los signos, síntomas, posibles tratamientos y consideraciones a los pacientes que se encuentran en hacinamiento.

3.1.1. Tipo de investigación.

Hernández, Fernández y Baptista (2003) establecen estos cuatro tipos de investigación, basándose en la estrategia de investigación que se emplea, ya que el diseño, los datos que se recolectan, la manera de obtenerlos, el muestreo y otros componentes del proceso de investigación son distintos.

Estudio exploratorio: También conocido como estudio piloto, son aquellos que se investigan por primera vez o son estudios muy pocos investigados. También se emplean para identificar una problemática.

Estudio descriptivo: Porque se pretende describir los hechos tal como son observados.

Estudio correlacional: Porque se va a estudiar las relaciones entre la variable dependiente (Bruxismo) e independientes (Hacinamiento y Estrés), ósea se estudiará la correlación entre las dos variables.

Estudio explicativo: Este tipo de estudio busca el porqué de los hechos, estableciendo relaciones entre causa y efecto.

3.1.2. Diseño de investigación.

Se examinarán las historias clínicas de cada paciente y se realizará una encuesta con entrevista para observar las siguientes variables:

- ✓ Hacinamiento y,
- ✓ Estrés.

3.1.3. Tipo de estudio.

Investigación bibliográfica: Se hará una revisión bibliográfica del tema propuesto, para conocer el estado de la cuestión. La búsqueda, recopilación, organización, valoración, crítica e información bibliográfica sobre el tema específico, tiene un valor, pues evita la dispersión de publicaciones y permite la visión panorámica de un problema.

Investigación metodológica: Porque indagaremos sobre los aspectos teóricos y aplicados de medición, recolección y análisis de datos o de cualquier aspecto metodológico.

Investigación empírica: Porque se basará en la observación y experimentación de la investigación propuesta, y puede emplear metodología cualitativa y cuantitativa, razonamiento hipotético-deductivo, ser de campo o laboratorio y se pueden emplear métodos transversales o longitudinales, entre otros.

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA.

3.2.1. Población.

La investigación planteada, será realizada en 86 pacientes a los cuales se les realizarán entrevistas, encuestas y observaciones intra orales. Luego se analizarán los resultados para la comprobación de la hipótesis de la investigación

(H_i). Es necesario aplicar criterios de inclusión y exclusión, ya que la muestra definitiva, estuvo conformada por 86 individuos.

3.2.1.1. Criterios de inclusión.

- Consentimiento informado y,
- Permisos del Estado para el seguimiento de la investigación en el período de tiempo fijado.

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.

La recolección de la información y de los resultados observados mediante las historias clínicas, entrevistas y encuestas realizadas, se harán mediante una formato determinado para expresar los resultados en tablas y gráficos.

3.4. TÉCNICAS PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.

Los datos que se obtengan en el estudio serán ordenados en valores de proporciones y numerales.

CAPÍTULO IV

4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.

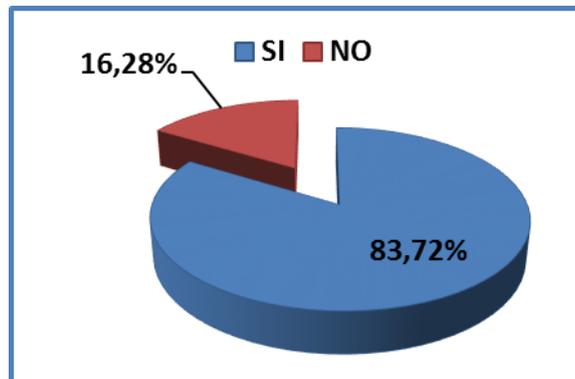
Tabla N° 1: Población que manifiesta ansiedad.

ANSIEDAD EMOCIONAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	72	83,72 %
NO	14	16,28 %
Total	86	100 %

Fuente: Centro de Rehabilitación Social N° 2 de Quito, provincia de Pichincha.

Elaborado por: Wilmer W. Founes P.

Gráfico N° 1: Representación de la población que manifiesta ansiedad.



Fuente: Centro de Rehabilitación Social N° 2 de Quito, provincia de Pichincha.

Elaborado por: Wilmer W. Founes P.

Análisis e interpretación: De las 86 personas examinadas, se ha identificado por medio de la encuesta, que 72 de ellos, presenta ansiedad emocional y que sólo el 16,28 % (14 individuos) no presenta procesos de ansiedad. Se interpreta que el 83,72 % de la población está afectada por esta patología.

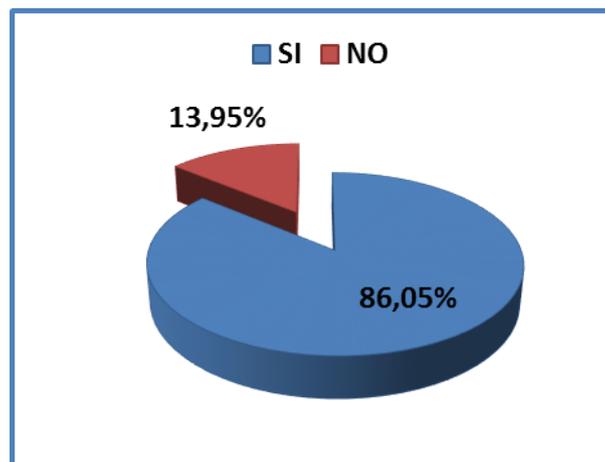
Tabla N° 2: Población que manifiesta estrés.

ESTRÉS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	74	86,05%
NO	12	13,95%
Total	86	100%

Fuente: Centro de Rehabilitación Social N° 2 de Quito, provincia de Pichincha.

Elaborado por: Wilmer W. Founes P.

Gráfico N° 2: Representación de la población que manifiesta estrés.



Fuente: Centro de Rehabilitación Social N° 2 de Quito, provincia de Pichincha.

Elaborado por: Wilmer W. Founes P.

Análisis e interpretación: De las 86 personas examinadas, se ha identificado por medio de la encuesta, que 74 de ellos, manifiesta estrés y que sólo el 13,95 % (12 individuos) no manifiesta estrés. Se interpreta que el 86,05 % de la población está afectada por esta patología.

Tabla N° 3: Población que manifiesta fatiga muscular.

FATIGA MÚSCULOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	44	51,16%
NO	42	48,84%
Total	86	100%

Fuente: Centro de Rehabilitación Social N° 2 de Quito, provincia de Pichincha.

Elaborado por: Wilmer W. Founes P.

Gráfico N° 3: Representación de la población que manifiesta fatiga muscular.



Fuente: Centro de Rehabilitación Social N° 2 de Quito, provincia de Pichincha.

Elaborado por: Wilmer W. Founes P.

Análisis e interpretación: De las 86 personas examinadas, se ha identificado por medio de la encuesta, que 44 de ellos, manifiesta fatiga muscular y que el 48,84 % (42 individuos) no manifiesta fatiga muscular. Se interpreta que más de la mitad de la población (51,16 %) de la población está afectada por esta patología.

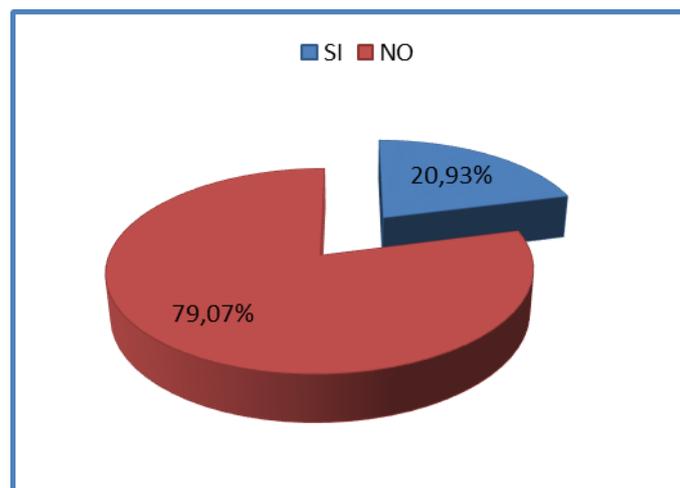
Tabla N° 4: Población que consume psicotrópicos.

PSICOTRÓPICOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	18	20,93%
NO	68	79,07%
Total	86	100%

Fuente: Centro de Rehabilitación Social N° 2 de Quito, provincia de Pichincha.

Elaborado por: Wilmer W. Founes P.

Gráfico N° 4: Representación de la población que consume psicotrópicos.



Fuente: Centro de Rehabilitación Social N° 2 de Quito, provincia de Pichincha.

Elaborado por: Wilmer W. Founes P.

Análisis e interpretación: De las 86 personas examinadas, se ha identificado por medio de la encuesta, que 18 de ellos, consumen psicotrópicos y que el 79,07 % (68 individuos) no consumen psicotrópicos. Se interpreta que el 20,93 % de la población está afectada por esta patología.

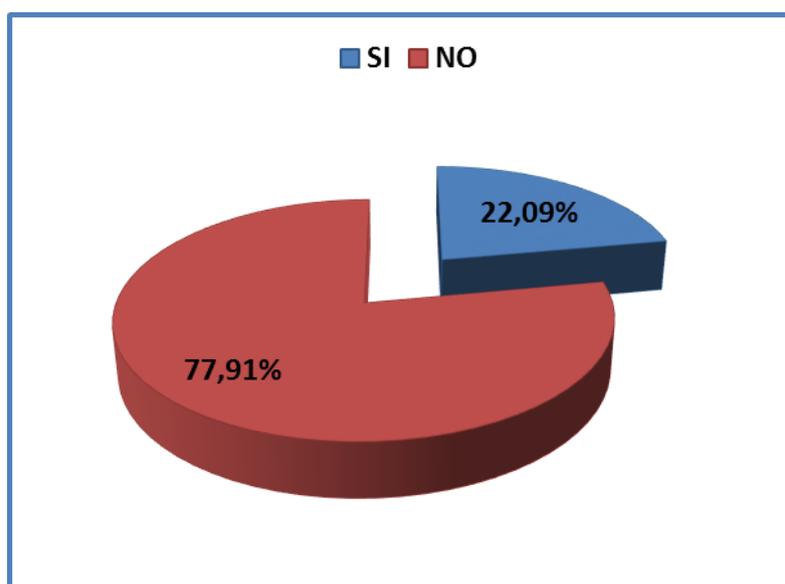
Tabla N° 5: Población en tratamiento médico.

TRATAMIENTO MÉDICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	19	22,09%
NO	67	77,91%
Total	86	100%

Fuente: Centro de Rehabilitación Social N° 2 de Quito, provincia de Pichincha.

Elaborado por: Wilmer W. Founes P.

Gráfico N° 5: Representación de la población en tratamiento médico.



Fuente: Centro de Rehabilitación Social N° 2 de Quito, provincia de Pichincha.

Elaborado por: Wilmer W. Founes P.

Análisis e interpretación: De las 86 personas examinadas, se ha identificado por medio de la encuesta, que 19 de ellos, están bajo tratamiento médico y que el 77,91 % (67 individuos) no están bajo tratamiento médico. Se interpreta que el 22,09 % de la población necesita de algún tratamiento.

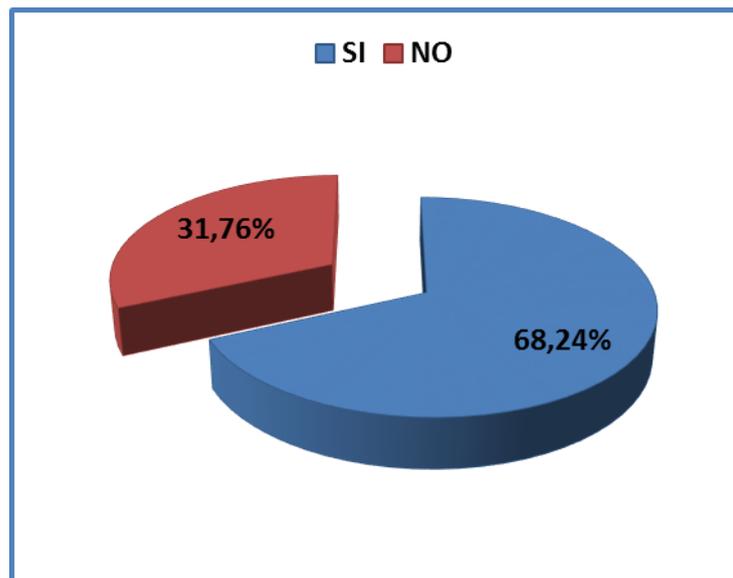
Tabla N° 6: Población con dientes sensibles.

DIENTES SENSIBLES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	58	68,24%
NO	27	31,76%
Total	86	100%

Fuente: Centro de Rehabilitación Social N° 2 de Quito, provincia de Pichincha.

Elaborado por: Wilmer W. Founes P.

Gráfico N° 6: Representación de la población con dientes sensibles.



Fuente: Centro de Rehabilitación Social N° 2 de Quito, provincia de Pichincha.

Elaborado por: Wilmer W. Founes P.

Análisis e interpretación: De las 86 personas examinadas, se ha identificado por medio de la encuesta, que 58 de ellos, tienen dientes sensibles y que el 31,76 % (27 individuos) no manifiestan dientes sensibles. Se interpreta que el 68,24 % de la población necesita de algún tratamiento.

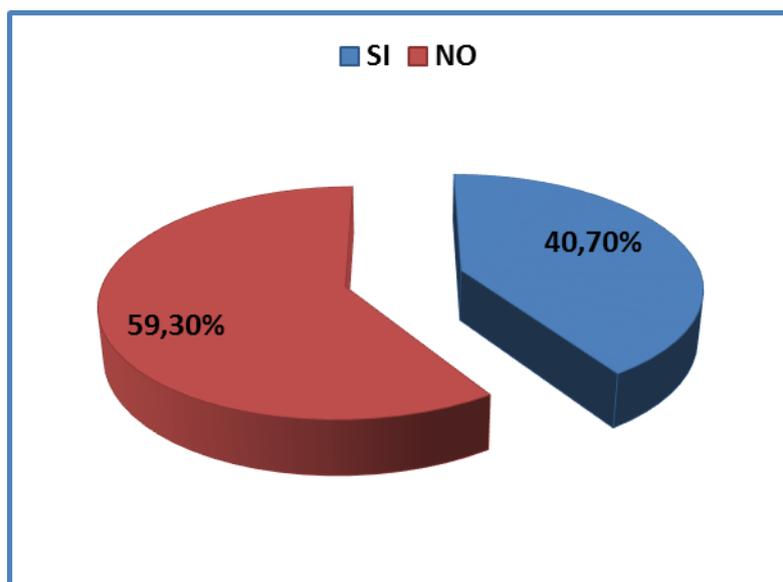
Tabla N° 7: Pacientes con dolor de la Articulación Temporomandibular (ATM).

DOLOR ATM	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	35	40,70%
NO	51	59,30%
Total	86	100%

Fuente: Centro de Rehabilitación Social N° 2 de Quito, provincia de Pichincha.

Elaborado por: Wilmer W. Founes P.

Gráfico N° 7: Representación de los pacientes con dolor Articulación Temporomandibular (ATM).



Fuente: Centro de Rehabilitación Social N° 2 de Quito, provincia de Pichincha.

Elaborado por: Wilmer W. Founes P.

Análisis e interpretación: De las 86 personas examinadas, se ha identificado por medio de la encuesta, que 35 de ellos, si tienen dolor en la Articulación Temporomandibular (ATM) y que el 59,30 % (51 individuos) no indican dolor en la Articulación Temporomandibular (ATM). Se interpreta que el 40,70 % de la población necesita tratamiento.

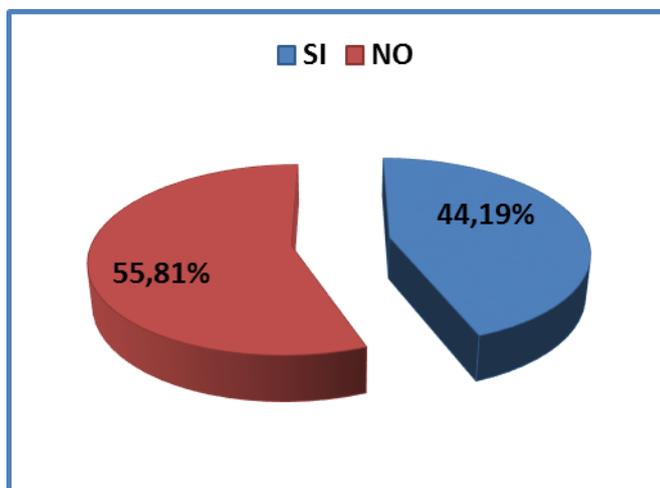
Tabla N° 8: Paciente con presión facial.

PRESIÓN FACIAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	38	44,19%
NO	48	55,81%
Total	86	100%

Fuente: Centro de Rehabilitación Social N° 2 de Quito, provincia de Pichincha.

Elaborado por: Wilmer W. Founes P.

Gráfico N° 8: Representación de los paciente con presión facial.



Fuente: Centro de Rehabilitación Social N° 2 de Quito, provincia de Pichincha.

Elaborado por: Wilmer W. Founes P.

Análisis e interpretación: De las 86 personas examinadas, se ha identificado por medio de la encuesta, que 38 de ellos, si manifiesta presión facial y que el 55,81 % (48 individuos) no manifiesta presión facial. Se interpreta que el 44,19 % de la población necesita tratamiento.

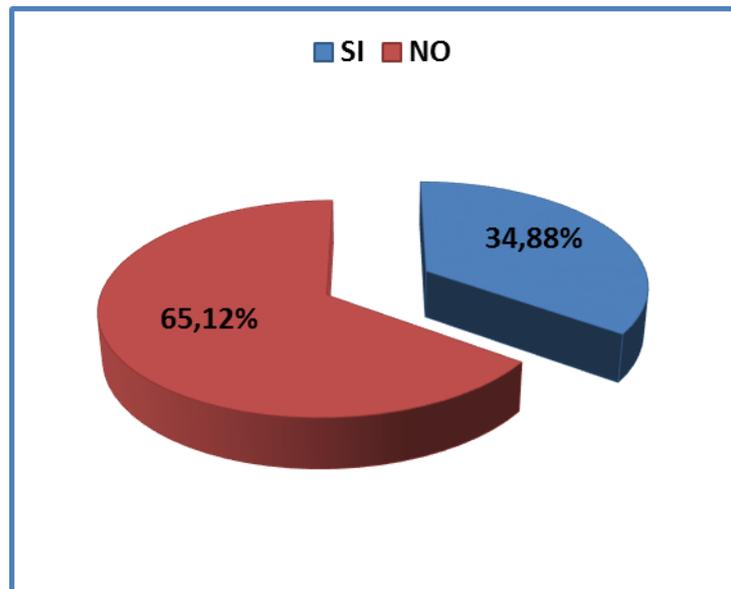
Tabla N° 9: Pacientes con otras manifestaciones.

RECHINA, APRIETA O TRABA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	30	34,88%
NO	56	65,12%
Total	86	100%

Fuente: Centro de Rehabilitación Social N° 2 de Quito, provincia de Pichincha.

Elaborado por: Wilmer W. Founes P.

Gráfico N° 9: Representación de los pacientes con otras manifestaciones.



Fuente: Centro de Rehabilitación Social N° 2 de Quito, provincia de Pichincha.

Elaborado por: Wilmer W. Founes P.

Análisis e interpretación: De las 86 personas examinadas, se ha identificado por medio de la encuesta, que 30 de ellos, tienen otras manifestaciones y que el 65,12 % (56 individuos) no indican otras manifestaciones. Se interpreta que el 34,88 % de la población necesita tratamiento.

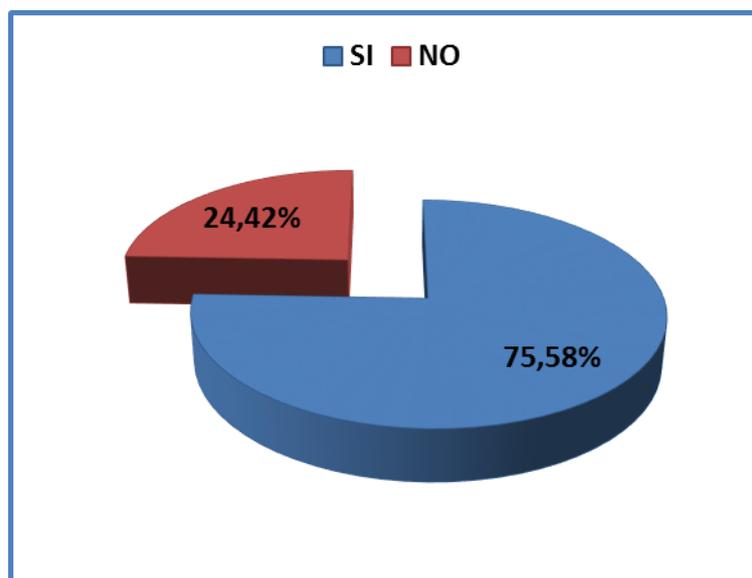
Tabla N° 10: Pacientes con desgastes en piezas dentales.

DESGASTE PIEZAS DENTALES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	65	75,58%
NO	21	24,42%
Total	86	100%

Fuente: Centro de Rehabilitación Social N° 2 de Quito, provincia de Pichincha.

Elaborado por: Wilmer W. Founes P.

Gráfico N° 10: Representación de los pacientes con desgastes en piezas dentales.



Fuente: Centro de Rehabilitación Social N° 2 de Quito, provincia de Pichincha.

Elaborado por: Wilmer W. Founes P.

Análisis e interpretación: De las 86 personas examinadas, se ha identificado por medio de la encuesta, que 65 de ellos, sí tienen desgaste en sus piezas dentales y que apenas el 24,42 % (21 individuos) no manifiestan desgastes en piezas dentales. Se interpreta que el 75,58 % de la población necesita tratamiento.

CAPÍTULO V

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

5.3. CONCLUSIONES.

- Se considera al estrés psicofísico y hacinamiento como factores causales de bruxismo dental.
- Se identificaron a 30 pacientes que rechinan, aprietan o traban los dientes, lo que significa que el 34,88 % de la población necesita tratamiento.
- Se identificaron las siguientes patologías: el 83,72 % estrés, el 86,05 % fatiga muscular, el 68,24 % con dolor de la Articulación Temporomandibular, el 44,19 % presión facial y el 34,88 % con desgaste en piezas dentales.
- Se ha relacionado la dependencia entre el bruxismo y el hacinamiento y estrés, ya que el 22,09 % de la población está bajo tratamiento y el 68,24 % manifiesta dientes sensibles, sintomatología característica de la presencia de bruxismo dental.

- Se debe elaborar un convenio de cooperación interinstitucional, generando beneficios para las Personas Privadas de la Libertad (PPL) y los diferentes agentes de la Universidad Nacional de Chimborazo.

5.4. **RECOMENDACIONES.**

- Se recomienda que todos los pacientes sean monitoreados por el profesional odontólogo, debido a que éste es el primero en detectar patologías que afectan la salud general del paciente.

- Es necesario el seguimiento de los pacientes, verificando cualquier patología relacionada con el bruxismo.

- Es evidente que la situación de estrés y hacinamiento son claros indicadores y esperamos que los privados de su libertad, encuentren mejores condiciones en el futuro.

- Se indica el tratamiento adecuado para el Bruxismo con los diferentes tratamientos, ya que esta proporcionaran un contacto oclusal óptimo entre ambas arcadas y protegerán a los dientes de fuerzas anormales que pueden desgastarlos o lesionarlos.

- Las autoridades de las instituciones, se encargan de tomar las acciones adecuadas para formar un equipo de trabajo multidisciplinario aprovechando el talento humano con el que cuentan.

BIBLIOGRAFÍA.

- 1) Bermejo Fenoll A, López –Jornet P, (2004). Medicina oral, patología oral y cirugía bucal (ed. Impresa) versión impresa issn 1698-4447 med. Oral patol. Oral cir. Bucal (ed.impr.) V.9 N.1 Valencia ene.-feb.
- 2) Malathi A. Paurulkar VG. Evaluation of anxiety status in medical students prior to examination strees.
- 3) Vallejo J. Y Cols. (1985). Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría, Salvat Editores, “a edición, Barcelona – España.
- 4) Mejía, A; Lomelí, G; Gaxiola M. Manual de procedimientos estandarizados para la vigilancia epidemiológica de las patologías bucales. México.
- 5) Sapp, J. Philip; Eversole Lewis; Y Wysocki, George. (2009) Patología oral y maxilofacial contemporánea. Madrid España. Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración. Manual de higiene bucal. Buenos aires.
- 6) Durán Y Simón. (1995) Psicología conductual Vol.3, No.-2.
- 7) LASSO J. F. (1996), STRESS.
- 8) HOMBRADOS M. I., estrés y salud.
- 9) FLORES RUIZ K. G. (2008), Prevalencia De Bruxismo y su relación con la presencia de desgaste dental y dolor miofacial en los alumnos de clínica del

adulto de decimo ciclo de la Facultad De Estomatología le la Universidad Inca Garcilaso De La Vega en el semestre 2008 III. Lima – Perú.

- 10) QUIROGA LAHERA S. Valoración de signos radiológicos en bruxistas mediante ortopantomografía.
- 11) DELGADO E J, FUENTES S. A, PALUCHO S.R, (2010), Frecuencia de signos y síntomas asociados al bruxismo en estudiantes de la Facultad de Odontología de la Universidad de el Salvador.
- 12) HERNÁNDEZ ALIAG M. (2010), estudio sobre el bruxismo y una nueva prueba de esfuerzo.

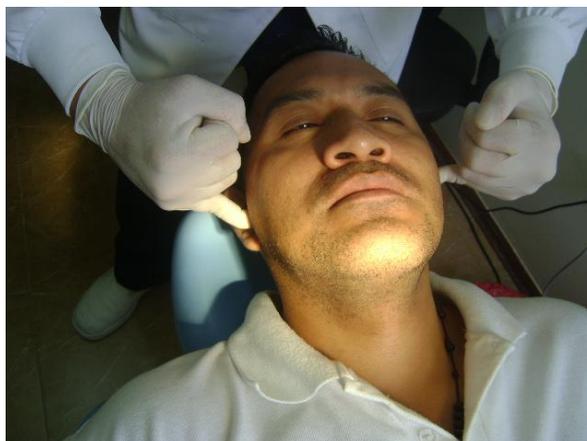
ANEXOS.

FOTOGRAFÍAS DE LA INVESTIGACIÓN.

Paciente : 1 con sentencia

Sintomas: dolor de Articulación Temporomandibular, subido constante en oído derecho , estrés e hipertenso.

Diagnostico: Chasquido de Articulación Temporomandibular, ausencia de piezas dentales inferiores posteriores extraídas por sugerencia del profesional, ya que presentaba dolores de cabeza, mordida vis a vis, se observa desgaste de bordes incisales en piezas anteriores.



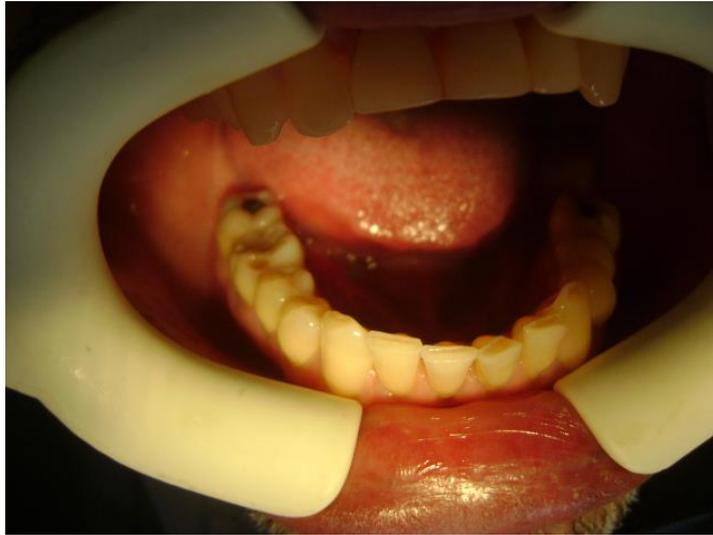


Paciente : 2 con sentencia

Sintomas: dolor de Articulación Temporomandibular, dolor a nivel de la cara.

Diagnostico: Chasquido y desplazamiento de Articulación Temporomandibular, ausencia de piezas dentales anteriores superiores por accidente, mordida profunda y desgaste en piezas anteriores y posteriores infeiores.





Paciente : 3 con sentencia

Sintomas: dolor de Articulación Temporomandibular, dolor facial, sensibilidad de movilidad de las piezas dentales.

Diagnostico: Chasquido y desplazamiento de Articulación Temporomandibular, ausencia de piezas dentales anteriores y posteriores por descuido mordida profunda, reabsorcion de tejido de soporte.





Paciente : 4 sin sentencia

Sintomas: dolor de Articulación Temporomandibular, dolor y cansancio muscular, sensibilidad de piezas dentales y estres.

Diagnostico: Chasquido y desplazamiento de Articulación Temporomandibular, ausencia de piezas dentales posteriores suérioras e inferiores por consumo de psicotropicos, fractura de esmalte dental en tercio cervical





Paciente : 5 con sentencia.

Diagnostico: Chasquido de Articulación Temporomandibular, ausencia de piezas dentales posteriores suérioras e inferiores por caries, fractura de esmalte dental y desgaste de bordes incisales y caras oclusales.





Paciente : 6 con sentencia

Sintomas: dolor de Articulación Temporomandibular, subido en oído izquierdo, dolor, presión y cansancio muscular, sensibilidad de piezas dentales, ansiedad y estrés.

Diagnostico: Chasquido y desplazamiento de Articulación Temporomandibular, ausencia de piezas dentales posteriores inferiores por accidente, fractura de esmalte dental y desgaste de bordes incisales y caras oclusales.





Paciente : 7 con sentencia

Sintomas: dolor de Articulación Temporomandibular, subido en oído izquierdo, dolor, presión y cansancio muscular, sensibilidad de piezas dentales, ansiedad y estrés.

Diagnostico: Chasquido y desplazamiento de Articulación Temporomandibular, ausencia de piezas dentales posteriores inferiores por accidente, fractura de esmalte dental y desgaste de bordes incisales y caras oclusales.





Paciente : 8 con sentencia

Sintomas: Ansiedad y estres.

Diagnostico: Calculo.



Paciente : 9 con sentencia

Sintomas: Cansancio muscular y presión facial, presión y movilidad de piezas dentales, ansiedad y estrés.

Diagnostico: Chasquido en Articulación Temporomandibular y desgaste de bordes incisales .





Paciente : 10 sin sentencia

Sintomas: Cansancio muscular, manifiesta dolor de Articulación Temporomandibular al abrir la boca, presión facial, ansiedad y estrés.

Diagnostico: Chasquido y desplazamiento de Articulación Temporomandibular perdida de piezas dentales por falta de higiene y consumo de sustancias psicótropicas, desgaste de bordes incisales y caras oclusales.





Paciente : 11 sin sentencia

Sintomas: Cansancio muscular, manifiesta dolor de Articulación Temporomandibular al abrir la boca, presión facial, ansiedad y estrés.

Diagnostico: Chasquido de Articulación Temporomandibular, fractura de esmalte dental en tercio cervical y borde incisal de anteriores superiores y desgaste de bordes incisales y caras oclusales.







UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

ENCUESTA DIRIGIDA A PACIENTES DEL CENTRO DE
REHABILITACION SOCIAL

Nº 2 DE QUITO

OBJETIVO: La presente encuesta tiene como objetivo recabar información que permita identificar bruxismo y patologías relacionadas por hacinamiento y estrés psicofísico.

CUESTIONARIO:

EDAD:años

ESTADO CIVIL:

PROCEDENCIA: **RESIDENCIA:**

NIVEL DE ESTUDIOS:

Nota: En la presente encuesta, se preservarán los datos de filiación de la población objeto del presente estudio, según “LEY DE DERECHOS Y AMPARO AL PACIENTE” (Ley Nº 77, Art. 4, Derecho a la confidencialidad: Todo paciente tiene derecho a que la consulta, examen, diagnóstico, discusión, tratamiento y cualquier tipo de información relacionada con el procedimiento médico a aplicársele, tenga el carácter de confidencial).

CERTIFICADO DE LA INSTITUCIÓN.


MINISTERIO DE JUSTICIA
DERECHOS HUMANOS
Y CULTURA
SUBSECRETARÍA DE REHABILITACIÓN SOCIAL


Auto: 2014
25 de febrero del 2014
DIRECCIÓN

MEMORANDO – MDDHC-CGAF-T-CRSVQN*2-010-14

PARA: Sr. Luis Mullo
DIRECTOR PROVINCIAL DEL CENTRO DE REHABILITACION SOCIAL
DE VARONES DE QUITO N°2

DE: DEPARTAMENTO DE TRATAMIENTO

ASUNTO: AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR UNA PASANTIA

FECHA: 25 de febrero del 2014

En referencia a la solicitud realizada por el Sr. FOUNES PINTO WLMER WASHINGTON, para realizar un estudio e investigación de las patologías relacionadas con el hacinamiento, en el CRSVQN*2.

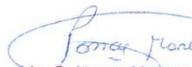
El Departamento de Tratamiento, luego del análisis y en base del criterio del Dr. Estuardo Rubio Silva, odontólogo de este Establecimiento, sugiere que sea autorizado, bajo la coordinación y supervisión del Dr. Rubio, en el mismo horario recomendado en el informe, es decir:

de 11:00 a 12:00 H
lunes a viernes
desde el 5 de marzo al 19 de marzo de 2014

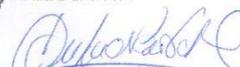
Adj, copia del informe suscrito por el Dr. Rubio

Particular que informamos para los fines consiguientes

Atentamente,


Ms. C. Nancy Moreno
COORD. TRATAMIENTO


Dr. Wilson Villego
A. EDUCATIVA


Dra. Norma Calán
A. PSICOLOGIA


Sra. Sonia Armijos
A. LABORAL


CENTRO DE REHABILITACION SOCIAL DE VARONES
QUITO N° 2


CENTRO DE REHABILITACION SOCIAL DE VARONES
QUITO N° 2
DPTO. DE TRABAJO SOCIAL
LABORAL


CENTRO DE REHABILITACION SOCIAL DE VARONES
QUITO N° 2
DPTO. EDUCATIVO

C.R. S.V.Q. 0473 en el 1999 en 30 de mayo
Quito: Box 46010 • Cuenca: 01 • 25050405 Fax: 25051702

