

TRATAMIENTO DE BRUXISMO NOCTURNO EN UNA NIÑA. ESTUDIO DE CASO

Francisca López Ríos

Dpto. de Personalidad, evaluación y tratamientos psicológicos.
UNIVERSIDAD DE ALMERÍA

RESUMEN

El presente estudio de caso supone la aplicación de una filosofía de intervención poco intrusiva en un problema de bruxismo nocturno en una niña de 7 años de edad. Así, a través de procedimientos de prevención de respuesta y reversión del hábito, se ha conseguido eliminar el comportamiento de frotación dental durante la noche. Las evaluaciones realizadas a lo largo del seguimiento indican el mantenimiento de los resultados.

Palabras clave: BRUXISMO NOCTURNO, PREVENCIÓN DE RESPUESTA, REVERSIÓN DEL HÁBITO.

SUMMARY

The present case report implies the application of a low intrusive philosophy of intervention in a problem of nocturnal bruxism with a seven years old child. Prevention response and habit reversal were succesfully used to eliminate this behavior. Follow-up evaluations showed the mantainance of results.

Key words: NOCTURNAL BRUXISM, RESPONSE PREVENTION, HABIT REVERSAL.

INTRODUCCIÓN

El ámbito de la salud bucodental ha ido nutriéndose en las últimas décadas de las aportaciones de la psicología de la salud, en tanto ha requerido tecnología comportamental como parte de sus intervenciones. En esta línea, una de las alteraciones exponente de dicha relación interdisciplinar es el bruxismo, que consiste en el comportamiento de apretamiento y/o frotación de los dientes de modo habitual. Este comportamiento es normal en condiciones de tensión, como también lo es durante el sueño. Sin embargo, si se produce de forma prolongada puede conducir a alteraciones en la musculatura masticatoria, pérdida de piezas dentales, disfunción temporomandibular, dolores de cabeza y cuello, etcétera, y todo ello en función de la intensidad y duración de la respuesta bruxista, así como de la calidad de las piezas en contacto.

Sin embargo, no todas las formas de bruxismo son iguales, de hecho, los autores diferencian entre bruxismo de frotación y de presión, según exista movimiento o no en el contacto entre las piezas dentales de los maxilares superior e inferior. Además se establece distinción entre bruxismo diurno o nocturno, ya que se diferencian en que el último produce sonidos y es rítmico, el sujeto no es consciente en la mayoría de los casos respecto de la emisión de dicho comportamiento, y no suele producirlo durante el día.

Las razones propuestas sobre la aparición y mantenimiento de este tipo de problema bucodental son bastante variadas. De hecho se ha considerado como un trastorno derivado de otros, especialmente de problemas de oclusión, respiratorios, neurológicos, ya que estas respuestas parecen producirse con mayor frecuencia cuando concurren problemas de este tipo (Funch y Gale, 1980). Por otro lado, se ha asociado el bruxismo con situaciones de tensión o estrés psicológico, lo que se suma a los datos que indican una mayor responsividad de la musculatura facial en situaciones de tensión en las personas que muestran dicho patrón. De este modo, la respuesta bruxista implicaría disminuir la tensión en la zona, quedando por tanto reforzada negativamente.

Finalmente, la frecuencia con que este problema aparece en personas con escaso repertorio comportamental, ha hecho que se considere como una conducta perturbadora al interferir en la adquisi-

ción de diferentes comportamientos, especialmente con el desarrollo del lenguaje oral. Así ha sido considerada como una conducta autoestimulada mantenida por las consecuencias sensoriales que produce, tanto por el contacto como por el sonido (Ferro, Fernández Parra y Ballesteros, 1989). Una revisión de las posibles etiologías, así como de las estrategias de evaluación e intervención psicológica utilizadas en dicho ámbito, puede encontrarse en Fernández Parra y Gil Roales-Nieto (1994).

La evaluación del bruxismo, especialmente el nocturno, supone enfrentar dificultades especiales a la hora de registrar ya sea el sonido producido por la respuesta de frotación, no siempre perceptible, ya sea la tensión o el movimiento a través de telemetría intraoral o registros psicofisiológicos. Estas dos últimas técnicas, además de ser muy intrusivas, pueden incluso llegar a impedir que la respuesta se produzca (Rugh, 1978).

Respecto a las posibilidades de intervención psicológica en bruxismo, se han propuesto diferentes técnicas de modificación de conducta, orientadas en función de las variables consideradas como responsables del desarrollo de dichas respuestas. Entre ellas, podemos encontrar la práctica negativa (por ej. Ayer y Lewin, 1973), la relajación muscular progresiva, *biofeedback* EMG (por ejemplo, Simón y Durán, 1993) y *habit reversal* (Roenbaum y Ayllon, 1981) cuando se trata de bruxismo diurno. En el caso de bruxismo nocturno, las condiciones especiales de sueño en que se produce la respuesta, ha supuesto que los sistemas diseñados con objeto de disminuir la frecuencia y duración de la respuesta, se hayan centrado más en técnicas de castigo como el feedback con alarma (Simón y Durán, 1993).

En resumen, la mayor parte de las técnicas de evaluación e intervención que se han utilizado en el tratamiento del bruxismo nocturno, aunque útiles, resultan caras e intrusivas, de modo que su uso no ha logrado generalizarse como práctica terapéutica habitual, persistiendo el uso de fundas o prótesis dentales dirigidas a impedir la respuesta frotación o sus consecuencias sensoriales. Es por ello, que detectar de forma temprana la aparición de este tipo de respuestas podría permitir intervenciones más sencillas con buenas perspectivas de cara a prevenir la cronificación de la respuesta, y

con ello, la necesidad de intervenciones más complejas. En esta línea se sitúa el estudio de caso que se describe a continuación, en el que se optó por una intervención funcional con mínima intrusividad, con objeto de facilitar el seguimiento de la intervención y el mantenimiento de los resultados.

CARACTERÍSTICAS DEL CASO Y PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN

La madre de Marta solicitó ayuda especializada en relación con un problema de bruxismo nocturno en su hija de 7 años de edad.

Mediante entrevista, la madre de Marta informó que a lo largo de varias noches en las que hubo de estar despierta, había podido oír el ruido que su hija producía con los dientes mientras dormía. Por aquellas fechas acudió al dentista por una revisión rutinaria, y le consultó respecto a este problema obteniendo así información en relación con los posibles problemas que pudieran derivarse de la frotación dental, por lo que decidió solicitar ayuda psicológica para resolver dicho problema. De este modo, su preocupación se centraba en el sonido tan fuerte que hacía su hija con los dientes mientras dormía y que ella era capaz de oír desde otra habitación. Por ello, y aunque en ese momento la dentadura de Marta no mostraba rasgos de deterioro por la frotación, el objetivo de la demanda se centraba en prevenir su cronificación y los problemas que de ello se derivarían en el futuro. La respuesta no había sido observada durante el día.

Por otro lado, respecto a otras facetas del comportamiento, según el informe de la madre, Marta mostraba un desarrollo y adaptación tanto escolar como social normales, le gustaba ir al colegio, tenía calificaciones adecuadas, etcétera. No obstante, a nivel biomédico, se indicaron algunos problemas respiratorios derivados de alergias, vegetaciones y un excesivo desarrollo de las amígdalas.

Con el fin de obtener información más detallada de los episodios de frotación dental, y considerando que al producirse durante la noche la observación directa podía resultar sumamente intrusiva, se proporcionó un sistema de registro de papel y lápiz en el que debía

indicar los episodios de frotación dental a lo largo de tres períodos durante la noche: media hora después de que la niña se durmiera, de madrugada y una hora antes de que se despertara por la mañana. El registro durante la madrugada, se realizó mediante grabación magnetofónica. Cada período de registro duraba media hora. De este modo, se podía contar con muestras de la conducta de la niña en diferentes momentos de la noche, de la duración de los episodios, y de otros elementos de posible interés como posición en la que se encontraba y posibles dificultades respiratorias que pudieran surgir (como respiración ruidosa, entrecortada, movimientos bruscos, etcétera).

Este tipo de registro se mantuvo inicialmente durante 8 noches consecutivas, antes de propiciar las primeras pautas de intervención. La información recogida a través de este sistema permitió comprobar que se trataba de episodios breves de frotación dental, con una frecuencia variable entre 1 y 5 episodios por período de observación. Finalmente, también se requirió que se señalase en el registro las actividades generales de la niña especialmente durante la tarde, así como cualquier incidencia o cambio que pudiera producirse en las actividades cotidianas, o ocurrencia de algún acontecimiento especial.

ANÁLISIS FUNCIONAL Y PAUTAS DE INTERVENCIÓN

A través de la información recabada durante la evaluación, no era posible realizar análisis funcionales específicos respecto a las variables que podían estar manteniendo este tipo de respuestas. Sin embargo, pudo constatarse que la frecuencia de la respuesta bruxista se incrementaba cuando el sueño era inquieto y si había alguna dificultad respiratoria. Otro dato señalado y que resultó de interés era que el sueño inquieto correspondía con días en los que la niña podía estar menos cansada ya que no había tenido una intensa actividad de juego (montar en bicicleta por las tardes, jugar con otros niños en la calle, etcétera). Por otro lado, las consecuencias sensoriales de la frotación a nivel táctil y auditivo, podían estar manteniendo el problema.

En cualquier caso, la filosofía de intervención adoptada nos llevó a introducir elementos terapéuticos de menor a mayor intrusividad comprobando la evolución de los parámetros de respuesta considerados.

Así, tras la primera sesión de evaluación se indicó a la madre que realizara con Marta ejercicios de respiración abdominal, inspirando por la nariz y expirando por la boca de forma pausada y rítmica. Estos ejercicios debían realizarse dos veces cada día, por la tarde, aprovechando algún momento en que estuvieran relajadas, la madre debía sentarse a su lado en el sofá y mostrar el modelo de la respiración adecuada. Igualmente, una vez en la cama, debían dedicar unos minutos a ensayar dicho patrón respiratorio como última actividad antes de dormir. La respiración abdominal se acompañaba de caricias en las mejillas en la dirección del músculo que facilitara la relajación de la zona.

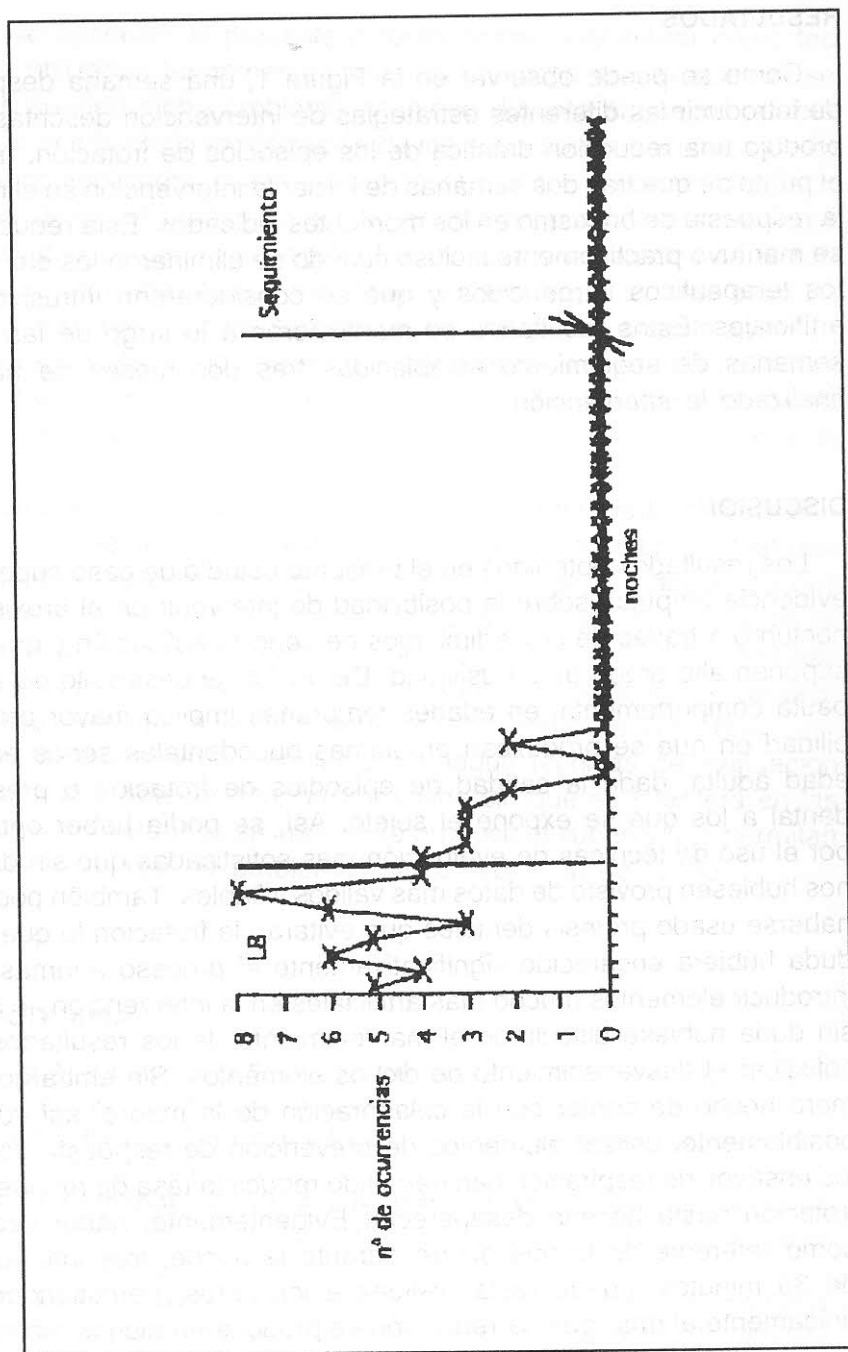
El segundo cambio terapéutico introducido, consistió en una variación de la técnica de *habit reversal*. Así, cuando la madre oyera (en los períodos de observación previstos), que la respuesta se estuviera produciendo debía presionar en la articulación mandibular con los dedos hasta que notara que la boca se abría y cedía la tensión facial, una vez hubiera logrado romper la autoestimulada, debía susurrar a la niña que respirara despacio, como había ella ya sabía.

Otro componente introducido fue acariciar la cara de la niña en momentos en que no se producía la respuesta de frotación, respirando profundamente a su lado, de forma que ella implementara el ritmo respiratorio y relajara los músculos de la masticación.

A partir de las tres semanas de intervención empezó a eliminar el ensayo respiratorio de las tardes, de forma que sólo se realizara antes de dormir, actividad que se consideró adaptativa y por tanto no se eliminó específicamente a lo largo de la intervención, por lo que permaneció como parte de la cadena comportamental previa a dormir. Las caricias en la cara y los susurros se retiraron a partir de los 25 días de intervención.

El registro se mantuvo a lo largo de un mes, reinstaurándose tras dos meses con objeto de contar con datos de seguimiento.

Figura 1.-



RESULTADOS

Como se puede observar en la Figura 1, una semana después de introducir las diferentes estrategias de intervención descritas, se produjo una reducción drástica de los episodios de frotación, hasta el punto de que tras dos semanas de iniciar la intervención se eliminó la respuesta de bruxismo en los momentos indicados. Esta reducción se mantuvo prácticamente incluso cuando se eliminaron los elementos terapéuticos introducidos y que se consideraron intrusivos o artificiales. Estos resultados se mantuvieron a lo largo de las dos semanas de seguimiento establecidas tras dos meses de haber finalizado la intervención.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en el presente estudio de caso suponen evidencia empírica sobre la posibilidad de intervenir en el bruxismo nocturno a través de procedimientos de sencilla aplicación y que no suponen alto grado de intrusividad. De hecho, el desarrollo de esta pauta comportamental en edades tempranas implica mayor probabilidad en que se produzcan problemas bucodentales serios en la edad adulta, dada la catidad de episodios de frotación o presión dental a los que se expone el sujeto. Así, se podía haber optado por el uso de técnicas de evaluación más sofisticadas que sin duda nos hubiesen provisto de datos más válidos y fiables. También podían haberse usado prótesis dentales que evitaran la frotación lo que sin duda hubiera encarecido significativamente el proceso además de introducir elementos mucho más artificiales en la intervención, lo que sin duda hubiese dificultado el mantenimiento de los resultados al sofisticar el desvanecimiento de dichos elementos. Sin embargo, el mero hecho de contar con la colaboración de la madre, así como posiblemente, utilizar elementos de prevención de respuesta como los ensayos de respiración han permitido reducir la tasa de respuesta frotación hasta hacerla desaparecer. Evidentemente, haber usado como referente de lo que ocurre durante la noche, tres intervalos de 30 minutos, puede restar validez a los datos, permitiéndonos únicamente afirmar que la reducción se produce en dichos momen-

tos. No obstante, el presente estudio permite vislumbrar cómo técnicas utilizadas fundamentalmente en bruxismo diurno, pueden ser útiles cuando dicho problema acontece durante el sueño, posiblemente, mediante la modificación de las condiciones generales de los órganos implicados cuando el sujeto se dispone a dormir. Un efecto similar sería el producido por la técnica de práctica masiva, cuya efectividad se centra en agotar los músculos implicados en la respuesta que pretendemos modificar. Sin embargo, en este caso las dificultades respiratorias parecían estar relacionadas con la aparición de la respuesta por lo que se optó por mejorar dicho patrón e inducir un estado de relajación general y local que dificultara las actividades de incremento de la tensión facial y la aparición de la respuesta de frotación.

También podían haberse utilizado técnicas de feedback con alarma, o simplemente, despertar a la niña completamente en el momento de interrumpir la respuesta. Sin embargo, los datos con que contamos señalan que aunque se consigue disminuciones de la respuesta, el mantenimiento de los logros es irregular. Además posiblemente, la adherencia de la madre a la prescripción de despertar y levantar a la niña hubiese sido menos sistemática.

No obstante, sigue pendiente conseguir técnicas de evaluación que permitan obtener información válida sin que se interfiera en las condiciones naturales en las que se produce el sueño y que permitan abordar este tipo de problemas sin un coste tan elevado.

BIBLIOGRAFÍA

- Ayer, W.A. y Lewin, M.P.** (1973). Elimination of tooth grinding habits by massed practice therapy. *Journal of Periodontology*, 44, 569-571.
- Fernández Parra y Gil Roales-Nieto, J.** (1994). *Odontología Conductual*. Barcelona: Martínez Roca.
- Ferro, R. Fernández Parra, A.y Ballesteros, M.** (1989). Eliminación del bruxismo diurno durante las sesiones de tratamiento de un niño retrasado. *Análisis y modificación de conducta*, 18, 373-396.
- Funch, D. P. y Gale, E. N.** (1980). Factors associated with nocturnal bruxism and its treatment. *Journal of Behavioral Medicine*, 3, 385-397.

