

# ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LOS PACIENTES BRUXÓPATAS. FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA. 2014

**Autor:** Dra. Zuilen Jiménez Quintana, Doctora en Estomatología. Especialista de I Grado en Prótesis Estomatológica. Profesora Auxiliar. Aspirante a Investigador.  
e-mail: [zuilen.jimenez@infomed.sld.cu](mailto:zuilen.jimenez@infomed.sld.cu)

**Coautores:** Dra. Indira García Martínez<sup>II</sup>

## RESUMEN

**Introducción:** El origen del bruxismo obedece a múltiples factores etiopatogénicos, entre ellos, las interferencias oclusales y los factores psicológicos que actúan como potenciadores del cuadro. **Objetivo:** Determinar el nivel de ansiedad y depresión como rasgo de la personalidad y estado transitorio o situacional en los pacientes bruxópatas. **Material y Método:** Estudio observacional, descriptivo y transversal en el período comprendido de Abril a Noviembre del 2014. En pacientes de ambos sexos, de 19 y más años de edad con diagnóstico de bruxismo. Se estudiaron los niveles de ansiedad mediante la versión hispanoamericana del IDARE de Charles Spielberger, test conocido como inventario de ansiedad rasgo-estado (IDARE), así como el test conocido como inventario de depresión rasgo-estado (IDERE). **Resultados:** La ansiedad como rasgo de la personalidad se manifestó a nivel medio en el 52,2 % de los pacientes bruxópatas, comportándose de forma similar como estado transicional o situacional, con un predominio de 47,8 % para el nivel medio de clasificación. Con respecto a la depresión como rasgo de la personalidad se destaca el nivel bajo 45,6 %, sin embargo, como estado transicional o situacional predomina el nivel medio en el 43,3 % de los pacientes bruxópatas. **Conclusiones:** La ansiedad y la depresión como rasgo y estado se presentaron con niveles de medios a altos en los bruxópatas.

**Palabras clave:** Bruxismo, interferencias oclusales, ansiedad, depresión.

## INTRODUCCIÓN

El origen del bruxismo obedece a múltiples factores etiopatogénicos, entre ellos, hay dos que se destacan sobre los demás: las interferencias oclusales y los factores

psicológicos que actúan como potenciadores del cuadro (factores contribuyentes), ellos pueden ser: la ansiedad, la depresión y el estrés. No tiene importancia alguna que un factor predomine sobre el otro, lo esencial es que uno de los dos sobrepase el límite de tolerancia del individuo.<sup>1</sup>

La magnitud de la influencia de estos factores difiere de un individuo a otro, ya que es imposible predecir cuál será el impacto funcional de las desarmonías oclusales, pues el grado de adaptación de los distintos pacientes a estas, varía según la influencia del sistema nervioso central de cada uno. De esta forma, individuos con tensión psíquica mínima o con capacidad de adaptación muy desarrollada pasarán por la vida sin haber sufrido nunca los efectos patológicos de las desarmonías oclusales. Otros con desarmonías discretas, pero con poca capacidad de adaptación sufrirán los efectos de estos en su sistema estomatognático. En algunos casos desaparecen los factores que le dieron origen al bruxismo y el mismo persiste, ya que se encuentra instalado como hábito, dificultando el tratamiento.<sup>2,3</sup>

En la Biblia se reconoce la tendencia a apretar y rechinar los dientes con sentimientos de enfado o agresividad. Hace más de medio siglo que se conoce de muchas enfermedades que tienen al estrés como causa común. El término tiene su origen en la física. Robert Hock describió la ley que explica el cambio de la forma de un cuerpo elástico proporcional a la fuerza deformante, a fines del siglo XVII. Cien años más tarde Thomas Young aseguraría al estrés como respuesta dentro del objeto, inherente a su estructura y provocado por una fuerza externa. Estos conceptos comenzaron a ser usados en Psicología y Medicina desde el siglo XIX.<sup>4</sup>

Muchos autores abordan el estrés como consecuencia de un desequilibrio entre las demandas del ambiente y los recursos disponibles del sujeto para dar una respuesta adecuada. Cuando la demanda del ambiente laboral y social es excesiva se van a desarrollar ciertas reacciones de activación fisiológica. Los sujetos somatizan la tensión psíquica que conduce a dolencias distintas dependiendo del órgano diana donde se manifieste: estómago (úlceras, gastritis), aparato respiratorio, piel (dermatitis seborreica, psoriasis), sistema nervioso (manías, cefaleas, tabaquismo, alcoholismo, drogodependencias), sistema musculo-esquelético (tic, mialgias), etc. El bruxismo es la representación del estrés en el aparato estomatognático.<sup>5,6</sup>

Diferentes mecanismos son considerados en la respuesta del organismo ante el estrés, siendo activados selectivamente. El neuroendocrino prepara al organismo para una intensa actividad muscular que le permita responder a una amenaza

externa, se activa si la persona percibe que puede hacer algo para controlar la situación (enfrentarse o escapar). Su estimulación activa la médula de las cápsulas suprarrenales, provocando la secreción de catecolaminas (adrenalina y noradrenalina), produciendo efectos similares a los generados por la activación simpática, incrementando la estimulación de los músculos estriados y la secreción de opiáceos endógenos. <sup>5</sup>

Las conexiones entre el sistema límbico y el sistema muscular mandibular explican la alta prevalencia que tiene el bruxismo en aquellas personas con altos niveles de estrés. El sistema límbico es el responsable de la naturaleza afectiva de las sensaciones y de su repercusión emocional, está conectado con los centros neurovegetativos hipotalámicos y de aquí a los centros somatomotores subcorticales. Las conexiones eferentes que van desde el sistema límbico-hipotalámico hasta el núcleo motor del trigémino estimulan a las gamma motoneuronas que originan la contracción de las fibras del huso neuromuscular sensibilizando sus terminaciones nerviosas, cualquier elongación muscular estimula la producción de un reflejo miotático, creando un mecanismo de retroalimentación positiva (dolor-contracción-dolor) que conduce a la para función. Los músculos del sistema estomatognático sometidos a este tipo de presiones por períodos prolongados de tiempo, desarrollan espasmos y se acortan, perdiendo la capacidad de relajación voluntaria. <sup>7</sup>

Se ha estudiado la relación de catecolamina urinarias y el bruxismo, encontrando que los niveles de dopamina, histamina y adrenalina se relacionaban con gran significación estadística con el bruxismo, lo que apoyaría la teoría de que el estrés emocional es un factor importante en su desarrollo. <sup>5</sup>

La ansiedad es un estado emocional provocado por el cuerpo con componentes psicológicos y fisiológicos, con función biológica útil. Sus síntomas pueden ser observados en cualquier persona en un momento de su vida, percibida a través de un sentimiento vago y desagradable de temor, inseguridad, o malestar. La ansiedad se caracteriza por tensión ante una situación de amenaza o peligro y se convierte en patológica cuando se presenta desproporcionada o exagerada en relación con el factor desencadenante, transformándose en un fenómeno endocrino, al no cumplir con las señales de alarma psicobiológicas supera la capacidad de adaptación de los individuos. También se le define como estado afectivo desagradable que implica

expectación, inquietud y puede estar acompañado por intranquilidad motora y trastornos vegetativos.<sup>8</sup>

Como estado puede ser conceptualizada la ansiedad y la depresión como un estado emocional transitorio o situacional, que varía en intensidad y fluctúa en el tiempo. Como rasgo se refiere a las características de la personalidad propensa a presentar ansiedad o depresión, es decir a las diferencias en la disposición a percibir una amplia serie de situaciones o estímulos como peligrosos o amenazadores, y a la tendencia de responder a tales amenazas con reacciones de ansiedad o depresión.<sup>9</sup>

Se han estudiado los niveles de ansiedad y depresión mediante los test conocidos como Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE), ideado por Spielberger en 1966, y el Inventario de Depresión Rasgo-Estado (IDERE).<sup>10,11</sup>

El IDARE es un inventario autoevaluativo, diseñado para evaluar dos formas relativamente independientes de la ansiedad: la primera que recoge los valores individuales para la ansiedad estado y describe cómo el sujeto se siente en ese momento y se traduce en niveles específicos de síntomas tales como la intranquilidad, el desasosiego y la inseguridad, todos vinculados a una situación específica mientras que la ansiedad rasgo existe como característica, componente o atributo más o menos estable de la personalidad y constituye un rasgo propio que diferencia la actividad de la personalidad de la actividad de otros seres humanos.<sup>10,11</sup>

Los sujetos que presentan una alta ansiedad como estado, no tienen por qué presentar una patología psiquiátrica, pueden ser sujetos normales sometidos a situaciones conflictivas o estresantes de manera situacional. La validación en Cuba fue realizada en 1986 por Castellanos, Grau y Martín. Desde entonces se utiliza en la asistencia cotidiana en casi todas las instituciones de salud del país, así como en la docencia y en la investigación.<sup>10,11</sup>

Conocer como influyen los factores psicológicos en el Bruxismo facilitará el desarrollo de estrategias de intervención que permitan mejorar la calidad de vida de la población afectada.

Con el objetivo de determinar el nivel de ansiedad y depresión como rasgo de la personalidad y estado transitorio o situacional en los pacientes bruxópatas se realizó la presente investigación.

## **MATERIAL Y MÉTODO**

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal en el período comprendido de Noviembre del 2013 a Abril del 2014. Para realizar esta investigación se tuvo en cuenta los principios básicos de la ética, solicitando el consentimiento de los pacientes a participar en el estudio.

El universo del estudio estuvo constituido por 90 pacientes de ambos sexos, de 19 y más años de edad con diagnóstico de bruxismo, que acudieron a la consulta especializada de trastornos temporomandibulares del departamento de prótesis de la Facultad de Estomatología de La Habana en el período comprendido de Noviembre del 2013 a Abril del 2014 y que dieron el consentimiento a participar en la investigación, completando un total de 90 pacientes.

A estos pacientes se les aplicó la versión hispanoamericana del IDARE de Charles Spielberger<sup>10</sup>, constituida a partir de criterios teóricos esencialmente similares a los de sus autores originales. Además se utilizó el test conocido como Inventario de Depresión Rasgo-Estado (IDERE).

En el IDARE-E los ítems reportados de cómo se sentía el sujeto en ese momento, y que indicaban intensidad en 4 categorías (1-no totalmente, 2-un poco, 3-bastante, 4-mucho), respondía a la subescala de ansiedad-estado, y siempre fue presentada primero a los sujetos, antes que la subescala de ansiedad-rasgo, que se refería a como se sentían por lo general, habitualmente, y se contestó también en 4 puntuaciones de frecuencia (1-casi nunca, 2-algunas veces, 3-frecuentemente, 4-casi siempre). Esto permitió ubicar a los sujetos en distintos niveles de ansiedad para cada escala, siendo baja (menor de 30), media (entre 30 y 44) o alta (mayor o igual que 45).<sup>10</sup>

El IDERE tenía 20 ítems cuyas respuestas tomaron valores de 1 a 4. El sujeto debía seleccionar la alternativa que mejor describiera su estado en ese momento y tenía cuatro opciones de respuesta: No en lo absoluto (que valía 1 punto), Un poco (valía 2 puntos), Bastante (valía 3 puntos) y Mucho (valía 4 puntos). La escala de depresión como rasgo permitió identificar a los pacientes que tenían propensión a sufrir estados depresivos y también ofrecía información sobre la estabilidad de los síntomas depresivos. Constó de 22 ítems que igualmente adquirieron valores de 1 a 4 puntos y las opciones de respuesta fueron: Casi nunca (que valía 1 punto), algunas veces (valía 2 puntos), frecuentemente (3 puntos) y casi siempre (4 puntos).<sup>10, 11</sup>

Para la calificación se obtuvo la sumatoria de la mitad de los ítems que fueron positivos de depresión y la sumatoria de los ítems negativos o antagónicos. A la diferencia entre ambos subtotales se le sumó el valor 50, que fue obtenido de los análisis estadísticos con el fin de estandarizar las puntuaciones. La cifra obtenida era el grado de depresión actual y se consideró baja si era menor o igual a 34, media si estaba entre 35 y 42 y alta si era mayor de 42. Para la calificación de la escala rasgo se procedió de manera similar, aunque los puntos de corte fueron diferentes, siendo baja (menor o igual que 35), media (entre 36 y 46) o alta (mayor o igual que 47).<sup>11</sup>

Los resultados obtenidos a partir de la aplicación de estos test fueron mostrados en tablas para su análisis y discusión.

## RESULTADOS

**Tabla 1.** Distribución de los pacientes bruxópatas según nivel de la ansiedad como rasgo-estado.

Nivel de ansiedad	Ansiedad como rasgo		Ansiedad como estado	
	No	%	No	%
Alto	32	35,6	35	38,9
Medio	47	52,2	43	47,8
Bajo	11	12,2	12	13,3
Total	90	100,0	90	100,0

La Tabla 1 muestra la distribución de los pacientes bruxópatas según nivel de la ansiedad como rasgo-estado. Con respecto a la ansiedad como rasgo de la personalidad se destaca el nivel medio (para un 52,2 %), seguido del nivel alto (35,6%); comportándose de forma similar la ansiedad como estado transicional o situacional con un predominio del nivel medio (47,8 %), seguido del nivel alto (38,9%).

**Tabla 2.** Distribución de los pacientes bruxópatas según nivel de la depresión como rasgo-estado.

Nivel de depresión	Depresión como rasgo		Depresión como estado	
	No	%	No	%

Alto	21	23,3	41	45,6
Medio	28	31,1	39	43,3
Bajo	41	45,6	10	11,1
Total	90	100,0	90	100,0

La Tabla 2 muestra la distribución de los pacientes bruxópatas según nivel de depresión como rasgo-estado, con respecto a la depresión como rasgo de la personalidad se destaca el nivel bajo (41 pacientes para un 45,6 %), seguido del nivel medio (31,1%).

No se comporta de forma similar la depresión como estado transicional o situacional donde predomina el nivel medio (43,3 %), seguido del nivel alto (45,6%);

## DISCUSIÓN

Ciertos estudios coinciden con nuestros resultados, donde los bruxópatas muestran una ansiedad psíquica y física aumentada, tendencia a desarrollar alteraciones psicósomáticas y menor socialización.<sup>4, 5</sup> Ahlberg<sup>12</sup> afirma que existen evidencias que soportan la relación entre el bruxismo y la ansiedad. En su estudio reportaron que los individuos que fueron conscientes de tener con frecuencia bruxismo presentaron significativamente más ansiedad severa y dos veces más probabilidad de padecer estrés severo.

En un estudio realizado en Chile no se encontró asociación estadística entre la ansiedad y el bruxismo<sup>13</sup>, sin embargo en Holguín en el 2000 predominó el nivel de ansiedad alto y medio en los pacientes bruxópatas.<sup>14</sup>

Autores como Capetillo<sup>5</sup> y Guerrero<sup>6</sup> plantean que existe evidencia de aumento de la tensión muscular por tensión emocional como la ansiedad; la misma esta puede activar el dolor al aumentar la contracción sobre un músculo que está acortado debido al contacto oclusal interceptivo, pues el efecto de los factores psicológicos sobre los centros nerviosos, desencadena por vías neuronales complejas una hiperactividad muscular refleja y se crea un mecanismo de retroalimentación positiva dolor-contracción-dolor que conduce a la parafunción entre otras alteraciones funcionales.

Algunas investigaciones encontraron una asociación significativa con alto impacto social para la ansiedad como estado, temporal, emocional o condición del cuerpo, mientras que la ansiedad como rasgo se refiere a la predisposición individual a experimentar ansiedad en situaciones percibidas como amenazantes.<sup>8</sup> Sin embargo hay autores que plantean que aunque ambos tipos de ansiedad arrojan una asociación altamente significativa con el bruxismo, la ansiedad como rasgo de la personalidad presenta una asociación más fuerte que la ansiedad como estado transitorio, siendo justificable porque el bruxismo es una alteración crónica que surge por el efecto prolongado de determinados factores como los psicológicos.<sup>5</sup>

Barcellos<sup>15</sup> encontró relación entre el bruxismo y la depresión coincidiendo con los resultados del presente estudio. Investigaciones en Turquía mostraron altos niveles de depresión y ansiedad en bruxópatas con trastornos temporomandibulares.<sup>16</sup> Otro estudio en São Paulo, Brasil reveló la relación entre el bruxismo nocturno y los trastornos temporomandibulares con altos valores de depresión.<sup>17</sup>

Por el contrario otros autores no vinculan la depresión con el bruxismo, lo que puede deberse a diferencias en la metodología utilizada para el diagnóstico.<sup>18</sup> Guerrero al realizar una búsqueda bibliográfica sobre el tema encontró relación entre el stress, la ansiedad y la depresión con el bruxismo en estudios clínicos en contraste con el bruxismo nocturno al necesitar de estudios polisomnográficos.<sup>6</sup>

Cualquier necesidad no satisfecha, u obstáculo en el cumplimiento de un deseo, que pueda experimentarse como frustración, cólera, ansiedad o miedo suele manifestarse por tensión y posiblemente bruxismo, desencadenando un aumento de la actividad muscular como mecanismo de liberación de tensiones acumuladas en un momento dado.<sup>5</sup>

En varios estudios de personalidad en este tipo de pacientes, donde se usaron pruebas psicológicas y entrevistas se encontró que eran susceptibles de desarrollar trastornos emocionales importantes, ansiedad, depresión y presentar dificultades para tratar los problemas de la vida.<sup>5</sup>

Muchos de los síntomas tradicionalmente atribuidos a la ansiedad, también se presentan en la depresión y viceversa, quizás pueda explicarse por la presencia coexistente de ambos cuadros en muchos de los casos clínicos. Ambos presentan estados de ánimo negativos, por lo que cuentan con un factor general común denominado afectividad negativa, neuroticismo o malestar psicológico general. Conceptos como nerviosismo, miedo, preocupación, aprehensión, irritabilidad,

agitación e inquietud, son utilizados en ambas definiciones. Así, la ansiedad se definiría en función de una alta afectividad negativa, poca correlación con el afecto positivo y una alta activación fisiológica, mientras que la depresión se caracterizaría por un estado mixto de alta afectividad negativa y una baja afectividad positiva.<sup>9</sup> En la literatura se encontraron más estudios que relacionan la ansiedad con el bruxismo que con la depresión; quizás porque la ansiedad implica estados de expectación, inquietud, intranquilidad motora, trastornos vegetativos, entre otros que parecen estar más vinculados con la hiperactividad muscular propia del bruxismo, esta interrogante quedará abierta para el desarrollo de futuras investigaciones.

## CONCLUSIONES

En los pacientes bruxópatas predominaron los niveles medios a altos de ansiedad como rasgo y como estado. En la depresión como rasgo de la personalidad se destaca el nivel bajo, mientras que como estado predomina el nivel alto.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Silva Contreras AM. Bruxismo: su comportamiento en un área de salud. Rev Ciencias Médicas [revista en la Internet]. 2015 Feb [citado 2015 Abr 17]; 19(1): 56-65. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-31942015000100009&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942015000100009&lng=es).
2. Giraki M, Schneider C, Schäfer R, Singh P, Franz M, Raab WH, et al. Correlation between stress, stress-coping and current sleep bruxism. Head Face Med [Internet]. 2010 [citado 17Abr 2015]; 6: [aprox. 40 p.]. Disponible en: <http://preview.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2841116/?tool=pubmed>.
3. Alcolea Rodríguez JR, Herrero Escobar P, Ramón JM, Labrada Sol ET, Pérez Téllez M, Garcés Llauger D. Asociación del bruxismo con factores biosociales. CCM [revista en la Internet]. 2014 Jun [citado 2015 Abr 17]; 18(2):190-202. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1560-43812014000200003&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812014000200003&lng=es).
4. Manfredini D. Emotional factors in the etiology of bruxism. In: Paesani D, ed. Bruxism: theory and practice. Berlin: Quintessence Publishing; 2010. p. 87-98.
5. Capetillo Hernández GR, Torres Capetillo EG. Bruxismo, estrés y ansiedad en estudiantes de la Universidad Veracruzana. [Internet]. 2013 [citado 17Abr 2015]; [aprox. 40 p.]. Disponible en: <http://cdigital.uv.mx/bitstream/123456789/34770/1/capetillohdez.pdf>
6. Guerrero Ricardo I, Cutiño García M, González Arévalo E, Moreno Pupo J. El bruxismo y sus características como padecimiento del sistema estomatognático. CCM. [Internet]. 2013 [citado 17 Abr 2015]; 1(1): [aprox. 2 p.]. Disponible en: <http://www.revcoemed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/1237/278>
7. Oporto V Gonzalo H, Lagos G Jenny D, Bornhardt S Thomas, Fuentes Ramón, Salazar Luis A. ¿Es Posible la Contribución de Factores Genéticos en el Bruxismo?. Int. J. Odontostomat. [revista en la Internet]. 2012 [citado 2015 Abr 17]; 6(3): 249-254. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-381X2012000300001>.

8. Da Costa AA; Alchieri JC. Niveles de la ansiedad y el impacto social de las personas con bruxismo. 13º Congreso Virtual de Psiquiatría. [Internet]. 2012 [citado 17 Abril 2015]; [aprox. 27 p.]. Disponible en: [http:// www.interpsiquis.com](http://www.interpsiquis.com) - Febrero 2012.
9. Agudelo D, Buela GC, Spielberger CD. Ansiedad y depresión: el problema de la diferenciación a través de los síntomas. Salud Mental [Internet]. 2007[citado 17Abr 2015]; 30(2): [aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/html/582/58230205/58230205.html>.
10. Spielberger CD, Carretero HD, De los Santos MR, Buela GC. Spanish development version of the state-trait depression questionnaire (ST-DEP): State subscale (S-DEP). RevistInternacional de PsicologíaClínica y de la Salud. 2002; 2(1): 71-89.
11. Martín M, Grau JA, Ramírez V, Grau R. El Inventario de depresión rasgo-estado. Desarrollo y posibilidades. Rev Psicología Com [Internet]. 2001[citado 13 Nov 2010]; 5(1): [aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://gsdl.bvs.sld.cu/cgi-bin/library?e=d-00000-00---off-0psicolo1--00-0----0-10-0---0---0direct-10---4-----0-11--11-ja-50---20-help---00-0-1-00-0-0-11-1-0gbk-00&a=d&c=psicolo1&cl=CL1&d=HASHdbee3432b72f3be77ed1ce.6.1.2>
12. Ahlberg J, Lobbezoo F, Ahlberg K, Manfredini D, Hublin C, Sinisalo J, et al. Auto-evaluación de la relación entre el bruxismo, la ansiedad y el estrés en adultos. Medicina oral, patología oral y cirugía bucal.[Internet]. 2013[citado 17Abr 2015]; 18(3): [aprox. 2 p.]. Disponible en:<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4317382>
13. Vicuña Iturriaga DP, Eugenia Id M, Oyonarte R. Asociaciones entre Signos Clínicos de Bruxismo, Ansiedad y Actividad Electromiográfica Maseterina Utilizando el Aparato Bite Strip® en Adolescentes de Último Año de Enseñanza Media (Secundaria). Int. J. Odontostomat. [Internet]. 2010[citado 17Abr 2015]; 4(3): [aprox. 10 p.]. Disponible [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-381X2010000300007&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2010000300007&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-381X2010000300007>.
14. Gutiérrez MS, Ochoa MO, Segura NM. Utilización de técnica de autorrelajación en pacientes bruxópatas. Correo Científico Médico de Holguín [Internet]. 2005 [citado 17Abr 2015]; 9(2): [aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no92/n92ori6.htm>.
15. Barcellos FS, Rodrigues PR. Bruxismo e Afetos negativos: Um estudo sobre ansiedade, depressão e raiva em pacientes bruxômanos. Jornal Brasileiro de Oclusão, ATM e Dor Orofacial [Internet]. 2002 [citado 18 Ene 2012]; 2(5): [aprox. 6 p.]. Disponible en: [http://ojs.1000grad.com/index.php/orthodontics\\_JBA/article/view/187/0](http://ojs.1000grad.com/index.php/orthodontics_JBA/article/view/187/0).
16. Gungormus Z, Erciyas K. Evaluation of the relationship between anxiety and depression and bruxism.J Int Med Res. 2009 Mar-Apr; 37(2):547-50.
17. Fernández G, Franco AL, Siqueira JT, Gonçalves DA, Camparis CM. Sleep bruxism increases the risk for painful temporomandibular disorder, depression and non-specific physical symptoms.J Oral Rehabil. 2012 Jul;39(7):538-44.
18. Abekura H, Tsuboi M, Okura T, Kagawa K, Sadamori S, Akagawa Y. Association between sleep bruxism and stress sensitivity in an experimental psychological stress task.Biomed Res. 2011; 32(6): 395-399.