



UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CUENCA

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

**ASOCIACIÓN ENTRE INSERCIÓN SOCIAL Y
BRUXISMO EN ADULTOS DE LA PARROQUIA DE
BELLAVISTA CUENCA – ECUADOR 2024. ARTÍCULO
ORIGINAL**

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

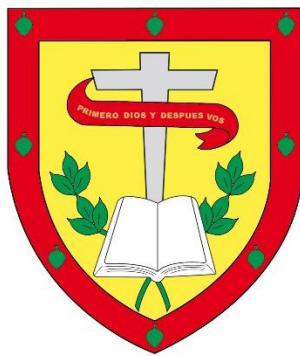
AUTOR: KAREN BERENICE VÁSQUEZ GUERRERO

DIRECTOR: LCDA. GLADYS EULALIA CABRERA CABRERA

CUENCA - ECUADOR

2025

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

ASOCIACIÓN ENTRE INSERCIÓN SOCIAL Y BRUXISMO EN
ADULTOS DE LA PARROQUIA DE BELLAVISTA CUENCA –
ECUADOR 2024. ARTÍCULO ORIGINAL

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

AUTOR: KAREN BERENICE VÁSQUEZ GUERRERO

DIRECTOR: LCDA. GLADYS EULALIA CABRERA CABRERA

CUENCA - ECUADOR

2025

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO

Asociación entre inserción social y bruxismo en adultos de la parroquia de Bellavista Cuenca – Ecuador 2024. Artículo original

Resumen

Introducción: El bruxismo de vigilia ha cobrado creciente relevancia en la literatura debido a su impacto clínico en la musculatura orofacial, las articulaciones temporomandibulares y el desgaste dentario. La inserción social podría desempeñar un papel protector o predisponente en su desarrollo, especialmente en contextos de vulnerabilidad. **Objetivo:** Analizar la asociación entre la inserción social y el bruxismo de vigilia en adultos entre 18 y 64 años de edad de la parroquia Bellavista, Cuenca, 2024. **Metodología:** Estudio observacional de corte transversal, con muestreo aleatorio estratificado (n=329). Se aplicó un Cuestionario de Inserción Social y el autoreporte validado de bruxismo diurno (Winocur et al.). Se evaluó la asociación mediante prueba de chi-cuadrado (IC95%; $p < 0,05$). **Resultados:** La prevalencia de apretamiento dental fue 23,7% y de frotamiento 16,1%. No se encontró asociación estadísticamente significativa entre inserción social y bruxismo ($\chi^2=7,784$; $p=0,802$ para apretamiento; $\chi^2=15,872$; $p=0,197$ para frotamiento). Sin embargo, se observaron mayores proporciones en grupos con inserción laboral precaria (empleados sub-asalariados, obreros, empleadas domésticas y desempleados) frente a menor frecuencia en ocupaciones más estables. **Conclusiones:** Aunque no se alcanzó significación estadística, los resultados sugieren que el bruxismo de vigilia refleja tendencias de desgaste psicosocial ligadas a desigualdades estructurales. Se resalta la necesidad de ampliar el tamaño muestral, fortalecer diseños analíticos y promover intervenciones que incluyan determinantes sociales en la salud bucal.

Palabras clave: Bruxismo, Factores Socioeconómicos, Trastornos de la Articulación Temporomandibular, Salud bucal

Association Between Social Integration and Bruxism in Adults in the Parish of Bellavista, Cuenca – Ecuador, 2024: Original Article

Abstract

Introduction: Awake bruxism has gained increasing relevance in the literature due to its clinical impact on the orofacial musculature, temporomandibular joints, and tooth wear. Social integration may play a protective or predisposing role in its development, particularly in contexts of vulnerability. **Objective:** To analyze the association between social integration and awake bruxism in adults aged 18 to 64 years in the parish of Bellavista, Cuenca, 2024. **Methodology:** An observational cross-sectional study with stratified random sampling ($n = 329$) was conducted. A Social Integration Questionnaire and a validated self-report of awake bruxism (Winocur et al.) were conducted. The association was evaluated using the chi-square test (95% CI; $p < 0.05$). **Results:** The prevalence of teeth clenching was 23.7% and that of teeth grinding was 16.1%. No statistically significant association was found between social integration and bruxism ($\chi^2 = 7.784$; $p = 0.802$ for clenching; $\chi^2 = 15.872$; $p = 0.197$ for grinding). However, higher proportions were observed among groups with precarious jobs (low-paid workers, manual laborers, domestic workers, and unemployed individuals), compared to lower frequencies in more stable occupations. **Conclusions:** Although statistical significance was not achieved, the results suggest that awake bruxism reflects patterns of psychosocial strain linked to structural inequalities. The findings underscore the need to increase sample size, strengthen analytical study designs, and promote interventions that incorporate social determinants into oral health.

Keywords: Bruxism, Socioeconomic Factors, Temporomandibular Joint Disorders, Oral Health

Introducción

El bruxismo es una actividad repetitiva de los músculos masticatorios que se manifiesta como apretamiento o rechinar dental, o, como empuje o contracción mandibular sin contacto dentario, puede ocurrir durante el sueño o la vigilia y se considera un comportamiento motor, no un trastorno en sí mismo (1).

El bruxismo de vigilia, también conocido como bruxismo en estado de alerta, se caracteriza por la actividad muscular masticatoria involuntaria o semi involuntaria que ocurre durante el día, particularmente por el contacto dentario repetitivo o sostenido, así como por acciones de “bracing” o “thrusting mandibular”, que se produce durante la vigilia y que no se considera un trastorno del movimiento (1,2). A diferencia del bruxismo del sueño, que puede presentarse en forma rítmica (fásica) o no rítmica (tónica) y de manera totalmente involuntaria, el bruxismo de vigilia tiende a ocurrir de manera más constante y vinculada a situaciones de concentración, tensión o ansiedad, sin un patrón motor rítmico específico (1).

Esta actividad ha cobrado creciente relevancia en la literatura debido a su impacto clínico en la musculatura orofacial, las articulaciones temporomandibulares y el desgaste dentario, así como por su asociación con dolor, fatiga muscular y cefaleas (3). Aunque su etiología se reconoce como multifactorial, existe amplio consenso sobre el papel protagónico de factores psicológicos como el estrés percibido, la ansiedad y los estilos de afrontamiento disfuncionales (4).

Se ha evidenciado que los individuos con altos niveles de estrés crónico y ansiedad manifiestan una mayor probabilidad de desarrollar bruxismo de vigilia, con una relación dosis-respuesta significativa (5). Sin embargo, estos factores no operan en un vacío individual: están mediados por contextos de vida, trayectorias sociales y condiciones estructurales que configuran distintas exposiciones al desgaste psicosocial (6).

Un estudio en poblaciones sometidas a situaciones de estigmatización y exclusión, como las trabajadoras sexuales, reportó una prevalencia significativamente mayor de trastornos temporomandibulares y bruxismo en comparación con la población general, resaltando la influencia de las condiciones sociales adversas sobre la salud musculoesquelética (7). De manera similar, investigaciones en contextos académicos han mostrado que la mala calidad de sueño y las exigencias universitarias se relacionan con mayores tasas de bruxismo entre estudiantes, reforzando la asociación entre estrés crónico, alteraciones del sueño y disfunciones temporomandibulares (8).

Desde el campo neurofisiológico, el bruxismo de vigilia se produce por hiperexcitabilidad cortical y trigeminal, potenciada por estrés y ansiedad a través de conexiones límbicas en la amígdala e hipotálamo (9). Esto provoca activaciones sostenidas del masetero y alteraciones en el control inhibitorio, mientras la plasticidad neuronal y la propiocepción orofacial de ligamento periodontal y nervio trigémino mesencefálico, se automatizan y refuerzan los movimientos de apretamiento, reflejando la adaptación del organismo a estados de hipervigilancia emocional (9). Asimismo, intervenciones orientadas a

combinar terapias manuales orofaciales con educación en neurociencia del dolor con intervenciones sobre el entorno psicosocial han mostrado efectos beneficiosos en la reducción del bruxismo diurno, lo que refuerza la necesidad de un enfoque integral (10).

En territorios como la parroquia Bellavista de Cuenca, donde se entrelazan condiciones de urbanización periférica, empleo informal y limitada cohesión comunitaria, resulta pertinente explorar cómo la inserción social podría desempeñar un rol protector o predisponente frente al desarrollo de bruxismo de vigilia en adultos, este análisis permitiría visibilizar no solo las expresiones clínicas del trastorno, sino también las condiciones sociales que lo favorecen o mitigan en un contexto ecuatoriano donde no existen datos sobre prevalencia de bruxismo (6,11).

Por tanto, el objetivo de este estudio es asociar la inserción social y la presencia de bruxismo de vigilia en adultos entre 18 y 64 años de edad residentes de la parroquia Bellavista, Cuenca, durante el año 2024, evaluando cómo las condiciones sociales y los niveles de integración social pueden influir en la prevalencia y manifestación de esta actividad muscular masticatoria diurna.

Metodología

Durante el año 2024 se desarrolló un estudio observacional transversal en la parroquia Bellavista, cantón Cuenca, Ecuador. Este estudio se integra en una investigación de mayor alcance destinada a explorar barreras de acceso a la salud bucal y su vinculación con condiciones estructurales y de vida en comunidades urbanas periféricas. La población objetivo estuvo compuesta por personas adultas entre 18 y 64 años de edad, residentes permanentes de la parroquia Bellavista. El tamaño de la muestra fue de 384, se trabajó con un intervalo de confianza del 95% y un error máximo permitido del 5%. Se empleó un muestreo aleatorio estratificado según zonas geográficas de la parroquia, con el fin de asegurar la representatividad. Se incluyeron residentes de la parroquia Bellavista con al menos 5 años de residencia, y que firmaran el consentimiento informado. Se excluyeron personas con enfermedades sistémicas, problemas de locomoción, traumas psicológicos, además de profesionales relacionados con el área de la salud que se pudiesen proporcionar su propia medicación.

La información fue recopilada mediante un formulario estructurado aplicado por encuestadores previamente calibrados. El formulario incluyó:

- Datos sociodemográficos: edad, sexo, ocupación, ingreso mensual y nivel educativo.
- Grados de inserción social y económica: rol dentro del sistema productivo y la estructura social.
- Cuestionario de autoreporte de bruxismo de vigilia validado por Winocur et al.(12):
 - “¿Usted aprieta los dientes mientras está despierto?”

- “¿Usted frota los dientes mientras está despierto?”

Afirmar alguna de estas dos preguntas se consideró criterio positivo de bruxismo de vigilia.

Los datos fueron digitalizados en el programa EPI INFO versión 7.2.6 en español y procesados en el software SPSS versión 26. Para la asociación entre inserción social y bruxismo de vigilia se emplearon mapas de relaciones, tablas de frecuencia y análisis bivariado con prueba de chi-cuadrado con intervalos de confianza del 95%. Se consideró estadísticamente significativa una $p < 0,05$.

El Comité de Bioética de la Universidad Católica de Cuenca (CEISH) aprobó el protocolo del estudio. Cada participante firmó el consentimiento informado antes de su inclusión, garantizándose tanto la confidencialidad de los datos como la observancia de los principios éticos en investigaciones con seres humanos. Además, la información fue sometida a anonimización mediante el comando ENCRYPT del programa EPI INFO.

Resultados

Se encuestaron 384 adultos residentes en la parroquia Bellavista, Cuenca en el año 2024. Durante el cribado de datos se perdieron 55, por lo que la base de datos con la que se trabajó el análisis estadístico fue de 329 datos. La frecuencia de bruxismo de vigilia fue evaluada mediante dos ítems relacionados con el apretamiento y frotamiento dental. La distribución de respuestas se presenta en la Tabla 1.

Tabla 1. Frecuencia y distribución porcentual del bruxismo de vigilia según tipo de comportamiento reportado y sexo

		Sexo						Chi Cuadrado
		Femenino		Masculino		Total		
		n	%	n	%	n	%	
¿Ud. frota los dientes mientras está despierto?	No	170	86,7%	106	79,7%	276	83,9%	0,088
	Sí	26	13,3%	27	20,3%	53	16,1%	
¿Ud. aprieta los dientes mientras está despierto?	No	155	79,1%	96	72,2%	251	76,3%	0,149
	Sí	41	20,9%	37	27,8%	78	23,7%	
Total		196	59,6%	133	40,4%	329	100,0%	

Fuente: Elaboración propia.

En relación con la presencia de bruxismo de vigilia, se observó que el 13,3% de las mujeres y el 20,3% de los hombres reportaron frotar los dientes mientras estaban despiertos, mientras que el 86,7% de las mujeres y el 79,7% de los hombres indicaron no hacerlo. No se evidenció una asociación estadísticamente significativa entre el sexo y esta conducta ($\chi^2 = 0,088$; $p > 0,05$).

Por otro lado, respecto a apretar los dientes durante el estado de vigilia, el 20,9% de las mujeres y el 27,8% de los hombres refirieron realizar esta acción, mientras que el 79,1% de las mujeres y el 72,2% de los hombres manifestaron no hacerlo. Tampoco se encontró una diferencia significativa entre ambos sexos ($\chi^2 = 0,149$; $p > 0,05$).

El apretamiento fue más frecuente (23,7%) en comparación con el frotamiento (16,1%), lo que sugiere una mayor presencia de tensiones musculares estáticas que dinámicas en esta población. En conjunto, la muestra estuvo conformada por 196 mujeres (59,6%) y 133 hombres (40,4%), totalizando 329 participantes.

Tabla 2. Asociación entre inserción social y apretamiento dental diurno

Apretamiento dental diurno e inserción social						
	No		Si		Total	
	n	%	n	%	n	%
EMPRESARIO	3	100,00%	0	0,00%	3	100,00%
MICROEMPRESARIOS	14	100,00%	0	0,00%	14	100,00%
PROD. DE SUBSISTENCIA	53	77,90%	15	22,10%	68	100,00%
CAMPESINO MEDIO	1	100,00%	0	0,00%	1	100,00%
CAMPESINO DE SUBSISTENCIA	2	100,00%	0	100,00%	2	100,00%
EMP. DIRECTIVOS	1	50,00%	1	50,00%	2	100,00%
PROFESIONALES TEC. SUPERIOR	39	83,00%	8	17,00%	47	100,00%
EMPLEADOS ADMINISTRATIVOS	41	97,60%	1	2,40%	42	100,00%
OBREROS	14	73,70%	5	26,30%	19	100,00%

EMPLEADAS DOMÉSTICAS	10	76,90%	3	23,10%	13	100,00%
EMPLEADOS ASALARIADOS	36	80,00%	9	20,00%	45	100,00%
DESEMPLEADO	61	84,70%	11	15,30%	72	100,00%
MIGRANTE	1	100,00%	0	0,00%	1	100,00%
Total	276	83,90%	53	16,60%	329	100,00%
Chi-cuadrado					P=	
0.802						

Fuente: Elaboración propia.

Existe una distribución desigual entre los diferentes grupos ocupacionales (Tabla 2). Las mayores proporciones de bruxismo de vigilia se presentaron en categorías con inserciones laborales más precarias, como empleadas domésticas, empleados sub-asalariados, obreros y personas desempleadas. En contraste, en los grupos con inserción formal o mayor estabilidad, cómo empresarios, microempresarios y campesinos, predominó la ausencia de esta conducta.

Aunque algunas categorías, como los empleados directivos y profesionales, también reportaron casos de bruxismo, la distribución sugiere una tendencia donde la exposición al apretamiento dental se concentra más en los sectores con menor control sobre las condiciones de trabajo. Sin embargo, esta tendencia no alcanzó significación estadística en la prueba de chi-cuadrado ($p > 0,05$), lo cual se podría atribuir a la dispersión de la muestra en múltiples subgrupos y al tamaño reducido de algunas celdas.

Tabla 3. Asociación entre inserción social y frotamiento dental diurno

Frotamiento dental diurno e inserción social						
	No		Si		Total	
	n	%	n	%	n	%
EMPRESARIO	3	100,00%	0	0,00%	3	100,00%
MICROEMPRESARIOS	14	100,00%	14	0,00%	14	100,00%
PROD. DE SUBSISTENCIA	53	77,90%	15	22,10%	68	100,00%
CAMPESINO MEDIO	1	100,00%	0	0,00%	1	100,00%
CAMPESINO DE SUBSISTENCIA	2	100,00%	0	0,00%	2	100,00%

EMP. DIRECTIVOS	1	50,00%	1	50,00%	2	100,00%
PROFESIONALES TEC. SUPERIOR	39	83,00%	8	17,00%	47	100,00%
EMPLEADOS ADMINISTRATIVOS	41	97,60%	1	2,40%	42	100,00%
OBREROS	14	73,70%	5	26,30%	19	100,00%
EMPLEADAS DOMÉSTICAS	10	76,90%	3	23,10%	13	100,00%
EMPLEADOS SUB ASALARIADOS	36	80,00%	9	20,00%	45	100,00%
DESEMPLEADO	61	84,70%	11	15,30%	72	100,00%
MIGRANTE	1	100,00%	0	0,00%	1	100,00%
Total	276	83,90%	53	16,10%	329	100,00%
				Chi-cuadrado	P=	
				0,197		

Fuente: Elaboración propia.

En relación con el frotamiento dental diurno, se observó una distribución heterogénea según el tipo de inserción social (Tabla 3). Aunque en la mayoría de los grupos ocupacionales predomina la ausencia de esta conducta, ciertos subgrupos como obreros, empleados sub-asalariados y desempleados presentan proporciones relativamente más altas de personas que reportan frotar los dientes durante el día.

Entre los obreros, por ejemplo, el 26,3% manifestó realizar esta conducta, al igual que el 23,1% de las empleadas domésticas y el 20% de los empleados sub-asalariados. En contraste, los grupos con mayor inserción formal, como empresarios, microempresarios, campesinos y migrantes, no reportaron casos positivos.

La prueba de chi-cuadrado de Pearson no reveló una asociación estadísticamente significativa entre inserción social y frotamiento dental diurno ($\chi^2 = 15,872$; gl = 12; p = 0,197). Sin embargo, la razón de verosimilitud mostró un valor marginalmente significativo, lo cual podría sugerir una posible tendencia que debería explorarse en futuras investigaciones. Es importante mencionar que, al igual que en el análisis anterior, el 50% de las casillas tuvieron un recuento esperado menor a 5, lo que limita la validez inferencial de la prueba, debido a este hallazgo se agruparon los grupos de inserción social en dueños y empleados, al realizar la prueba de chi-cuadrado de Pearson se obtuvieron

como resultado en apretamiento dental y en frotamiento dental $\chi^2 = 0,2588$, lo que confirma la no asociación estadística.

Discusión

Los hallazgos obtenidos indican que, aunque no se logró establecer una asociación estadísticamente significativa entre la inserción social y el bruxismo de vigilia, se identificaron patrones estructurales relevantes desde la perspectiva de la determinación social de la salud. Las tasas más altas de bruxismo diurno (apretamiento y frotamiento dental) se concentraron en ocupaciones precarias, como empleados sub-asalariados, obreros, empleadas domésticas y personas desempleadas, sectores históricamente atravesados por formas estructurales de exclusión y vulnerabilidad (13).

Según Breilh, la epidemiología crítica no puede reducirse a una lógica de factores de riesgo fragmentados y ahistóricos; por el contrario, debe revelar los procesos sociales estructurales que determinan las condiciones de salud o enfermedad en la población (14). Bajo esta perspectiva, el bruxismo de vigilia no debe entenderse únicamente como una reacción individual al estrés, sino como una manifestación somática del desgaste psicosocial generado por dinámicas de desigualdad y exclusión; Schneider demuestra esta relación al señalar que los trabajadores con horarios laborales inestables y precarios, particularmente en el sector de servicios minoristas y de alimentos, enfrentan altos niveles de incertidumbre, falta de control sobre sus tiempos y conflictos entre vida laboral y familiar, condiciones que impactan negativamente en su salud mental y en la calidad del sueño (15).

La exposición crónica al estrés, la inseguridad laboral, la subordinación simbólica y la fragmentación comunitaria no son solo antecedentes del bruxismo: son su materia constitutiva. Esta afirmación se refuerza con estudios como el de Eli et al, donde se documenta una alta prevalencia de trastornos temporomandibulares y bruxismo entre trabajadoras sexuales, no como consecuencia exclusiva de factores fisiológicos o biológicos, sino de condiciones estructurales de vulnerabilidad que caracterizan su labor (inestabilidad, estigma, exposición a violencia y estrés psicosocial crónico) (4).

Desde una perspectiva crítica, limitarse a interpretar estos resultados como ausencia de relación por la no significación estadística sería metodológicamente reduccionista. Como plantea Breilh, el enfoque epidemiológico tradicional frecuentemente invisibiliza los determinantes estructurales por su excesiva dependencia de la inferencia probabilística. En cambio, un enfoque dialéctico integraría los resultados empíricos en su contexto histórico-social, permitiendo identificar tendencias de salud ligadas a procesos de exclusión, explotación y precarización del trabajo(13).

Así, este estudio refuerza la necesidad de incorporar enfoques interdisciplinarios y estructurales en la investigación en salud bucal, que incluyan no solo factores clínicos o conductuales, sino también dimensiones como la organización del trabajo, la inseguridad laboral, el acceso a redes de apoyo y la subjetividad moldeada por condiciones sociales.

Conclusión

El presente estudio analizó la asociación entre la inserción social y el bruxismo de vigilia en adultos de la parroquia Bellavista, Cuenca, durante el año 2024. Los resultados evidenciaron que, aunque no se alcanzó una asociación estadísticamente significativa, se observaron patrones que muestran una mayor prevalencia de apretamiento y frotamiento dental en grupos con inserción laboral precaria (empleados sub-asalariados, obreros, empleadas domésticas y desempleados), frente a una menor frecuencia en ocupaciones más estables.

Estos hallazgos reafirman que el bruxismo de vigilia no puede comprenderse únicamente como un fenómeno individual vinculado al estrés o a la biología del sujeto, sino como una expresión somática del desgaste psicosocial derivado de desigualdades estructurales. La evidencia de otros estudios, como los realizados en trabajadores con horarios inestables o en poblaciones altamente vulnerables como las trabajadoras sexuales, demuestra que la precarización laboral, la inseguridad, el estigma y la fragmentación comunitaria constituyen determinantes sociales que intensifican la manifestación de bruxismo y trastornos temporomandibulares.

Si bien la falta de significación estadística en el análisis bivariado podría llevar a conclusiones reduccionistas en un enfoque epidemiológico tradicional, desde la perspectiva de la epidemiología crítica resulta fundamental interpretar los resultados en su contexto histórico-social. Esto permite visibilizar tendencias que, aunque no plenamente capturadas por la inferencia probabilística, revelan la influencia de la exclusión y la precarización sobre la salud bucal.

Finalmente, se resalta la necesidad de poner en marcha estrategias de promoción de la salud bucal que reconozcan estas determinaciones estructurales, apostando por intervenciones que no solo eduquen sobre hábitos individuales, sino que también fortalezcan el tejido comunitario, mejoren las condiciones laborales y promuevan la equidad social.

Referencias Bibliográficas

1. Verhoeff MC, Lobbezoo F, Ahlberg J, Bender S, Bracci A, Colonna A, et al. Updating the bruxism definitions: Report of an international consensus meeting. *J Oral Rehabil.* septiembre de 2025;52(9):1335–42.
2. Bracci A, Lobbezoo F, Häggman-Henrikson B, Colonna A, Nykänen L, Pollis M, et al. Current knowledge and future perspectives on awake bruxism assessment: Expert consensus recommendations. *J Clin Med.* el 30 de agosto de 2022;11(17):5083.
3. de Baat C, Verhoeff MC, Ahlberg J, Manfredini D, Winocur E, Zweers P, et al. Medications and addictive substances potentially inducing or attenuating sleep bruxism and/or awake bruxism. *J Oral Rehabil.* marzo de 2021;48(3):343–54.
4. Eli I, Zigler-Garburg A, Winocur E, Friedman-Rubin P, Shalev-Antsel T, Levartovsky S, et al. Temporomandibular Disorders and bruxism among sex workers-A cross sectional study. *J Clin Med.* el 8 de noviembre de 2022;11(22):6622.
5. Al-Katheri NBA, Azzani M. Oral health-related quality of life and its association with sense of coherence and social support among Yemeni immigrants in Malaysia. *Sci Rep.* el 5 de septiembre de 2024;14(1):20792.
6. Hensel ALJ, Gomaa N. Social and economic capital as effect modifiers of the association between psychosocial stress and oral health. *PLoS One.* el 18 de mayo de 2023;18(5):e0286006.
7. Alvarenga* C. Sleep Quality of University Students with bruxism-type craniomandibular disorders: An integrative review of the literature. *J Biomed Res Environ Sci.* agosto de 2024;5(8):896–900.
8. Madera M, Delgado-Angulo EK, Bashir NZ, Bernabe E. The intersections of socioeconomic position, gender, race/ethnicity and nationality in relation to oral conditions among American adults. *Community Dent Oral Epidemiol.* agosto de 2023;51(4):644–52.
9. Uchima Koecklin KH, Aliaga-Del Castillo A, Li P. The neural substrates of bruxism: current knowledge and clinical implications. *Front Neurol.* el 1 de octubre de 2024;15:1451183.
10. von Piekartz H, Bleiss S, Herzer S, Hall T, Ballenberger N. Does combining oro-facial manual therapy with bruxism neuroscience education affect pain and function in cases of awake bruxism? A pilot study. *J Oral Rehabil.* septiembre de 2024;51(9):1692–700.

11. Breilh Paz y Miño JE. Breve recopilación sobre operacionalización de la clase social para encuestas en la investigación social. UASB-Digital [Internet]. 1989 [citado el 10 de mayo de 2025]; Disponible en: <http://hdl.handle.net/10644/3565>
12. Ordóñez-Plaza MP, Villavicencio-Caparó É, Alvarado-Jiménez OR, Vanegas-Avecillas ME. Prevalencia de bruxismo de vigilia evaluado por auto-reporte en relación con estrés, ansiedad y depresión. *Rev Estomatol Hered.* el 16 de noviembre de 2016;26(3):147.
13. Breilh J. Latin American critical ('Social') epidemiology: new settings for an old dream. *Int J Epidemiol.* agosto de 2008;37(4):745–50.
14. Breilh J. The social determination of health and the transformation of rights and ethics1. *Glob Public Health.* enero de 2023;18(1):2193830.
15. Schneider D, Harknett K. Consequences of routine work-schedule instability for worker health and well-being. *Am Sociol Rev.* el 1 de febrero de 2019;84(1):82–114.