



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ

**PREVALENCIA DE MALOCLUSIONES Y SU RELACIÓN CON EL ACOSO
ESCOLAR EN ESTUDIANTES DE LA ESCUELA RAFAEL
REVENGA DE TURMERO ESTADO ARAGUA**

Autores:

Br. Aponte, Ramón

C.I.: 19.833.686

Br. Maldonado, Yulexa

C.I.: 26.940.199

Urb. Yuma II, calle N° 3. Municipio San Diego
Telefono: (0241) 8714240 (master) – Fax: (0241) 8712394



**REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA**

**PREVALENCIA DE MALOCLUSIONES Y SU RELACIÓN CON EL ACOSO
ESCOLAR EN ESTUDIANTES DE LA ESCUELA RAFAEL
REVENGA DE TURMERO ESTADO ARAGUA**

**Trabajo de Grado presentado como requisito parcial para optar al título de
Odontólogo**

**Autores:
Aponte Ramón
Maldonado Yulexa
Tutora de Contenido:
Prof. Nora De Fraino
Tutor Externo:
Msc. Gabriel Rondón**

San Diego, Agosto de 2018



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA

UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ

FACULTAD DE CIENCIAS PARA LA SALUD

ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

CARRERA ODONTOLOGIA



**PREVALENCIA DE MALOCLUSIONES Y SU RELACION CON EL ACOSO
ESCOLAR EN ESTUDIANTES DE LA ESCUELA RAFAEL REVENGA DE
TURMERO ESTADO ARAGUA**

ESTUDIANTES

Cédula de Identidad N°

Nombres y apellidos

26.940.199 Yulexa Maldonado

19.833.686 _____ Ramón Aponte

Tutor Propuesto: Nora de Fraino

Firma: 

Cédula de Identidad N° 3.990.402

COORDINACIÓN DE PASANTÍA Y TRABAJO DE GRADO

Firma 



Fecha
03/08/18.



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
COORDINACIÓN DE TRABAJO DE GRADO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

PLANILLA SOLICITUD ANÁLISIS Y APROBACIÓN DE TRABAJO DE GRADO

DATOS PERSONALES		
Apellidos	Nombres	Cédula de Identidad
Maldonado Vargas	Yulexa Andrea	26949199
Dirección: Fundación Mendoza, Calle D, casa 4-81, Acarigua, Edo. Portuguesa.		Teléfono: 04245620752
DATOS ACADÉMICOS		
Escuela: Odontología	Índice Académico	15,29
DATOS DEL PROYECTO DE GRADO		
Autor		
Nombre	Yulexa Andrea Maldonado Vargas	Teléfono: 0424-5620752
Título Del Trabajo: PREVALENCIA DE MALOCLUSIONES Y SU RELACION CON EL ACOSO ESCOLAR EN ESTUDIANTES DE LA ESCUELA RAFAEL REVENGA TURMIERO ESTADO ARAGUA		
Breve Explicación: Establecer la prevalencia de maloclusiones y su relación con el Acoso Escolar en estudiantes de la Escuela Rafael Revenga Turnero Estado Aragua.		
Lugar donde se desarrollará el proyecto: Universidad José Antonio Páez.		
Tiempo de desarrollo: 8 meses.		
Tutor Académico propuesto: Nora de Fraino		

APROBADO: NO APROBADO:

COMITÉ DE EVALUACIÓN

COORDINACIÓN DE PASANTIAS Y TRABAJO DE GRADO

Ervy Welfer  03/08/2018
NOMBRE FIRMA FECHA

Rodrigo Pino  03/08/2018
DIRECCION DE ESCUELA: NOMBRE FIRMA FECHA





UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
COORDINACIÓN DE TRABAJO DE GRADO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

PLANILLA SOLICITUD ANÁLISIS Y APROBACIÓN DE TRABAJO DE GRADO
DATOS PERSONALES

Apellidos	Nombres	Cédula de Identidad
Aponte Suarez	Ramon Esteban	19833686

Dirección: Apto. 5 torre D. residencia Camelot Suites. calle Fergus urb. San pablo. Turmero estado Aragua. **Teléfono:** 0412-4561285

DATOS ACADÉMICOS

Escuela: Odontología	Índice Académico	14.02
----------------------	------------------	-------

DATOS DEL PROYECTO DE GRADO

Autor

Nombre	Ramon Esteban Aponte Suarez	Teléfono: 0412-4561285
--------	-----------------------------	------------------------

Título Del Trabajo: PREVALENCIA DE MALOCLUSIONES Y SU RELACION CON EL ACOSO ESCOLAR EN ESTUDIANTES DE LA ESCUELA RAFAEL REVENGA TURMERO ESTADO ARAGUA

Breve Explicación: Establecer la prevalencia de maloclusiones y su relación con el Acoso Escolar en estudiantes de la Escuela Rafael Revenga Turmero Estado Aragua.

Lugar donde se desarrollará el proyecto: Universidad José Antonio Páez.

Tiempo de desarrollo: 8 meses

Tutor Académico propuesto: Nora de fraino

APROBADO: NO APROBADO:

COMITÉ DE EVALUACIÓN

COORDINACIÓN DE PASANTÍAS Y TRABAJO DE GRADO

Ervy Weffer  03/08/2018
NOMBRE FIRMA FECHA

DIRECCION DE ESCUELA:
Rodrigo Pino  03/08/2018
NOMBRE FIRMA FECHA





REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA
CARRERA ODONTOLOGÍA

ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Quien suscribe, Nora De Fraino, portador (a) de la Cedula de Identidad N.º 3990402, en mi carácter de tutor del trabajo de grado presentado por el(la) ciudadano(a) Yulexa Maldonado, portador(a) de la Cedula de Identidad N.º 26.940.199, titulado PREVALENCIA DE MALOCLUSIONES Y SU RELACION CON EL ACOSO ESCOLAR EN ESTUDIANTES DE LA ESCUELA RAFAEL REVENGA TURMERO ESTADO ARAGUA, Presentado como requisito parcial para optar al título de Odontólogo, considero que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En San Diego, a los 20 días del mes de 01 del año dos mil dieciocho.

(Firma autógrafa)
Nora de Fraino
C.I. 3.990.402



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA
CARRERA ODONTOLOGÍA

ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Quien suscribe, Nora De Fraino, portador(a) de la Cedula de Identidad N.º 3990402, en mi carácter de tutor del trabajo de grado presentado por el(la) ciudadano(a) Ramon Aponte, portador(a) de la Cedula de Identidad N.º 19833686, titulado PREVALENCIA DE MALOCLUSIONES Y SU RELACION CON EL ACOSO ESCOLAR EN ESTUDIANTES DE LA ESCUELA RAFAEL REVENGA TURMERO ESTADO ARAGUA. Presentado como requisito parcial para optar al título de Odontólogo, considero que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En San Diego, a los 20 días del mes de 01 del año dos mil dieciocho.

(Firma autógrafa)
Nora de Fraino
C.I. 3.990.402




UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
COORDINACIÓN DE TRABAJO DE GRADO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLÓGIA





ACTA DE APROBACION DEL TRABAJO DE GRADO

El jurado designado por la Facultad de Ciencias de la Salud, para la evaluación del trabajo de grado titulado "PREVALENCIA DE MALOCLUSIONES Y SU RELACIÓN CON EL ACOSO ESCOLAR EN ESTUDIANTES DE LA ESCUELA RAFAEL REVENGA DE TURMERO ESTADO ARAGUA", realizado por Ramon Esteban Aponte Suarez, C.I. 19.833.686. Cursante de la carrera ODONTOLOGIA, hace constar después de analizar su contenido y oída la exposición oral, considera que reúne los méritos suficientes para su aprobación, asignándole la CALIFICACIÓN DEFINITIVA

DE: _____ (19) PUNTOS.


Tutor de Contenido
Nombre: Nora de Fraino
C.I.: 3.990.402


Jurado
Nombre: Gabriel Akel
C.I.: 15.800987


Jurado
Nombre: Oswaldo Rotundo
C.I.: 17.315.816



Fecha: 16/08/2018




UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
COORDINACIÓN DE TRABAJO DE GRADO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA




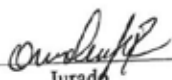
ACTA DE APROBACION DEL TRABAJO DE GRADO

El jurado designado por la Facultad de Ciencias de la Salud, para la evaluación del trabajo de grado titulado "PREVALENCIA DE MALOCLUSIONES Y SU RELACIÓN CON EL ACOSO ESCOLAR EN ESTUDIANTES DE LA ESCUELA RAFAEL REVENGA DE TURMERO ESTADO ARAGUA", realizado por Yulexa Andrea Maldonado Vargas C.I 26.940.199. Cursante de la carrera ODONTOLOGIA, hace constar después de analizar su contenido y oír la exposición oral, considera que reúne los méritos suficientes para su aprobación, asignándole la CALIFICACION DEFINITIVA

DE: _____ (19) PUNTOS.


Tutor de Contenido
Nombre: Nora de Fraino
C.I.: 3.990.402


Jurado
Nombre: Gabriel Akel
C.I.: 15.800987


Jurado
Nombre: Oswaldo Rotundo
C.I.: 17.315.816



Fecha: 16/08/2018

Agradecimientos

Primeramente agradezco a Dios por ser mi guía en todo mi camino, y permitirme siempre seguir adelante, por colocarme en donde estoy, nunca dejarme sola y recordarme que cada esfuerzo vale la pena.

Gracias a mi mami, Carolina Vargas, por siempre apoyarme, por ser ese paño de lágrimas y siempre tener las palabras correctas en los momentos que más necesite en cada momento difícil, por recordarme siempre que hay que luchar por lo que uno quiere y por darme las mejores enseñanzas y valores.

Gracias a mi papi, Andrés Maldonado, por siempre estar a mi lado, por siempre apoyarme, por estar ahí para resolver cualquier necesidad que se me presente, por salir por motivarme e impulsarme y recordarme que todo tiene su momento.

Gracias a Yoa, mi hermana, por siempre estar ahí para mí, por escucharme y acompañarme en todo momento, por apoyarme incondicionalmente, por preocuparse siempre por mí, por ser mi hermana, mi mejor amiga y ser una guía en todo este camino.

Gracias, a mi novio, Anthony, por siempre estar a mi lado, por acompañarme en todo este camino, por siempre escucharme, por motivarme a seguir adelante.

Gracias a ustedes estoy aquí, ¡los amo inmensamente!

Gracias a Gabriel Eduardo Rondón Reggio, por su tiempo, dedicación y paciencia, sin el este trabajo no hubiese sido posible.

Gracias a la Profesora, Ervy Weffer, por su dedicación, y sobre todo preocupación en apoyarnos, y siempre guiarnos en la dirección correcta.

Dedicatoria

Este trabajo de grado quiero dedicárselo a Dios, porque sin él no estaría aquí, por siempre ser mi guía en todos los momentos difíciles.

A mi familia, Mami, Papi Y Yoa, mi novio, amigos y seres queridos, a ustedes dedico este trabajo, porque sin ustedes esto no fuese sido posible, por su apoyo y amor incondicional, ustedes son mi mayor motivación.

Yulexa Maldonado

Agradecimientos

Primeramente agradezco a Dios que es quien me brinda vida, salud y prosperidad.

Gracias a mis padres, Taide y Ramón, por darme la vida y siempre apoyarme en las buenas y malas decisiones que he tomado durante mis 28 años de vida.

A mi hermana Karen Aponte, que a pesar de su inmadurez, siempre está pendiente de mí.

Al Msc. Gabriel Eduardo Rondón Reggio que sin él, este trabajo no tuviese pies ni cabeza. Dedicando tiempo de su vida al mismo, de forma desinteresada.

A Charlotte mi fiel mascota compañerita de madrugadas que no se acuesta a dormir hasta que yo me vaya a la cama.

A la profesora, Ervy Weffer, por apoyarnos en todo momento y dedicarnos todo el tiempo para que este trabajo fuera posible.

Todos estos seres me brindaron su gran apoyo. Gracias...

Dedicatoria

Este trabajo de grado quiero dedicárselo en primera instancia a Dios.

A mis seres queridos, que con mucho sacrificio me apoyaron a estudiar otra carrera.

Ramón Aponte

INDICE GENERAL

	pp.
ÍNDICE GENERAL.....	III
LISTA DE CUADROS.....	V
LISTA DE GRÁFICOS.....	VI
RESUMEN INFORMATIVO.....	VII
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO	
I EL PROBLEMA	4
1.1. Planteamiento del Problema.....	4
1.2. Formulación del Problema.....	9
1.3. Objetivos.....	10
1.4. Justificación.....	10
II MARCO TEÓRICO	12
2.1. Antecedentes.....	12
2.2. Bases Teóricas.....	15
2.3. Definición de Términos.....	41
2.4. Bases Legales.....	42
III MARCO METODOLÓGICO.	45
3.1. Tipo y Diseño de la Investigación.....	45
3.2. Nivel de Investigación.....	46
3.3. Población y Muestra.....	47
3.4. Técnicas e Instrumento de Recolección de Datos.....	49
3.5. Validez y Confiabilidad del Instrumento.....	51
3.6. Técnica de Análisis de los Datos.....	51
3.7. Operacionalización de las Variables.....	
IV ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.....	53

4.1. Análisis de los Resultados.....	53
V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	66
5.1. Conclusiones.....	66
5.2. Recomendaciones.....	69
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	71
ANEXOS.....	82

LISTA DE CUADROS

CUADROS	CONTENIDO	PP
Cuadro 1	Población y muestra	48
Cuadro 2	Características del estado clínico de la oclusión en los niños y niñas de la institución	54
Cuadro 3	Diagnóstico de las Características de la Oclusión según Sexo....	55
Cuadro 4	Diagnóstico por Características de la Oclusión según Edad.....	58
Cuadro 5	Distribución de Frecuencias y Porcentajes con relación al Factor A: Problemas Académicos del Test Psicológico yo y la escuela.....	59
Cuadro 6	Distribución de Frecuencias y Porcentajes con relación al Factor B: Problemas sociales del Test Psicológico yo y la escuela.....	60
Cuadro 7	Distribución de Frecuencias y Porcentajes con la relación al Factor C: Satisfacción escolar del Test Psicológico yo y la escuela.....	63

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICOS	CONTENIDO	pp
Grafico 1	Características el estado clínico de la oclusión en los niños y niñas de la institución.....	54
Grafico 2	Diagnóstico de las Características de la Oclusión según Sexo....	55
Grafico 3	Diagnostico por Características de la Oclusión según Edad.....	57
Grafico 4	Distribución de Frecuencias y Porcentajes con la relación al Factor A: Problemas académicos del Test Psicológico yo y la escuela.....	59
Grafico 5	Distribución de Frecuencias y Porcentajes con la relación al Factor B: Problemas sociales del Test Psicológico yo y la escuela.....	61
Grafico 6	Distribución de Frecuencias y Porcentajes con la relación al Factor C: Satisfacción escolar del Test Psicológico yo y la escuela.....	64



**REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGIA**

**PREVALENCIA DE MALOCLUSIONES Y SU RELACIÓN CON EL ACOSO
ESCOLAR EN ESTUDIANTES DE LA ESCUELA RAFAEL
REVENGA DE TURMERO ESTADO ARAGUA**

Autor(es): Ramón Esteban Aponte Suarez
Yulexa Andrea Maldonado Vargas
Tutor Académico Od. Nora de Fraino
Tutor Externo Od. Gabriel E. Rondón R.
Fecha: Agosto, 2018

RESUMEN INFORMATIVO

La creciente problemática de presencia de maloclusiones en los niños causan cambios en el aspecto físico, los cuales pueden alterar el autoestima y seguridad de los mismo, el desarrollo de factores como el acoso escolar, constituye sin duda un fenómeno social que causa alteraciones psicosociales en la infancia y adolescencia. El presente estudio tuvo como objetivo establecer la prevalencia de maloclusiones y su relación con el acoso escolar en estudiantes de la Escuela Rafael Revenga Turmero Estado Aragua, se dio bajo una metodología de campo, de tipo ex-post-facto exploratoria descriptiva, donde la población estuvo constituida por ciento ochenta (180) estudiantes entre 9 y 12 años de la Escuela Rafael Revenga de Turmero Estado Aragua, siendo la muestra el 30 % de la población, estando representada por sesenta (60) estudiantes, clasificados por edad y sexo; como técnica se empleó la observación directa, como instrumento una guía de observación, (Índice de Estética Dental). Así mismo se aplicó un test psicológico (Yo y la escuela) para la interpretación análisis y complemento de los resultados. Se observó que el 35% de los niños presento una oclusión normal mientras que el 28,33% presento maloclusión severa altamente discapacitante, siendo el sexo femenino el más afectado con esta condición representando el 15% de los casos, y los 10 años la edad donde apareció más visible la afección, (40%). Por otro lado el 35% de los casos son víctimas de agresión escolar, y el 45 % tiene dificultades para aprender, pese a que el 98,3% manifiesta estar a gusto en el plantel. Se concluye que las maloclusiones juegan papel importante en la aceptación social, no tener una apariencia física deseada se convierte en motivo de burla, altos índices de Maloclusión se relacionan con altos índices de acoso escolar, siendo estas un componente fundamental que determina la aceptación social en etapas escolares.

Descriptor: Prevalencia, maloclusión, acoso escolar

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo tiene como finalidad establecer la prevalencia de maloclusiones y su relación con el acoso escolar en estudiantes de la Escuela Rafael Revenga de Turmero Estado Aragua. En este sentido, es de importancia resaltar que la maloclusión es un aspecto que consiste en el mal alineamiento de los dientes o a la forma en que los dientes superiores e inferiores encajan entre sí, es decir la mala relación de engranaje entre los superiores y los inferiores.

Es de resaltar que las maloclusiones tienen importantes repercusiones en la salud del individuo, al producir alteraciones no sólo en las estructuras de la boca, sino también en encías, músculos y huesos adyacentes; al igual que se convierte en un problema de estética en especial en los niños. Asimismo, se establece que la maloclusión se refiere a cualquier grado de contacto irregular de los dientes del maxilar superior con los del maxilar inferior, lo que incluye sobremordidas, submordidas y mordidas cruzadas, lo que indica una desproporción entre el tamaño de los maxilares superiores e inferiores o entre el tamaño del maxilar y el diente, provocando un apiñamiento de los dientes o en patrones de mordida anormales. Así mismo los dientes extras, malformados, incluidos o perdidos y los dientes que erupcionan en una dirección anormal pueden contribuir a la mala oclusión.

Dentro de esta perspectiva, de la armonía dental se puede señalar, que la maloclusión en los niños conlleva a un problema de estética que en ocasiones provoca el ataque de sus iguales debido al aspecto que presentan por la alteración en la forma de su dentadura. De manera, que la salud y estética dental son algunos de los puntos que desencadenan un posible caso de acoso escolar.

Siendo el acoso escolar considerado, como el maltrato físico y/o psicológico deliberado y continuado que recibe un niño por parte de otro u otros, que se comportan con él cruelmente con el objetivo de someterlo y asustarlo, con vistas a obtener algún resultado favorable para los acosadores o simplemente a satisfacer la necesidad de agredir y destruir que éstos suelen presentar. El acoso escolar implica

una repetición continuada de las burlas o las agresiones y puede provocar la exclusión social de la víctima. En este sentido, Rauseo (2017) señala que “actualmente hay estudios que sostienen, que la prevalencia de las burlas asociadas a la estética dental es de gran porcentaje” (p. 4).

Es en este sentido, se deben buscar los mecanismos adecuados para la corrección de las maloclusiones en los niños y niñas desde temprana edad, con el objetivo de evitar el acoso escolar al llevar al niño o niña al odontólogo para ser evaluado oportunamente a fin de tomar los correctivos necesarios. Mayorca (2013) opina que las ventajas que posee el realizar un tratamiento temprano en niños no solo se limita a la autoestima y apariencia, también ayuda a tener tratamientos ortodónticos más cortos y terminados a más temprana edad con resultados rápidos y efectivos, reduce en gran cantidad la tendencia que tienen los dientes a recidiva o desalinearse con el tiempo, mejora el lenguaje, disminuye problemas de la articulación temporomandibular, muchas veces evita los tratamientos quirúrgicos por crecimientos excesivos de mandíbula o maxilar, en general mejor función masticatoria y salud bucal.

En consonancia con el anterior planteamiento, surge el presente trabajo fundamentado en la prevalencia de maloclusiones y su relación con el acoso escolar en estudiantes de la Escuela Rafael Revenga de Turmero Estado Aragua, el cual se desarrollará bajo el siguiente esquema:

En el capítulo I formulamos el problema, que de acuerdo a FUNDACREDESA las maloclusiones ocupan el 2do lugar en cuanto a problema de salud pública bucal en los niños y niñas, presentando una prevalencia de 47,9%. En este mismo orden de ideas, Discacciati y colaboradores (2014), exponen que las anomalías de oclusión, son un hallazgo frecuente en todas las poblaciones específicamente en niños y adolescentes lo que conlleva a que sean víctimas de acoso escolar dentro de las aulas de clases por presentar maloclusiones, siendo este un factor importante que afecta el estado afectivo de los niños y adolescentes.

En el capítulo II se establecen las Maloclusiones y el acoso escolar, como

fenómenos que se presentan en niños y adolescentes y que guardan relación entre sí tal como lo demuestra Flores (2014) quien determina la presencia de posibles maloclusiones, y el impacto que estas puedan tener en los pacientes que las presenten, el nivel de autoestima que puedan presentar los escolares y las características en torno a un niño víctima de acoso escolar. Así mismo en dicho capítulo se conceptualizan las bases teóricas que sustentan la investigación.

En el capítulo III establecemos la metodología la cual fue de campo, de tipo ex post-facto exploratoria descriptiva, donde la población está constituida por padres y representantes de los educandos entre 9 y 12 a lo que se les aplica la técnica de la encuesta y un cuestionario con veintidós ítems para identificar los fenómenos que giran en torno al problema.

Por último, el análisis y discusión de los resultados, tomando en cuenta las variables estudiadas maloclusión y acoso escolar, y así establecer qué relación guarda la prevalencia de las mismas y el acoso escolar en los niños de la escuela Rafael Revenga.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento Del Problema.

La actual sociedad ha buscado generar en los individuos una cultura que valora la belleza más que otra cualidad incluso por encima de la salud misma. Basta con ver los mensajes que se emiten desde la televisión, las redes sociales y la publicidad, para saber cuál es el prototipo social que se quiere actualmente. Es por ello que las maloclusiones representa en la sociedad actual una problemática, toda vez que, conlleva a la aparición de fenómenos sociales que deben ser controlados.

Para Sada y Girón (2018) la maloclusión se refiere a “una mala disposición de los dientes en las arcadas dentarias, la cual puede aparecer a causa de anomalías de tamaño, de posición, así como también, por la discrepancia del tamaño de las arcadas y su relación de esta con los dientes” (p. 3). De manera que la maloclusión viene a ser cualquier alteración del crecimiento óseo del maxilar o la mandíbula y/o de las posiciones dentarias que impidan una correcta función del aparato masticatorio, con las consecuencias posteriores que esta disfunción tiene sobre los propios dientes, las encías y los huesos que los soportan, la articulación temporomandibular y la estética facial.

Sin embargo, la dentición temporal tiene un papel fundamental en la presencia de maloclusiones, ya que esta dentición presenta características morfológicas y funcionales que condicionan el desarrollo adecuado y estable de la dentición permanente. Sin embargo estas características pueden ser afectadas por distintos factores causando las maloclusiones, siendo así, multicausal, pero sino hay muchos factores que interactúen, encontramos las predisposiciones genéticas, factores exógenos y ambientales.

Se puede señalar, que las maloclusiones han sido menospreciadas como un problema médico, cuando en realidad tiene una elevada incidencia, ya que según la Organización Mundial de la Salud (2014), esta afecta a más del 90% de la población,

ocupando la tercera posición entre las enfermedades bucales y se considera como un factor de riesgo a alteraciones en el lenguaje, musculatura, estética, gingivitis, periodontitis, caries dental, disfunción en la articulación temporomandibular y alteraciones óseas.

Es bien sabido entonces que, las maloclusiones están relacionadas con problemas de oclusión en la dentición, es decir, una mala disposición de los dientes que conlleva a una mala formación dental, lo que sin duda genera un desequilibrio psicosocial y que se agudiza cuando se habla de la etapa de la niñez. La niñez es la etapa del desarrollo humano que se comprende desde los 6 años hasta aproximadamente los 12 años, en el cual, se presentan rasgos e intereses que percibe el niño desde la imagen que tiene de sí mismo.

Ahora bien, al referirse a la maloclusión en niños, indiscutiblemente aparece un factor alarmante como es el acoso escolar, el cual, es la agresión psicológica y verbal que se presenta entre los individuos y que se ha incrementado de manera agigantada en los espacios escolares. En relación al acoso escolar Fernández (2009) señala:

Es el maltrato físico y/o psicológico deliberado y continuado que recibe un niño por parte de otro u otros, que se comportan con él cruelmente con el objetivo de someterlo y asustarlo, con vistas a obtener algún resultado favorable para los acosadores o simplemente a satisfacer la necesidad de agredir y destruir que éstos suelen presentar.
(p. 8)

De manera, que el mismo implica una repetición continuada de las burlas o las agresiones y puede provocar la exclusión social de la víctima, siendo el acoso escolar una forma característica y extrema de violencia. De igual modo, se puede decir que el acoso escolar afecta de manera deliberada la parte emocional del individuo, ya que se exhibe con el objetivo cruel de agredir, someter y asustar al otro, de manera que se pueda lograr como resultado el dominio, burla y minimización del acosado. La principal característica del acoso escolar es la repetición de la conducta amenazante,

bien sea por una condición del individuo física o mental, por religión e inclusive por nacionalidad o raza, a fin de alcanzar la exclusión social de la víctima.

En este orden de ideas, al parecer la maloclusión en niños se ha presentado como un motivo para la aparición del acoso en el ámbito escolar, causando en la sociedad y en el mismo individuo una problemática digna de estudio. Los niños con maloclusiones han presentado miedo y rechazo en el contexto escolar donde se desarrollan, lo que conlleva una serie de situaciones que se van incrementando a esta problemática, tales como, la pérdida de confianza en sí mismo, el rechazo hacia los demás, bajo rendimiento escolar, y el incremento de acoso escolar por parte de la víctima hacia otros, incapacidad de lograr o alcanzar objetivos y de relacionarse con las demás personas, obteniendo como resultado el aislamiento del niño con el grupo o sus compañeros.

Es importante destacar, que a nivel mundial las maloclusiones se despliegan como una de las principales problemáticas de salud en los niños y adolescentes. Según Discacciati y colaboradores (2014), exponen que las anomalías de oclusión, son un hallazgo frecuente en todas las poblaciones específicamente en niños y adolescentes. Según el autor, en Argentina se observó un 84% de anomalías en la oclusión de los niños, de acuerdo con estudios realizados por Miranda y colaboradores (2010). Al igual que Abu Alhaija (2011) en Jordania descubrieron que un 92% y Behbehani (2012) en Kuwait un 71%, siendo similares a los hallazgos encontrados en nuestra población, toda vez que, Pousa y colaboradores (2014) en Venezuela reportan un 70-80% de anomalías relacionadas con esta problemática.

De igual manera este autor refiere que, las anomalías más frecuentes que se observaron en estos hallazgos, la distorelación mandibular, continuando con la laterodesviación mandibular y la mordida cubierta, también se hicieron presentes, las alteraciones sagitales y transversas (distorelación y laterodesviaciones). Sin dejar de lado las alteraciones combinadas, observadas en dos planos del espacio, la anomalía prevalente fue la distorelación mandibular con mordida cubierta, mientras que en las

observaciones de Miranda y colaboradores (2010), predominaron las alteraciones transversales.

Al relacionar actitudes posturales y maloclusiones en escolares con una media de edad de 8 a 12 años, encontraron que 77% de ellos presentaron actitudes posturales anómalas y 80% anomalías en la oclusión. Del total de escolares con cifo-escoliosis, 30% presentó distorelación mandibular, 18.5% laterodesviaciones, 0.7% mesiorelación y 8.3% normal y otras anomalías. En los que presentaron escoliosis, se observó 10.8% de laterodesviaciones, 3.2% de mesiorelación y 10% normales y otras anomalías, en tanto que, en el total de adolescentes con cifosis, 8.2% presentó distorelación mandibular, 3.6% laterodesviación y 6.7% normal y otras, (Discacciati, 2014).

En este orden de ideas, Da Silva y Da Silva (2013) afirman que las maloclusiones, a nivel mundial oscilan en rangos de 35% a 75%, con diferencias en el sexo y la edad. Al respecto, según las autoras, Mac-Coll, Infante y Grefeld (2002), refieren que: “El apiñamiento constituye la anomalía más frecuente, contribuyendo a la maloclusión aproximadamente de 40% a 85%. Estudios realizados en Estados Unidos de Norteamérica, demostraron en niños escolares una prevalencia de caries dentales de 75% y 50% de maloclusión en dentición temporal”.

Aunado a ello, las autoras hacen referencia también a que, en América Latina, en las últimas décadas se han efectuado una serie de estudios de tipo transversal, con el fin de conocer la prevalencia de anomalías dentomaxilares en niños. En este sentido, Richard y Gantz (1972), revelaron que un 65% a 72.6% de los niños chilenos entre 5 y 14 años presentaban algún tipo de anomalía dentomaxilar.

En otro orden de ideas, en Venezuela las maloclusiones ocupan el 2do lugar en cuanto a problema de salud pública bucal en la población pediátrica, presentando una prevalencia de 47,9% según FUNDACREDESA. Además, existen investigaciones relacionadas a la maloclusión en los niños y adolescentes y su impacto en la autoestima, determinaron que al manifestar este tipo de anomalías presentan disconformidad con ellos, y al mismo tiempo se ve afectada la autoestima, lo que se

puede decir que las alteraciones dentarias presentadas en esa etapa de desarrollo tanto de los niños como los adolescentes afecta directamente en la autoestima.

Del mismo modo, se determinaron que a pesar de que existe poca evidencia reportada sobre la magnitud de afecciones psicológicas cuando tienen alteraciones dentobucal, no se puede negar que hay emociones negativas que se generan por la disconformidad de la estética dentolabial y eso es trasladado al plano social e intelectual teniendo efectos negativos en sus rendimientos.

Aunque en Venezuela no hay datos oficiales sobre el acoso escolar, Cecodap, realizó en el año 2008 un análisis cualitativo con 300 estudiantes de los últimos niveles de educación básica y diversificado de la ciudad de Caracas, en el que se constató que un 40 por ciento de los encuestados tenía conocimiento de este tipo de maltratos en sus salones de clase.

De manera, que el acoso escolar se considera un factor importante que afecta el estado afectivo de los niños y adolescentes que presentan este tipo de anomalías, es por ello, que se ha registrado datos importantes que ayudan a demostrar este tipo de problemas y se pretende conocer la relación que existe entre las maloclusiones y el acoso escolar, toda vez que, constantemente se presentan este tipo de situaciones dentro de las aulas de clase, afectando directamente el desarrollo psicosocial del niño

La situación presentada dentro de la escuela, es preocupante porque los niños son víctimas del acoso escolar dentro de las aulas de clases por presentar maloclusiones, lo que repercute en la autoestima de ellos, y esto afecta directamente en la relación con otros niños de sus edades, trayendo como consecuencia depresiones, bajo rendimiento escolar, aislamiento, desánimo y la ausencia de comunicación hacia sus padres por la situación en la que están sumergidos, sin poder manifestar lo que le sucede. Por tal motivo, este problema debe ser atendido para mejorar las relaciones personales, por la parte afectiva, ya que, están en edades cruciales que son importantes para el desarrollo de su personalidad, y por último mejorar su salud bucal.

Es de resaltar, que la población estudiantil que asiste a la Escuela Rafael Revenga de Turmero Estado Aragua, no escapa a esta realidad con relación a los niños y niñas que presentan maloclusiones, por cuanto las alteraciones en la posición dental tienen efectos negativos en los aspectos físicos, psicológicos y sociales; de igual modo, los niños y niñas con maloclusiones pueden presentar baja autoestima, dificultades para socializar con sus iguales, aislamiento, el niño en ocasiones deja de hablar o de reír, ya que desarrollan sentimientos de vergüenza, no quieren compartir en recreo con los demás, meriendan solos y prefieren quedarse en el aula realizando las tareas con la excusa de avanzar y en muchas ocasiones no quieren asistir a clases.

Es de destacar, que la apariencia de los dientes, es motivo principal de burla, convirtiéndose en blanco fácil para el acoso, ya que son atacados física o psicológicamente, al colocarles apodos, reírse de ellos, ridiculizándolos, entre otros tipos de ataques, lo cual trae como consecuencia que estos educandos se conviertan en víctimas que desarrollan baja autoestima, actitudes pasivas, pérdida de interés por los estudios lo que puede llevar a su vez a una situación de fracaso escolar, trastornos emocionales, depresión, ansiedad, entre otros aspectos que van a impactar en futuro en su vida familiar y social.

Desde este punto de vista, se debe hacer una adecuada evaluación de la prevalencia de maloclusiones a fin de realizar las necesarias recomendaciones con la finalidad de minimizar o eliminar el acoso escolar ocasionado en esta institución educativa hacia los niños que presentan esta problemática de la salud odontológica. En este sentido, se plantea el desarrollo del presente trabajo a través del cual se pretende dar recomendaciones a la problemática detectada.

1.2. Formulación Del Problema:

¿Cuál es prevalencia de las maloclusiones en los niños y niñas de la Escuela Rafael Revenga Turmero Estado Aragua y su relación con el acoso escolar?

1.3. Objetivos.

1.3.1. Objetivo General:

Establecer la prevalencia de maloclusiones y su relación con el acoso escolar en estudiantes de la Escuela Rafael Revenga Turmero Estado Aragua.

1.3.2. Objetivos Específicos:

- Caracterizar el estado clínico de la oclusión en los niños y niñas de la institución.
- Diagnosticar la frecuencia de las maloclusiones presentes en los pacientes de acuerdo a características epidemiológicas: edad y sexo.
- Identificar la cantidad de niños y niñas que sufren acoso escolar en la institución.
- Demostrar la relación de las maloclusiones con la presencia de acoso escolar en los niños y niñas de la Escuela Rafael Revenga Turmero Estado Aragua.

1.4. Justificación.

La investigación que se desarrollo tiene como finalidad indagar los casos de las maloclusiones presentadas en los niños comprendidos entre 9 a 12 años específicamente de la Escuela Rafael Revenga de Turmero Estado Aragua, siendo esta una escuela pública ubicada en el sector urbano, contando con una población de un nivel socioeconómico de pobreza no extrema, y así estudiar de qué manera se relaciona con los casos de acoso escolar presentados dentro de las aulas de clase, ya que se considera que es un factor importante que influye en el desarrollo Psico-emocional del niño que está en desarrollo de su niñez hacia la pubertad, por lo cual, es relevante tomar en consideración esta temática, toda vez que, con frecuencia se presentan estos casos y no son tomados en cuenta por el desconocimiento de las consecuencias que genera para estos niños en su salud mental.

La solución del problema trae beneficios en los niños de la Escuela Rafael Revenga, y su objetivo es analizar y conocer la relación que tiene la prevalencia de maloclusiones con el acoso escolar en los estudiantes de la escuela Rafael Revenga de Turmero Estado Aragua. De manera pues que contribuya a preservar la salud mental de los niños, ya que es una alternativa para disminuir la baja autoestima causado por el acoso escolar, y a su vez a diagnosticar la presencia de maloclusiones en los niños de dicha escuela y en un futuro se pueda presentar una propuesta como proyecto factible a fin de disminuir los casos de maloclusión es estos niños, con intervención de especialistas odontológicos calificados.

Del mismo modo, este trabajo permite otorgar datos a especialistas como Psicopedagogos, maestros y orientadores, que fomenten y refuercen los valores sociales en todos los actores intervinientes de la escuela, (padres-representantes, docentes, personal administrativo, obrero y comunidad en general), de manera que se pueda garantizar un desarrollo Psico-emocional del niño favorable.

Este trabajo de investigación hará aportes teóricos a las futuras investigaciones que aborden la temática de las maloclusiones y su relación con el acoso escolar en los niños, para servir como fundamento al marco teórico y darle continuidad a esta investigación encontrándose enmarcada dentro de la línea de investigación de la UJAP; y de esta manera hacerle un seguimiento a la problemática presentada para que se disminuya los problemas presentados en estos casos.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

El marco teórico se puede entender como la correlación de teorías, categorías, conceptos que despliegan una vinculación con el problema planteado en la investigación, donde se relacionan de manera ordenada todos los contenidos pertinentes con el estudio. En este orden de ideas, Sabino (2007) señala: “El marco teórico o marco referencial tiene el propósito de dar a la investigación un sistema coordinado y coherentes de conceptos y proposiciones que permitan abordar el problema”. (p. 34).

2.1. Antecedentes.

En este particular, los antecedentes se corresponden con otras investigaciones pertinentes de las cuales se obtiene información relacionada con el problema objeto del estudio, por ello Tamayo y Tamayo (2007) puntualiza sobre los antecedentes de la investigación:

Es todo hecho anterior a la formulación del problema que sirva para aclarar, juzgar, e interpretar el problema planteado, en los antecedentes se trata de hacer una síntesis conceptual de las investigaciones realizadas con el fin de determinar un enfoque metodológico. (p.149)

Holguín, A. (2017) realizó una investigación titulada “Asociación entre la maloclusión según Angle y el patrón facial según Capellozza en el diagnóstico de alumnos mayores de 12 años de la I.E.S Padre ose Villanueva Espinoza en el centro poblado Porcón Alto, Cajamarca- Perú en el año 2017” teniendo como objetivo, Encontrar la asociación y prevalencia entre la maloclusión según Angle y el patrón facial según Capellozza según sexo en una muestra tomada en una zona rural del departamento de Cajamarca - Perú, a partir de la toma de fotos extraorales e

intraorales así como de modelos de estudio. El estudio tiene un diseño descriptivo, transversal, prospectivo y observacional.

La muestra constó de 124 estudiantes entre 12-25 años de edad (50 mujeres y 74 hombres) a los cuales se les realizó tomas de fotografía extraoral (3 fotos: frontal, perfil y sonrisa) e intraoral (5 fotos: frontal, lateral derecha, lateral izquierda, oclusal superior e inferior) y modelos de estudio con registro de mordida. Se realizó la clasificación de la maloclusión en: Maloclusión clase I, Maloclusión clase II-1, Maloclusión clase II-2 y Maloclusión clase III; el patrón facial se clasificó en: Patrón facial I, Patrón facial II, Patrón facial III, Patrón facial cara larga y Patrón facial cara corta.

La investigación arrojó los siguientes resultados: mayor prevalencia de la maloclusión I (79.03%), seguida de la II-1 (11.29%), II-2 (6.45%) y III (3.23%); en el patrón facial fue más prevalente el I con 63.71%, seguido del II con 33.06% y del III con 3.23%; no se encontraron estudiantes con patrón facial cara larga o cara corta. Pudiendo así concluir que no existe asociación entre la maloclusión y el patrón facial ($p=0.05$), la mayor asociación se encontró entre la maloclusión II-2 y el patrón I. No hay significancia entre la maloclusión y el sexo y el patrón facial y el sexo.

Por lo que se puede ver la relación con el presente trabajo, en cuanto a que habla sobre la prevalencia de posibles maloclusiones en pacientes, y como esta se asocia con el sexo de los pacientes.

Landaeta, J (2016), realizó un trabajo de investigación titulado “Prevalencia de Patologías Dentofaciales asociadas a Bullying en Niños de 9 a 12 años de la Unidad Educativa Antonio Guzmán Blanco, en Valencia – Estado Carabobo.” El cual tuvo como objetivo general identificar la prevalencia de patología dentofaciales asociadas al Bullying en niños de 9 a 12 años de la Unidad Educativa Antonio Guzmán Blanco en Valencia Estado Carabobo.

Este trabajo la metodología a utilizar fue de tipo cuantitativo, basándose en una investigación de campo, exploratoria y descriptiva. Tomando una población de 267

niños clasificados según su grupo etario, aplicando diferentes test psicológicos, además de cuestionarios a docentes y observación para la interpretación de los resultados. Obteniendo como resultados la patología dentofacial como predisponente, las ausencias dentarias y el apiñamiento dental condicionan psicológicamente al paciente al momento de relacionarse con sociedad, poniendo a riesgo a burla y discriminación, recordando así a los odontólogos y especialista la importancia del componente psicológico al momento del diagnóstico – pronóstico y tratamiento en el área odontopediátrica

Se puede observar la relación que tiene este trabajo con el presente, ya que este habla de la presencia de patologías dentofaciales en niños y cómo influyen en las relaciones sociales y el autoestima de estos niños, así como también, son causa de bullying en su entorno.

Por su parte, Nieves Y, Bachkhongi J y Pelucarte T (2014) realizaron una investigación titulada “Maloclusiones clase I, II y III en pacientes con mesioespasmo del musculo masetero que acuden a la clínica integral VI de la universidad José Antonio Páez” tiene como propósito estudiar y caracterizar pacientes con maloclusiones dentales y que presenten mioespasmo en el musculo masetero. Este trabajo fue una investigación de tipo descriptiva, donde la población estuvo constituida por ciento treinta (130) pacientes de las clínicas integrales del adulto VI, donde la muestra quedó conformada por treinta y nueve (39) pacientes de dicha población. Para así poder obtener maloclusiones en un 51%, con características propias del mioespasmo hipertónicos-hipersensibles un 27%, presencia del trastorno mioespasmo en el musculo masetero con un 67%, y bruxismo presente un 28%.

Los investigadores llegaron a la conclusión que las maloclusiones tienen una estrecha relación con la presencia de mioespasmo en el músculo masetero. Su importancia radica en destacar no solo la problemática que causa las maloclusiones a nivel muscular si no dejar en los pacientes conocimiento y orientaciones precisas de cómo prevenir y atacar dicha problemática en sus diferentes niveles de afectación.

Se destaca la relación directa que posee con el presente trabajo, con el estudio

en desarrollo, por cuanto en ambos el fin es recomendar acciones que conlleven a la salud dental de los educandos sobre la alta prevalencia de las maloclusiones y establecer mecanismos educativos que permitan la prevención del mal alineamiento dental; además se pone en evidencias las causas y consecuencias de estas alteraciones y cómo prevenirlas.

Otra investigación que sirve de apoyo como antecedente es la realizada por Rojas A, García K y Acosta M. (2014), la cual lleva como título “Efecto del tratamiento de ortopedia sobre la autoestima de los niños que asisten a la clínica de ortopedia y ortodoncia de la escuela de odontología en la UJAP”. La siguiente investigación tuvo como propósito determinar el efecto del tratamiento de ortopedia sobre la autoestima de los que asisten a la clínica de Ortopedia y Ortodoncia de la escuela de Odontología en la UJAP, periodo Junio-Septiembre 2014, en San Diego Estado Carabobo.

Este trabajo fue una investigación de campo de tipo descriptiva, con un diseño no experimental. La población estuvo conformada por niños tratados en la dicha catedra; de los que se tomó una muestra representativa de 15 niños. La técnica de recolección de datos que se utilizó fue la encuesta, mediante un instrumento tipo cuestionario que se aplicó a los niños (as). Se utilizó la estadística descriptiva, los valores recolectados fueron tabulados y analizados en función de las respuestas dadas los encuestados.

Como se puede apreciar este trabajo de investigación se basa tanto en la presencia de maloclusiones en niños, así como también, el efecto positivo que tiene el tratamiento ortopédico en estos niños, por lo que, podemos ver que tiene relación con el presente trabajo ya que este habla de la prevalencia de maloclusiones en niños, y entra el impacto psicológico que este tiene en los niños que las presentan.

2.2. Bases Teóricas.

2.2.1. Prevalencia.

La prevalencia es la proporción de individuos de una población que presentan el evento en un momento, o periodo de tiempo, determinado. En este sentido Ibáñez (2012) señala que “La prevalencia describe la proporción de la población que padece la enfermedad, que queremos estudiar, en un momento determinado, es decir es como una foto fija” (p. 4). Pero cuando se refiere al área de la salud, es el número total personas que presentan síntomas o padecen una enfermedad durante un periodo de tiempo, dividido por la población con posibilidad de llegar a padecer dicha enfermedad. Proporciona una estimación del riesgo o probabilidad de que un individuo de esta población pueda llegar a padecer la enfermedad referida.

Por ejemplo, la prevalencia de maloclusiones en niños en Venezuela en el año 2018 es la proporción de individuos de este país que en el año 2018 han padecido esta enfermedad. Así pues, la prevalencia es una proporción que se calcula con la fórmula: $P = N^{\circ} \text{ de afectados} / N^{\circ} \text{ total de personas que pueden llegar a padecer la enfermedad}$.

Por lo que, la prevalencia es un concepto estadístico usado en epidemiología, sobre todo para planificar la política sanitaria de un país, una comunidad, etc. Es un indicador estático, ya que se refiere a un periodo de tiempo concreto. Como todas las proporciones, la prevalencia no tiene dimensión y nunca toma valores menores de 0 o mayores de 1, siendo frecuente expresarla en términos de porcentaje, en tanto por ciento, en función de la “rareza” de la enfermedad estudiada. La prevalencia de un problema de salud en una comunidad determinada suele estimarse a partir de estudios transversales para determinar su importancia en un momento concreto, y no con fines predictivos.

Otra medida de prevalencia utilizada en epidemiología, aunque no con tanta frecuencia, es la llamada prevalencia de periodo, calculada como la proporción de personas que han presentado la enfermedad en algún momento a lo largo de un periodo de tiempo determinado. El principal problema que plantea el cálculo de este índice es que la población total a la que se refiere puede haber cambiado durante el periodo de estudio. Normalmente, la población que se toma como denominador corresponde al punto medio del periodo considerado. Un caso especial de esta

prevalencia de periodo, pero que presenta importantes dificultades para su cálculo, es la llamada prevalencia de vida, que trata de estimar la probabilidad de que un individuo desarrolle una enfermedad en algún momento a lo largo de su existencia.

2.2.1.1. Características de la Prevalencia.

Las características de la prevalencia en opinión de Fernández, Días y Cañedo (2017) son las siguientes:

- a) Es una proporción. Por lo tanto, no tiene dimensiones y su valor oscila entre 0 y 1, aunque a veces se expresa como porcentaje.
- b) Es un indicador estático, que se refiere a un momento temporal.
- c) La prevalencia indica el peso o la abundancia del evento que soporta la población, teniendo su mayor utilidad en los estudios de planificación de servicios sanitarios.
- d) En la prevalencia influye la velocidad de aparición del evento y su duración. Por ello es poco útil en la investigación causal y de medidas terapéuticas.
- e) La prevalencia no debe confundirse con la incidencia. La incidencia es una medida del número de casos nuevos de una enfermedad en un periodo de tiempo determinado. La prevalencia se refiere a todos los individuos afectados, independientemente de la fecha de contracción de la enfermedad. Una enfermedad de larga duración que se extiende ampliamente en una comunidad en 2002 tendrá una alta prevalencia en 2003 (asumiendo como duración larga un año o más), pero puede tener, sin embargo, una tasa de incidencia baja en 2003. Por el contrario, una enfermedad que se transmite fácilmente pero de duración corta, puede tener una baja prevalencia y una alta incidencia. La prevalencia es un parámetro útil cuando se trata de infecciones de larga duración, como por ejemplo el SIDA, pero la incidencia es más útil cuando se trata de infecciones de corta duración, como por ejemplo la varicela.

2.2.1.2. Clasificación de la Prevalencia

Existen dos tipos de prevalencia, en opinión de Fajardo (2017) que son:

- a) *Prevalencia puntual*. Esta prevalencia es la más común y, como un ejemplo podría conocerse el número de individuos internados en un hospital por un cuadro agudo de asma; aquí el número de pacientes internados por un cuadro agudo de asma es el numerador, mientras que el denominador será el total de pacientes internados en el hospital respectivo. De manera, que es el número de casos de un evento de salud en un momento determinado. Por ejemplo, en una encuesta se le preguntaría si fuma en la actualidad.
- b) *Prevalencia de periodo*. La prevalencia de periodo se define como la frecuencia de una enfermedad en un periodo de tiempo. Es una proporción que expresa la probabilidad que un individuo sea un caso en cualquier momento dentro de un determinado periodo de tiempo. El numerador serán los casos que desarrollaron la enfermedad antes y durante el periodo de estudio y el denominador es la población durante todo el periodo de estudio. El principal problema que plantea el cálculo de este índice es que la población total puede cambiar durante el período. Normalmente la población que se toma como denominador corresponde al punto medio del período considerado. De manera que es el número de casos de un evento de salud en referencia a un periodo de tiempo, a menudo 12 meses. Por ejemplo, en una encuesta se le preguntaría si ha fumado durante los últimos doce meses.
- c) *Prevalencia a lo largo de la vida*: El número de casos del evento de salud en referencia a toda la vida. Por ejemplo, en una encuesta se le preguntaría si ha fumado alguna vez.

2.2.2. Salud pública

El concepto de salud pública ha cambiado a lo largo de la historia de la humanidad de acuerdo con la comprensión de la realidad y de los instrumentos de intervención disponibles. La complejidad de la salud pública en el mundo actual, hace de ella un poliedro de muchos y cambiantes lados que justifican la variedad de miradas con que lo reconocemos, manifestadas en las múltiples maneras de definirlo

y actuar sobre él, incluso en el uso de expresiones sustitutivas o complementarias referentes al todo o a las partes del tema, como por ejemplo, la medicina social, la salud comunitaria, etc.

En 1974, Hanlon propone que la salud pública se dedica al logro común del más alto nivel físico, mental, y social de bienestar y longevidad, compatible con los conocimientos y recursos disponibles en un tiempo y lugar determinados. Busca este propósito como una contribución al efectivo y total desarrollo y vida del individuo y su sociedad.

Por otro lado en 1991, Piédrola Gil, simplifica y amplía el campo de actuación de la salud pública e incorpora de manera específica el área de la restauración de la salud. La idea de centrar el concepto de salud pública en la salud de la población viene adquiriendo fuerza y consenso crecientes y son muchas las contribuciones en ese sentido, siendo la salud pública la ciencia y el arte de organizar y dirigir los esfuerzos colectivos destinados a proteger, promover y restaurar la salud de los habitantes de una comunidad.

En 1992, Frenk proponiendo delimitar mejor un nuevo campo científico para la salud pública, desarrolló una tipología de investigación, diferenciando los niveles de actuación individual y subindividual, donde se concentran la investigación biomédica y la investigación clínica, con relación al nivel poblacional, que toma como objetos de análisis las condiciones (investigación epidemiológica) y las respuestas sociales frente a los problemas de salud (investigación en sistemas de salud, políticas de salud, organización de sistemas de salud, investigación en servicios y recursos de salud). La definición de Salud Pública que utilizó se basa en el nivel de análisis. A diferencia de la medicina clínica, la cual opera a nivel individual, y de la investigación biomédica, que analiza el nivel subindividual, la esencia de la salud pública consiste en que adopta una perspectiva basada en grupos de gente o poblaciones.

En el año 2002, la Organización Panamericana de la Salud propone que Salud Pública de las Américas es el esfuerzo organizado de la sociedad, principalmente a través de sus instituciones de carácter público, para mejorar, promover, proteger y

restaurar la salud de las poblaciones por medio de actuaciones de alcance colectivo.

2.2.2.1. Actividades de la salud pública:

a) Protección de la Salud: Son actividades de salud pública dirigidas al control sanitario del medio ambiente en su sentido más amplio, con el control de la contaminación del suelo, agua, aire y de los alimentos. Además se incluye la seguridad en el trabajo y en el transporte.

b) Promoción de la Salud: Son actividades que intentan fomentar la salud de los individuos y colectividades, promoviendo la adopción de estilos de vida saludables, mediante intervenciones de educación sanitaria a través de medios de comunicación de masas, en las escuelas y en atención primaria. Así para toda la comunidad que no tienen los recursos necesarios para la salud. La educación sanitaria debe ser complementada con los cambios necesarios en el medio ambiente y en las condiciones sociales y económicas que permitan a los ciudadanos el ejercicio efectivo de los estilos de vida saludables y la participación en la toma de decisiones que afecten a su salud.

c) Prevención de la Enfermedad: Se basa en intervenciones de prevención primaria, prevención secundaria o detección precoz de enfermedades y de prevención terciaria o de contención y rehabilitación de la secuela dejada por el o los daños de las funciones físicas, psíquicas o sociales.

d) Restauración de la Salud: Consiste en todas las actividades que se realizan para recuperar la salud en caso de su pérdida, que son responsabilidad de los servicios de asistencia sanitaria que despliegan sus actividades en 2 niveles: atención primaria y atención hospitalaria.

2.2.3. Epidemiología

El término "Epidemiología" proviene del griego, donde "epi" significa arriba, "demos" pueblo y "logos": estudio o tratado. Esto implica que la Epidemiología es el estudio que se efectúa sobre el pueblo o la comunidad, en lo referente a los procesos

de Salud y Enfermedad.

Según la OMS, La epidemiología es el estudio de la distribución y los determinantes de estados o eventos (en particular de enfermedades) relacionados con la salud y la aplicación de esos estudios al control de enfermedades y otros problemas de salud. Hay diversos métodos para llevar a cabo investigaciones epidemiológicas: la vigilancia y los estudios descriptivos se pueden utilizar para analizar la distribución, y los estudios analíticos permiten analizar los factores determinantes.

2.2.4. Maloclusión.

Según Angle (1899), el término Maloclusión se refiere al “mal alineamiento de los dientes o a la forma en que los dientes superiores e inferiores encajan entre sí” (p. 35). Es cualquier grado de contacto irregular de los dientes del maxilar superior con los del maxilar inferior, o entre sí en un mismo maxilar, lo que incluye sobremordidas, submordidas y mordidas cruzadas, lo que indica una desproporción entre el tamaño del maxilar y el diente, provocando un apiñamiento de los dientes o en patrones de mordida anormales, asimismo los dientes extras, malformados, incluidos o perdidos y los dientes que erupcionan en una dirección anormal pueden contribuir a la mala oclusión.

Todo esto se considera patológico o anormal ya que la oclusión se refiere cuando todos los dientes superiores encajan levemente sobre los inferiores, es decir, las puntas de los molares se encajan en los surcos de los molares opuestos y todos los dientes están alineados, derechos y espaciados de manera proporcional. Asimismo, los dientes superiores no permiten que las mejillas y los labios sean mordidos y los inferiores protegen la lengua, es la normoclusión u oclusión normal.

En efecto dentro de las principales causas que pueden originar problemas de mala oclusión se pueden mencionar: factores hereditarios, además de los hábitos adquiridos por los niños durante su etapa de crecimiento (chuparse el dedo, presión de los dientes con la lengua, el biberón después de los tres años y tomar biberón durante mucho tiempo); también puede afectar en gran parte la forma de los

maxilares, los malos hábitos alimenticios y respirar por la boca sin cerrar los labios.

Esta situación se relaciona con el hecho de que el hombre nace condicionado para respirar por la nariz y alimentarse por la boca. Por lo tanto, al romperse ese mecanismo fisiológico se afecta el crecimiento y desarrollo no sólo facial, sino general. Lo cual se presenta en algunos niños que manifiestan conductas inadecuadas que afectan el normal desarrollo buco dental.

En tal sentido, dentro de los efectos inmediatos de la respiración bucal consisten en la introducción de aire frío, seco y cargado de polvo en la boca y la faringe, lo cual conduce a que se pierdan las funciones de calentamiento, humedece y filtra el aire que entra por la nariz, con el consiguiente incremento de irritación de la mucosa faringe, siendo pobre la cantidad de oxígeno que pasa a la sangre ocasionando a su vez anemia y ligero aumento de células blancas en la sangre, pérdida de expansión normal de sus pulmones, déficit de peso y a menudo, tórax aplanado, además de trastornos funcionales, palpitaciones, soplos y variaciones de la tensión arterial, además disminución de la capacidad intelectual, así como alteración de la audición, el olfato y el gusto.

Por consiguiente, los efectos a largo plazo de la respiración bucal en el la satura del maxilar y nasal son más complejos y de mayor alcance. Desde que se abre la boca, la lengua desciende y pierde contacto con el maxilar, lo que influye en su crecimiento, la tensión de los músculos varía produciendo una serie de alteraciones en la función muscular que incide en la postura de la mandíbula y de la cadena muscular postural del individuo. Es por ello, que la respiración bucal constituye un síndrome que puede ser etiológicamente diagnosticado por causas obstructivas, por hábitos y por anatomía.

Otra de las consecuencias de la mala oclusión en un estado severo está relacionada con la aceptación del individuo de su propia imagen, así como la percepción del rechazo por parte de sus compañeros, lo que conduce al aislamiento del niño de su entorno social. Por tal motivo, la importancia de la prevención primaria en la consulta odontológica pediátrica, tiene como objeto el cuidado de la salud del

niño orientado hacia el fomento del desarrollo normal, desde la infancia hasta la edad adulta sano desde un punto de vista físico, emocional e intelectual.

2.2.4.1. Causas de las Maloclusiones

El factor etiológico de las maloclusiones es de origen multifactorial, donde se superponen unos con otros existiendo una interconexión entre la predisposición genética y los factores exógenos; en este sentido, Saturno (2007) señalan que la etiología de las maloclusiones se clasifican en:

a) Factores predisponentes:

- Factores hereditarios (tamaño y forma de los dientes, relación basal de los maxilares, función labial y lingual).
- Influencias prenatales (causas maternas y embrionarias).

b) Factores locales (causas postnatales):

- Grupo intrínseco (pérdida prematura de dientes temporales y permanentes, retención prolongada de dientes temporales, dientes ausentes congénitamente y supernumerarios, actividad funcional disminuida y desviada de los dientes, frenillo labial anormal, restauraciones incorrectas, desarmonía de tamaño y forma de los dientes y traumatismos dentarios).
- Factores circundantes o ambientales (desviaciones de procesos funcionales normales como los hábitos, anormalidades de tejidos musculares periorales, presión por defectos de posición, amígdalas hipertrofiadas, imitación, actitudes mentales).
- Factores sistémicos (metabolismo defectuoso, enfermedades y trastornos constitucionales, funcionamiento anormal de las glándulas de secreción interna).

2.2.4.2. Clasificación de las Maloclusiones

La clasificación más utilizada para las maloclusiones, es la que presento Edward H. Angle en 1899.

- a) *Maloclusión de clase I o neutroclusión:* se establece cuando la parte más visible del primer molar permanente superior ocluye en la estría mesiovestibular del primer

molar permanente inferior en (posición de máxima intercuspidadación).

- *Tipo 1:* dientes superior e inferiores apiñados, o caninos en labio versión, infra labio versión o linguo versión.

- *Tipo 2:* incisivos superior protruidos o espaciados.

- *Tipo 3:* si uno o más incisivos están cruzados con uno más incisivos inferiores

- *Tipo 4:* mordida cruzada posterior (temporales o permanentes), pero anteriores alineados.

- *Tipo 5:* hay pérdida de espacio posterior por migración mesial del 6 mayor de 3 mm. Protrusión Bimaxilar (Biprotruso). Posición de avance en ambas arcadas. Pueden o no haber mal-posición individual de dientes y correcta forma de los arcos, pero la estética está afectada

b) *La maloclusión de la clase II o distoclusión:* en la posición de máxima intercuspidadación es cuando la cúspide mesiovestibular del primer molar permanente superior ocluye por delante de la estría mesiovestibular del primer molar permanente inferior.

- *División 1:* si los incisivos superiores se encuentran en labio versión.

- *División 2:* si los incisivos centrales superiores se encuentran en posición normal o ligera linguo versión, y los laterales se encuentran inclinados labial y mesialmente

c) *La maloclusión de la clase III o mesioclusión:* se establece cuando la cúspide mesiovestibular del primer molar permanente inferior, cuando los maxilares están en máxima intercuspidadación.

- *Tipo 1:* si observamos los arcos por separado, estos se ven de manera correcta pero la oclusión es a tope.

- *Tipo 2:* si los dientes superiores están bien alineados, los incisivos inferiores apiñados y en posición lingual con respecto a los superiores

- *Tipo 3:* si se presenta un arco mandibular muy desarrollado, y un arco maxilar poco desarrollado los dientes superior, a veces apiñados y en posición lingual con

respecto a los inferiores, deformidad facial acentuada.

Por su parte, Fernández (2009) señala que las maloclusiones se dividen en:

Maloclusiones transversales

Este tipo de maloclusiones se subdividen en:

- a) *Mordidas cruzadas unilaterales*: están asociadas a una desviación en la línea media, hacia un lado de la mordida cruzada.
- b) *Mordidas cruzadas bilaterales*: no están asociadas a ninguna desviación.
- c) *Mordidas en tijera*: cuando en la mordida la cúspide de los molares superiores están por fuera de los inferiores. Se da de una forma unilateral.
- d) *Signo de Brody*: tiene las mismas características que el problema anterior, pero aparece de manera bilateral.

Maloclusiones verticales

Por su parte, esta clase de problemas de maloclusiones se subdividen en:

- a) *Sobremordida*: este problema en la mordida se tiene cuando el maxilar superior se superpone de manera considerable al inferior.
- b) *Submordida*: el caso contrario, es decir, cuando el maxilar inferior sobresale al superior.
- c) *Mordida abierta*: se encuentra en aquellos pacientes con sobremordida cero, sin contacto entre incisal.
- d) *Mordida borde a borde*: cuando hay sobremordida cero con contacto entre incisivos.

2.2.4.3. Hábitos de la Maloclusión:

Los hábitos puede ser definido según Villafranca y Díaz (2005) “como la costumbre o práctica adquirida por la repetición frecuente del mismo acto, el cual a cada repetición se hace menos consciente y si se repite con frecuencia puede ser relegado completamente al inconsciente” (2010).

Los hábitos en opinión de Bodorni y Mercado (2010) se clasifican en hábitos generales y orales, por ejemplo

Los hábitos generales son parte primordial de las maloclusiones:

- a) *Fisiológicos*: ante la presencia de estímulos como el hambre, la sed, la micción, entre otros.
- b) *Sociales*: son modos de conducta que suponen cooperación o interrelación con otros individuos de la misma especie, lo que conlleva a la creación de ciertas normas en la interacción social, comportamiento convencionalmente establecido por la comunidad, para convertirse en patrones de la cultura
- c) *Mentales*: formas de actuar que se adquieren para ejercicio de la mente, acumular conocimientos o para reaccionar sin discernimiento especial ante las ideas o ante las personas.
- d) *Físicos*: son aquellos que llegan a producir posiciones determinadas a algunos estímulos inespecíficos condicionado la conducta del individuo, por ejemplo: la posición para dormir, leer, ver televisión, etc. Estos hábitos generalmente se acompañan de deformaciones somáticas como sifosis.
- e) *Sexuales*: conducta especial en razón de la satisfacción sexual.

Los Hábitos orales según Bishara (2003) “son vías de desenfoco emocional y de equilibrio de estados de ansiedad” (p. 23), ejemplo de ellos son los hábitos por:

- a) Succión (digital)
- b) Labiales (succión labial y queilofagia)
- c) Linguales (succión, mordeduras y proyección)
- d) Por mal posición: sostener el maxilar con la mano, puede producir anomalías en el maxilar (deformación y falta de desarrollo) y mal posición de dientes
- e) Bruxismo (apretamiento o rechinar de los dientes diurno o nocturno, generalmente inconsciente)
- f) Masticatorios: por lo general su presencia se debe a caries dolorosas o a obturaciones defectuosas.

Entre esos tipos de hábitos bucales con mayor frecuencia se encuentran: según Bishara (2003) succión del pulgar y de otros dedos, succión del labio, succión del frenillo, succión del chupón, succión de la lengua, respiración bucal, mordedura del

labio y del carrillo, protrusión lingual al tragar y al hablar, objetos extraños y apretamiento dentario.

Estos hábitos son etiológicamente clasificados en instintivos: por ejemplo el hábito de succión, el cual se consideran funcionales en las primeras etapas de la vida, pero si perduran ocasionan daños en la cavidad bucal. Defensivos: en este caso se desarrolla la respiración bucal en las personas con rinitis alérgicas, asmáticos, etc.

2.2.4.4. Tratamientos para la Maloclusiones

El tratamiento específico para la maloclusión en opinión de Morales (2009) será determinado por el médico o dentista con base en:

- a) La edad, salud global e historial médico del niño
- b) Extensión de la condición
- c) La tolerancia del niño a medicamentos específicos, procedimientos o terapias
- d) Las expectativas del tratamiento de la condición
- e) Su opinión o preferencia

El tratamiento algunas veces se hace en fases dependiendo de la extensión de la maloclusión. En algunos casos, es necesario remover los dientes de bebé para ayudar a proporcionar espacio para los dientes permanentes. Algunas veces también se remueven dientes permanentes seleccionados. Otro tratamiento puede incluir:

- a) Cirugía de mandíbula (cirugía ortognática). En algunos casos, el niño puede necesitar cirugía de mandíbula para corregir el problema de mordida cuando los huesos están involucrados. Esto es llevado a cabo por un cirujano maxilofacial.
- b) Accesorios de boca:
 - Accesorios removibles, Ortodoncia Interceptiva. Los accesorios de boca (por ejemplo, los retenedores) hechos de alambres y acrílico pueden ser insertados y removidos por el niño, estimulan el crecimiento óseo y pueden ser combinados con tornillos de expansión para disminuir las discrepancias hueso-diente.
 - Accesorios fijos, Ortodoncia Fija. Sistemas Ortodonticos que incluye el cementado de brackets, bandas, tubos, botones, la incorporación de arcos de

alambres, ligaduras metálicas, elásticas y demás aditamentos con la intención de producir movimientos dentales en pro de una oclusión armónica.

c) Buena higiene oral, incluyendo el cepillado y uso de hilo dental de forma regular.

2.2.5. Índice de Estética Dental. (DAI)

Es el índice seleccionado por la Organización Mundial de la Salud para realizar estudios epidemiológicos en el Manual de Encuestas desde 1997, según Cid C. (2009), este índice fue creado por Cons, Jenny y Kohout en 1983 en la Universidad de Iowa en los Estados Unidos de América, buscando dar repuesta a otros problemas bucales como las maloclusiones a fin de diagnosticar y obtener datos a nivel epidemiológicos para de esa forma dar soluciones en cuanto a prevención y tratamiento oportuno.

Según Bolaños, (2001) estas entidades ha sido definida por Grainger como desarmonía oclusales que requiere tratamiento ortodóntico y contempla los siguientes aspectos: estética inaceptable, reducción de la función masticatoria, situación traumática que predispone destrucción de tejido, afectación en la pronunciación, falta de estabilidad en la oclusión, existencia de grandes defectos.

Fue creado con fines epidemiológicos y adoptado por la OMS para tal propósito, el uso del índice de estética dental (DAI) establece una lista de rasgos o condiciones oclusales en categorías, ordenadas en una escala de grados que permite observar la severidad de las maloclusiones, lo que hace esta condición reproducible y nos orienta en función de las necesidades con respecto al tratamiento ortodóntico de la población. Tiene dos componentes: estético y dental, uniéndolos matemáticamente para producir una calificación única que combina los aspectos físicos y estéticos de la oclusión.

Este Índice se desarrolló para la dentición permanente, es decir debe ser utilizado para los de 12 a los 18 años; pero puede ser adaptado a la dentición mixta, donde al contar el número de incisivos, caninos y premolares faltantes, si es un diente

recién exfoliado y parece que el permanente está a punto de erupcionar, no se registra la ausencia. Este constituye un método rápido de aplicar, altamente reproducible que no necesita del uso de radiografías, lo cual genera ventajas tanto en la investigación como en la mejora de los estándares de práctica clínica en donde el investigador adiestrado toma como tiempo del examen dos minutos.

2.2.5.1. Aplicación del DAI:

Según Ochi C y Begole E. (2006) el DAI está dado por una ecuación de regresión estándar que tiene presentes 10 componentes o características oclusales, que permiten analizar la situación del paciente; la puntuación obtenida para dichos rangos se multiplica por su correspondiente coeficiente de ponderación, obteniéndose 10 nuevos valores que se suman. Al resultado obtenido se le suma la constante de valor 13. De este modo se obtiene la puntuación final que permite determinar la necesidad de tratamiento de ortodoncia del paciente con sus correspondientes coeficientes, cuyos valores exactos y redondeados son:

Componentes	Coeficiente de Regresión Valor Obtenido Multiplicado por:
1. Número de dientes visibles faltantes (incisivos, caninos y premolares) en la arcada superior e inferior.	6 x ____ =
2. Evaluación de apiñamiento en los segmentos incisales: 0 = no hay segmentos apiñados, 1 = un segmento apiñado, 2 = dos segmentos apiñados.	1 x ____ =
3. Evaluación de espaciamiento en los segmentos incisales: 0 = no hay segmentos espaciados, 1 = un segmento espaciado, 2 = dos segmentos espaciados	1 x ____ =
4. Medición de diastema en la línea media en milímetros	3 x ____ =
5. Mayor irregularidad anterior en el maxilar en milímetros	1x ____ =
6. Mayor irregularidad anterior en la mandíbula en milímetros	1x ____ =
7. Medición de overjet anterior maxilar en milímetros	2x ____ =

8. Medición de overjet anterior mandibular en milímetros	4x____=
9. Medición de mordida abierta anterior vertical en milímetros	4x____=
5. Evaluación de la relación molar anteroposterior; mayor desviación de lo normal, ya sea derecha o izquierda: 0 = normal 1 = media cúspide, ya sea mesial o distal 2 = una cúspide completa o más, ya sea mesial o distal.	3x____=
Constante:	13
Total:	

Fuente: Cons, Jenny y Kohout (1983)

2.2.5.2. Interpretación del DAI:

Después de que una calificación ha sido calculada, se puede colocar en una escala que determina el punto en el que la calificación se ubica entre lo menos y lo más socialmente aceptable referente a la apariencia dental. Mientras mayor sea la diferencia entre la apariencia dental aceptada por el grupo y la determinada, es más probable que la condición oclusal sea socialmente o físicamente discapacitante. A continuación se describen los valores:

Calificación	Interpretación
Menor o igual a 25	Oclusión Normal o maloclusión mínima, sin necesidad de tratamiento o sólo un tratamiento menor.
26 – 30	Maloclusión definitiva con tratamiento efectivo.
31-35	Maloclusión severa con necesidad de tratamiento altamente deseable por el

	paciente.
Mayor o igual a 36	Maloclusión muy severa o discapacitante con tratamiento obligatorio y prioritario

Fuente: Cons, Jenny y Kohout (1983)

2.2.6. Acoso Escolar

Según Ferrán (2006) nos dice: “El acoso escolar es un fenómeno que afecta a todas las clases sociales y se da por igual en niños y niñas, si bien en estas últimas se percibe más una violencia psicológica y en aquellos predomina la componente física” (p.67). Se deduce que en el acoso no existe discriminación porque cualquier persona puede ser víctima de este fenómeno; también cabe mencionar que muchas veces pensamos que siempre quienes llegan a la violencia física son los niños y las niñas llegan más a chismes e insultos, pero en la realidad se ha podido observar que las niñas han llegado inclusive a la violencia física.

Según Oliveros & Barrientos (2008) el acoso es la: “forma habitual de conducta agresiva que ocasiona daño deliberado” (p.150). Pues a nadie le queda duda que el acoso se da a través de comportamientos agresivos que como consecuencia te dejan daños que pueden llegar inclusive hasta el suicidio de la víctima. Sobre los daños que ocasiona el acoso se pronunció nuevamente Oliveros & Barrientos (2007) pero ahora más específico pues él nos dice lo siguiente: “La severidad del hostigamiento llega a producir estrés postraumático, provocando ausentismo escolar, lesiones graves, fuga del hogar, e intento de suicidio, así como abuso de alcohol, drogas y cigarrillos en los adolescentes que lo sufren”(p.150).

Para ser más específicos sobre el acoso escolar, Olivares (2008) lo manifiesta: “Ésta es una de las formas de violencia que más repercusión está teniendo actualmente sobre las personas en edad escolar” (p.215). Entonces el bullying es considerado como el acoso escolar porque muchas veces esta problemática se ha manifestado en la etapa escolar.

Cleary, Sullivan y Sullivan (2003) define el acoso escolar como “un acto o una serie de actos intimidatorios y normalmente agresivos o de manipulación por parte de una persona o varias contra otra persona o varias, normalmente durante un cierto tiempo. Es ofensivo y se basa en un desequilibrio de poderes” (p.5). La definición más acertada es esta, porque explica muy bien que el bullying es el acoso escolar, sobre todo que implica el acoso escolar; algo rescatable es cuando los autores hablan del desequilibrio de poderes, esto es realmente cierto porque siempre se ha observado que el agresor ejerce su poder sobre la víctima, hasta muchas veces lo manipula a su antojo, la víctima por miedo acata el poder del agresor, la víctima actúa como un subordinado del agresor.

Para Fernández y Palomero (2001) nos dicen que el acoso escolar es: “una conducta de persecución y agresión física, psicológica o moral que realiza un alumno sobre otro, con desequilibrio de poder y de manera reiterada” (p.26). También Olweus (1993) nos habla sobre este tema y nos dice lo siguiente: “Se dice que una persona es víctima de acoso, cuando es expuesta repetidamente en el tiempo, a acciones negativas de parte de otra persona o grupo de personas, y además, él o ella tienen dificultad para defenderse por sí mismas. El acoso es una conducta agresiva que involucra acciones negativas no deseadas por la víctima.” (p.5).

Carlos García (2010), divide en dos clasificaciones el acoso, la primera clasificación está incluido el tipo de violencia física, verbal, social y psicológico; en la segunda clasificación está incluido el tipo de violencia psicoemocional, físico directo, físico indirecto, sexual, verbal y TIC. No es necesario explicar el tipo de violencia física, ni verbal porque la mayoría de personas tienen conocimiento de estas, aparte son las más comunes en el acoso.

Es necesario explicar al menos las demás tipos de violencia como por ejemplo: la social (es una forma de discriminación grupal), psicológico (se manifiesta a través de humillaciones, amenazas, etc.), psicoemocional (toda acción u omisión con el propósito de desvalorar, intimidar, humillaciones contra su víctima, ocasionando alteraciones), físico directo (toda acción u omisión intencional causando daño

corporal), físico indirecto (toda acción u omisión con intención de causar daño), sexual (toda acción u omisión que amenaza la libertad sexual) y por último el TIC (toda violencia psicoemocional implementada con el uso de plataformas virtuales y herramientas tecnológicas).

2.2.6.1. Tipos de Acoso escola

Las diferentes formas en las que se puede manifestar el acoso escolar hacía un menor en opinión de Sánchez (2016) son:

a) *Exclusión Social*: Se entiende que alguien es excluido socialmente por parte de su grupo de 'amigos' cuando no se le permite pertenecer a él de forma intencionada.

Algunas formas de exclusión social son:

- Excluirlo o alejarlo de las actividades que se están realizando: Se habla de que se está aislando a un compañero cuando se le ignora por parte del grupo intencionadamente. Un ejemplo puede ser cuando están jugando al voleibol y nadie le tira la pelota por más que la pide.

- No dejarlo participar: Puede ser un desencadenante del anterior, ya que el grupo intentará por todos los medios ignorarlo y que no participe porque no lo consideran como válido.

- Discriminarlo por su situación económica, intelectual, emocional y/o racial: En muchas ocasiones he visto en los centros cómo se ignoraba al chico que iba peor vestido o a aquel que no tenía todo el material.

b) *Agresión Verbal*: Sobrenombres, motes o apodos degradantes, insultos tanto a ellos como a sus familiares... son las principales formas de este tipo de bullying. Los acosados reciben ofensas debido a sus características físicas, su rendimiento escolar o incluso en su forma de actuar. Un claro ejemplo, sería llamar a un compañero “cuatro ojos” o “gafotas” por el hecho de utilizar gafas. Otro ejemplo podría ser, cuando se etiqueta a alguien como “jetón” por el aspecto de sus dientes.

c) *Agresión física indirecta*: Son aquellas acciones que los agresores realizan de forma manual, que puede afectar a la vida de la víctima sin que exista un contacto

físico con ésta: quitarle el dinero, deterioro o destrucción de sus pertenencias, robarle la comida... Tanto los robos como el deterioro o destrucción de sus pertenencias desencadenan las posibles provocaciones de los agresores hacia la víctima, debido a que ésta exigirá explicaciones y que la dejen en paz. Algunos ejemplos pueden ser: ¡venga pégame si tan valiente eres!, ¡yo no he hecho nada, ve y se lo dices a tu padre si eres capaz!

d) *Agresión física directa*: Empujones, golpes, zancadillas, collejas, paseillos... Se pueden dar en todo el entorno escolar y el agresor lo hace normalmente con ayuda de sus amigos. También entrarían las novatadas o ceremonias. En algunos grupos, si quieres que te acepten tienes que pasar un tipo de novatada o ceremonia. Todas estas prácticas se consideran de agresión física directa.

e) *Amenazas*: Se entiende por amenaza al anuncio de algún mal o acción negativa contra una persona. Existen diferentes formas de amenazar:

- Amenazas contra la familia o a ellos mismos: Estas situaciones suelen ser algo normal dentro del acoso escolar contra las víctimas. E incluso a otras personas de su alrededor con la intención de impedir que den algún dato de lo que sucede a un adulto. Un ejemplo puede ser: “como le digas algo al profesor, te mato”.

- Por crear miedo: También es posible que amenacen simplemente por crear miedo a su víctima con el fin de que les obedezcan. Como por ejemplo: “Si pasas por aquí, te pienso pegar”.

- Para realizar chantaje: Gracias a este sistema los agresores pueden hacer que la víctima haga lo que ellos quieren en todo momento, estos chantajes pueden ser de tipo: “si no me das tu bocadillo, te espero al salir del colegio”.

f) *Acoso sexual*: Son aquellas actividades dirigidas a solicitar favores de tipo sexual a otra persona en contra de su consentimiento. Pueden ir desde agresiones de tipo verbal hasta toques o agresiones físicas y violaciones. Normalmente este tipo de acoso se suele dar más en chicas que en chicos cuando el agresor es de tipo masculino.

g) *Ciberbullying o ciberacoso*: Con la llegada de las nuevas tecnologías también

nos podemos encontrar casos de ciberacoso en los centros escolares. Este tipo se puede considerar uno de los más dañinos a nivel psicológico debido al gran alcance que puede llegar a tener. Pueden utilizar todo tipo de aparatos como tablets, ordenadores, páginas web y blogs, juegos online... Los mensajes que pueden transmitir se realizan con el objetivo de humillar a la persona, por lo que pueden colgar fotografías manipuladas, publicar mensajes malsonantes...

2.2.6.2. Elementos Característicos del Acoso escolar

Con respecto al acoso escolar, se puede señalar que el mismo lo estructuran diversos elementos, es por ello que a continuación Dularte (2010) hace referencia a ellos, y los enumera así:

- a) *Conducta sistemática y recurrente*. Concepto que debe entenderse como el ejercicio de una acción constante, recurrente y en ocasiones concreta, de parte de uno o varios individuos en contra de otro u otros.
- b) *Abuso de poder*. En esencia, define el desequilibrio en el uso de poder, generalmente en razón de una aceptación de la víctima, quien se sujeta a la agresión del “buller” o victimario.

De manera, que se establece que estos dos elementos son los que forman parte de la acción que conlleva el bullying.

2.2.6.3. Actores del Acoso escolar

La conducta reiterada en el ejercicio desequilibrado y malintencionado del poder que caracteriza al acoso escolar, conlleva a identificar tres actores que son necesarios en su desarrollo, en opinión de Duarte (2015):

- a). *El acosador (“buller”)*. El que ejerce la violencia generalmente sobre un igual. Durante el proceso puede involucrar a otros pares, quienes participan de forma activa o pasiva en la conducta. Se estima que del 7% al 9% de los individuos, de una comunidad escolar, desarrolla este tipo de acciones.
- b). *La víctima*. Individuo de la misma comunidad quien, por diversas condiciones,

suele mostrar inferioridad física, psicológica o social. Un estigma físico, un nivel de autoestima bajo o la incapacidad de adaptación al contexto, suelen ser algunas de las condiciones que hacen débil y susceptible a un individuo. Se estima que hasta el 9% de los integrantes de una comunidad escolar, es víctima de esta forma de violencia. Al hablar de víctima, se incluye a todos los pares que, aún como observadores, son influidos por un agresor para favorecer o alentar este tipo de maltrato sobre sus iguales.

C. Los víctimas-perpetradores. Puede denominarse a quienes, siendo víctimas de esta forma de violencia, evolucionan hacia una actitud y papel de agresores. Se considera que del 3% hasta el 6% de las víctimas, suele convertirse en agresor.

2.2.6.4. Criterios Diagnósticos del Acoso escolar

El proceso para detectar este fenómeno lo determina una serie de criterios que requieren un diagnóstico, por ello Oñate (2007) establece tres:

- a) La existencia de una o más conductas de hostigamiento intencionadamente reconocidas como tales.
- b) La repetición de la conducta que ha de ser evaluada por quien la padece como no meramente incidental, sino como parte de algo que le espera sistemáticamente, en el entorno escolar, en la relación con aquellos que le acosan.
- c) La duración en el tiempo, con el establecimiento de un proceso que va a ir minando la resistencia del niño y afectando significativamente a todos los órdenes de su vida académico, afectivo, emocional y familiar.

2.2.6.5. Estrategias de Prevención del Acoso escolar.

En opinión de Lavilla (2017) la prevención es la línea de acción que debe predominar; en este sentido, este autor señala tres tipos de prevención, que se nombran a continuación:

- a) *Prevención Primaria*

Son todas aquellas acciones encaminadas a mejorar la convivencia y el clima

del centro. Se establecen tres ejes fundamentales

- Gestión democrática del centro, que emplee procedimientos de resolución alternativa de conflictos, como la mediación, y que aplique un código de disciplina positiva.
- Integrar en el currículum la educación socioemocional, en la educación obligatoria, como una dimensión esencial para la convivencia.
- El aprendizaje cooperativo como metodología de enseñanza aprendizaje crea el escenario adecuado para el desarrollo de las competencias sociales.

b) Prevención secundaria

Está encaminada a prevenir situaciones de maltrato, detectarlas precozmente e intervenir antes de que se consoliden. Se trata de plantear explícitamente el tema del maltrato. Suele iniciarse con una toma de posición de los adultos del centro (profesores y padres) claramente contraria a estas conductas y con la aplicación de cuestionarios y encuestas para sensibilizar a todos los sectores de la comunidad educativa y detectar a los alumnos en situación de riesgo.

Esta intervención, que se lleva a cabo en sesiones de tutoría con todo el grupo clase (entre 4 y 6 sesiones), la planteamos según los siguientes criterios:

- *Es una intervención estratégica*, porque intenta resolver la situación de forma efectiva y en un tiempo breve, mediante actividades aparentemente sencillas. Se trata de conseguir un insight en los alumnos respecto a las situaciones de maltrato.
- *Es una intervención sistémica* porque interviene en los diferentes agentes a la vez: alumnos implicados, grupo, profesorado y padres.
- *Fomenta la resiliencia* (capacidad de superar las circunstancias adversas, que implica resistencia y espíritu constructivo): censura la conducta y acepta incondicionalmente a la persona legitimando sus emociones, fomenta la autoestima, potencia la red de soporte social y la búsqueda del bienestar personal para todos.

c) Prevención terciaria

Constituye la intervención directa para detener las situaciones de maltrato una

vez se han producido y minimizar su impacto en los protagonistas (presuntos agresores, víctimas, espectadores). En estos casos la mediación tradicional no es aconsejable dado el desequilibrio de poder de las partes y la indefensión de la víctima.

2.2.7. Test Psicológico “Yo y la Escuela”.

Yo y la escuela es un cuestionario general sobre los problemas de convivencia, propuesto por María José Lera la Universidad de Sevilla y Francisca Olías, del Centro de Educación Primaria de Alcalá de Guadaira, en España y ha sido utilizados en el proyecto educativo español Nueva Responsabilidad Escolar: NOVAS-RES (1999- 2002). Este proyecto incluye varios cuestionarios que pueden ayudar a obtener información que puede resultar útil al profesorado y educadores en general sobre *la percepción del propio alumnado*:

- 1) La vida en la escuela
- 2) Yo y la escuela.

Y sobre la percepción del grupo clases

- 1) Cuestionario de nominaciones
- 2) Sociogramas

Según Lera y Olías (1999) estos cuestionarios son instrumentos que ayudarán al profesorado a conocer al alumnado, desde su propia perspectiva (como se siente en el centro), y desde la del grupo en su conjunto. En este trabajo de investigación de acuerdo a las dimensiones e indicadores de las variables estudiadas se utilizara el Test “Yo y la Escuela”, el cual se explica a continuación.

Yo y la escuela

Este cuestionario consta de 30 preguntas sobre su percepción escolar, a las cuales el estudiante deberá de elegir entre la respuesta que crea más conveniente. Sus respuestas nos permitirán saber el ajuste escolar del alumnado. Para ello explora tres áreas; sus problemas académicos, sus problemas en las relaciones, (sociales y

familiares) y su satisfacción escolar. Esta interpretación del cuestionario está basada en un análisis factorial que se hizo con una muestra de 1200 estudiantes de proyecto, la maleta intercultural del programa antes mencionado. El cuestionario fue analizado intentando observar alguna agrupación de las respuestas. Del análisis factorial realizada surgieron tres factores:

FACTOR A: *PROBLEMAS ACADEMICOS*. Está compuesto por ítems referidos a la percepción del alumno sobre su nivel de rendimiento académico, y lo componen ítems como son “me cuesta aprender, es difícil hacer los deberes, tengo problemas leyendo...”, El alumnado que puntúa alto en esta escala probablemente tiene problemas académicos, dificultades académicas, con la tarea, lo cual puede ser la causa de una desmotivación escolar su percepción de por falta de habilidades.

FACTOR B: *PROBLEMAS SOCIALES*. Esta escala la componen ítems que se refieren a la percepción del alumnado sobre las relaciones que mantiene con sus compañeros en el centro y familia, está compuesta por ítems del tipo “me molestan en la escuela”, “a veces mis compañeros son desagradables conmigo”, “no le gusta el recreo”, etcétera., son respuestas que cuando se agrupan están manifestando una percepción de problemas de convivencia en el centro, de adaptación y aceptación del grupo y fallas del hogar. Altas puntuaciones en esta escala puede ser un indicativo de violencia escolar, por lo que se recomienda que los estudiantes que tengan una puntuación en más de cuatro de estos ítems sean observados más de cerca. Los problemas de relaciones en los centros y hogar están asociados con la disminución del rendimiento y de la motivación escolar.

FACTOR C, *SATISFACCIÓN ESCOLAR* se compone de ítems relacionados con su percepción sobre la escuela como institución. Está compuesta por ítems del tipo: “me gusta la escuela”, creo que se aprenden cosas interesantes en la escuela”. Una puntuación alta en esta escala suele estar relacionada con bajas puntuaciones en las dos anteriores. Es decir, aquellos niños que no tienen problemas en la escuela, ni académicos ni sociales, suelen estar satisfechos con la escuela. Sin embargo, los datos señalan que esta correlación no siempre se da. Se nos ha dado el caso con el

alumnado inmigrante, que tienen problemas académicos, tienen problemas sociales, y puntúan alto en su satisfacción escolar, probablemente otros aspectos personales les hacen disfrutar de la escuela aunque su ajuste no sea bueno.

Este cuestionario consta de 30 preguntas, todas pertinentes de acuerdo a nuestro cuadro de operacionalización de variables, a las cuales el estudiante deberá elegir entre la respuesta que crea más conveniente; las dos opciones que aparecen son “SI o No. SI significa, sí, claro que sí, con mucha seguridad; “NO es rotundo, claro, sin duda. A continuación se muestran los ítems que comprende el cuestionario:

Nº	Preguntas	SI	NO
0	Me gusta la escuela		
1	Me molestan mucho en la escuela		
2	Creo que se aprenden muchas cosas interesantes en la escuela		
3	Se meten conmigo en el camino de la escuela		
4	Creo que les caigo bien a mis compañeros de la escuela		
5	Es difícil para mí hacer lo que dice el profesor o la profesora		
6	Me gusta el recreo		
7	Me gustaría ir a otra escuela.		
8	Tengo problemas leyendo		
9	Me cuesta mucho aprender		
10	Es fácil para mí recordar lo que he aprendido		
11	Me gustan las matemáticas		
12	A veces los otros niños o niñas son desagradables conmigo		
13	Mi profesora o profesor maneja bien la clase		
14	Creo que mi profesor piensa que voy bien en el colegio		
15	Me gusta mi clase		
16	Me gustan las ciencias		
17	Me aburro en clase		

18	Participo en las decisiones de clase		
19	Me gustaría colaborar más en el centro		
20	Estoy deseando que lleguen las vacaciones		
21	A veces me duele la cabeza en clase		
22	Es difícil para mí hacer los deberes		
23	A veces me duele la barriga antes de ir al colegio		
24	Me gusta trabajar con mis compañeros de clase		
25	Escribo bien		
26	Agredes a alguien últimamente		
27	Te agredieron últimamente		
28	Recibo ayuda para hacer mis deberes en casa		
29	Me tratan mal en mi hogar		

Fuente: Lera y Olías (1999)

2.3. Definición de Términos Básicos.

Anomalías Dentofaciales: Grupo de alteraciones que se presentan en el maxilar superior e inferior y se relacionan con su tamaño y posición con respecto a la base del cráneo y la armonía facial.

Autoaceptación: Capacidad que se tiene para aceptar las debilidades y virtudes, de modo que se pueda afrontar el día a día sin miedo al fracaso.

Autoestima: Conjunto de percepciones, pensamientos, evaluaciones, sentimientos y tendencias de comportamiento dirigidas hacia nosotros mismos, hacia nuestra manera de ser, y hacia los rasgos de nuestro cuerpo y nuestro carácter.

Bruxismo: es el hábito involuntario de apretar o rechinar las estructuras dentales sin propósitos funcionales.

Distinción: Proceso de formación, salida y crecimiento de los dientes.

Dentomaxilofacial: es la unión entre la dentadura y los estéticos faciales.

Oclusión: Adecuada relación del maxilar superior con el inferior (la mandíbula) y la

relación entre los dientes.

Onicofagia: es el hábito de "comerse las uñas" o la manía nerviosa si no puede controlarse.

Queilofagia: es el hábito de morderse los labios.

Sobremordida: Se define sobremordida como la cantidad de incisivos inferiores que es cubierta por los incisivos superiores en su cara vestibular

2.4. Bases Legales.

Se considera necesario realizar una revisión de los diferentes instrumentos jurídicos a los efectos de proceder los aspectos legales más importantes que justificaron y sustentaron la investigación.

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela.

El presente estudio está fundamentado en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (CRBV 1999); considerándose esta ley, por cuanto en su artículo 19 versa sobre “La garantía que da el Estado a todas las personas, conforme a los principios de progresividad y sin discriminación alguna, el goce y ejercicio irrenunciable, indivisible e interdependiente de los derechos humanos”. (p. 81). Es por ello que la prevalencia de la maloclusión en los niños debe ser tomada en consideración al estar relacionada con el bullying del cual pueden estar siendo objeto algunos de estos estudiantes que padecen de esta condición dental.

Del mismo modo, el Artículo 20 señala que “Toda persona tiene derecho al libre desenvolvimiento de su personalidad, sin más limitaciones que las que derivan del derecho de los demás y del orden público y social” (p. 81). En concordancia con estos señalamientos, se puede establecer que esta ley garantiza el resguardo de los derechos humanos de los ciudadanos, permitiéndole el libre ejercicio de sus capacidades. En igual sentido, señala este instrumento legal los derechos a la salud que poseen los ciudadanos (as).

Ley Orgánica de Educación.

En este mismo orden de ideas dentro del marco legal se encuentra la Ley Orgánica de Educación (LOE: 2009) que en el Artículo 3° señala:

Los principios y valores rectores de la educación que rigen la presente Ley son: vida, amor, democracia participativa y protagónica, convivencia, libertad, emancipación, igualdad, equidad, independencia, soberanía, paz, solidaridad, cooperación, bien común, justicia social, gratuidad, obligatoriedad, equidad de género, integralidad, identidad, diversidad, laicidad, carácter público, intercultural, pluricultural, multiétnica, plurilingüe, permanente, sin discriminación, valoración ética del trabajo, inclusión, honestidad, pertinencia, creativa, innovadora, crítica y ecologista (p.1).

En el Artículo 5 de la LOE, se indica:

El Estado, a través de los órganos con competencia en la materia educativa ejercerá la rectoría en todo el Sistema Educativo. En consecuencia: Garantiza: los servicios de orientación, salud integral, deporte, recreación, cultura y de bienestar a las estudiantes y a los estudiantes que participan en el proceso educativo en corresponsabilidad con los órganos correspondientes.

Es preciso destacar, que esta Ley tiene como objetivo desarrollar los principios rectores, derechos, garantías y deberes de la educación, la cual asume el Estado como función indeclinable y de máximo interés, de acuerdo a los principios constitucionales y orientada por valores éticos humanistas para la transformación social, así como las bases organizativas y de funcionamiento que conformen el Sistema Educativo de la República Bolivariana de Venezuela.

Ley Orgánica de la Salud.

Esta Ley Orgánica establece en su Artículo 2º que “Se entiende por salud no sólo la ausencia de enfermedades sino el completo estado de bienestar físico, mental, social y ambiental.”, es decir que las instituciones han de ser garantes del bienestar del individuo. Asimismo en el Artículo 25., indica que:

La promoción y conservación de la salud tendrá por objeto crear una cultura sanitaria que sirva de base para el logro de la salud de las personas, la familia y de la comunidad, como instrumento primordial para su evolución y desarrollo. (p. 20)

De allí la importancia de tomar en consideración a los niños con maloclusiones en la institución educativa, para que mantengan su estado de evolución y desarrollo que requiere la sociedad y la comunidad donde se desenvuelve.

CAPITULO III

MARCO METODOLOGICO

La metodología incluye un conjunto de actividades y procedimientos que configuren su intención metodológica, se van a desarrollar distintas técnicas, métodos, estrategias y procedimientos importantes, para alcanzar los objetivos de la investigación, enmarcándose en la siguiente estructura: tipos de investigación, diseño de investigación, población y muestra, técnica e instrumentación para la recolección, de información y la validez de la recolección de datos. Al respecto, Balestrini (2006) establece que el marco metodológico “es la instancia referida a los métodos, las diversas reglas, registros, técnicas y protocolos con los cuales una Teoría y su Método calculan las magnitudes reales” (p. 126)

La investigación de acuerdo con Sabino (2004), se define como: “un esfuerzo que se emprende para resolver un problema, claro está, un problema de conocimiento” (p.47), por otro lado, Cervo y Bervian, (1989), la define como: “una actividad encaminada a la solución de problemas. Su objetivo consiste en hallar respuesta a preguntas mediante el empleo de procesos científicos” (p.41).

3.1. Diseño y Tipo de Investigación

3.1.1. Diseño de la Investigación

La presente investigación de acuerdo con los objetivos planteados, se ubicó en un diseño de campo, debido a que se pretendió establecer la prevalencia de maloclusiones y la relación que tienen con el bullying escolar en la Escuela Rafael Revenga. Al respecto, Sierra (Citado por Ramírez, 2004), define la investigación de campo como “aquél tipo de investigación a través de la cual se estudian los fenómenos sociales en su ambiente natural” (p.76). El propósito de la investigación de campo es indagar directamente en el contexto de estudio a fin de que el

investigador observe los fenómenos reales en donde ocurren los hechos situacionales así como también recabar los datos necesarios para el estudio

3.1.2 Tipo de Investigación

Para Méndez (2007), al desarrollar el tipo de investigación se debe considerar “el nivel de conocimiento científico (observación, descripción, explicación) al que espera llegar el investigador, se debe formular el tipo de estudio” (p.228). Entre tanto, Tamayo y Tamayo (2007), refiere cuando se va a resolver un problema en forma científica, es conveniente conocer los tipos de investigación para evitar equivocaciones en la elección del método adecuado para un procedimiento específico.

Por lo que la presente investigación correspondió a una investigación de tipo *ex-post-facto* ya que los autores realizaron una búsqueda sistemática y empírica en la cual no existieron manifestaciones intrínsecamente manipulables y las variables que se manejaron, buscaron recolectar pacientes con maloclusiones. Según Bernardo y Caldero (2000) “La expresión “*ex-post-facto*” significa “después de hecho”, haciendo alusión a que primero se produce el hecho y después se analizan las posibles causas y consecuencias, por lo que se trató de un tipo de investigación en donde no se modifica el fenómeno o situación objeto de análisis”.

3.2. Nivel de Investigación

Arias (2006) señala que el nivel de investigación se refiere al grado de profundidad con que se aborda un fenómeno u objetivo de estudio. En la redacción del objetivo general, el investigador expresa el nivel que le dará a su investigación, por ejemplo: mostrar, describir, contrastar, analizar, explicar, diseñar, implementar, evaluar.

Esta investigación fue de nivel exploratoria y descriptiva, por lo que, según el autor Arias (ob cit), define: La investigación exploratoria es aquella que se efectúa sobre un tema u objeto desconocido o poco estudiado, por lo que sus resultados constituyen una visión aproximada de dicho objeto, es decir, un nivel superficial de

conocimientos. De tal modo, según el autor Arias (ob cit), define: la investigación descriptiva consiste en la caracterización de un hecho, fenómeno, individuo o grupo, con el fin de establecer su estructura o comportamiento. Los resultados de este tipo de investigación se ubican en un nivel intermedio en cuanto a la profundidad de los conocimientos se refiere.

De igual modo, Hernández, Fernández y Baptista (2003) exponen que la investigación descriptiva está referida a “estudios que describen eventos; es decir como es y cómo se manifiesta determinado fenómeno, buscando especificar las propiedades importantes de personas, grupos o comunidades” (p. 60).

3.3. Definición de las Variables

Sabino (2010) define la variable como “cualquier característica o cualidad de la realidad que es susceptible de asumir diferentes variables, es decir, que varían, esto significa que una variable es aquella que es capaz de asumir cualquier valor frente a una realidad” (p. 50).

La operacionalización de variables es un proceso que consiste en palabras de Desantes y López (2012) “pasar de la variable general, a sus dimensiones, indicadores y finalmente precisar los índices de medición de estos indicadores a través de los ítems” (p. 63). Para este trabajo se consideró como variable la prevalencia de las maloclusiones y su relación con el bullying.

3.4. Población y Muestra

3.3.1. Población

Para Tamayo y Tamayo (2007), la población es la “totalidad de un fenómeno de estudio, incluye la totalidad de unidades de análisis o entidades de población que integran dicho fenómeno y que debe cuantificarse para un determinado estudio integrando un conjunto...” (p. 176). Según Gabaldón, (citado en Balestrini ,2006), el concepto de población puede plantearse desde el punto de vista estadístico como “Un conjunto finito o infinito de personas cosas o elementos que se presentan

características comunes”... (p. 122).

En relación a la población estuvo conformada, por la totalidad de los estudiantes entre 9 y 12 años de la Escuela Rafael Revenga de Turmero Estado Aragua, estando esta población objeto de estudio conformada por ciento ochenta (180) niños y niñas.

3.4.2. Muestra

En igual orden de ideas Arias (2006), señala que la muestra es “un subconjunto representativo y finito que se extrae de la población accesible” (p. 83). Asimismo, Balestrini, (2006), define “la muestra estadística como un número de individuos u objetos seleccionados científicamente, cada uno de los cuales, es un elemento del universo. La muestra es obtenida con el fin de investigar” (p.141).

De igual manera, Ramírez, (2004), expresa lo siguiente: “algunos autores coinciden en señalar que para los estudios sociales con tomar un aproximado de 30% de la población, se tendrá una muestra con un nivel elevado de representatividad”. La muestra a considerar para este estudio fue de sesenta (60) estudiantes con edades comprendidas entre 9 y 12 años que cursan estudios en la en la Unidad Educativa “Rafael Revenga” del Municipio Santiago Mariño del Estado Aragua.

Cuadro 1

Población y Muestra

Estrato	Población	Muestra
Estudiantes	180	60

Fuente: Aponte y Maldonado (2018)

3.5 Fases Metodológicas:

3.5.1 Fase I: en donde se caracterizó la situación actual en la Unidad Educativa Rafael Revenga, a través de la Observación Directa, y la incorporación de una Guía de Observación tomando en cuenta los siguientes parámetros:

- Ambiente Escolar.
- -Evaluación Clínica.
- Prevalencia de la Variable Maloclusión según características epidemiológicas (edad y sexo).

3.5.2 Fase II: en donde se determinó las alteraciones psicológicas, sociales y físicas que originan la variable bullying, mediante la realización test psicológicos a la muestra seleccionada.

3.5.3 Fase III: basada en el análisis clínico-epidemiológico, estadístico y psicológico de los datos obtenidos en las fases I y II, cuyo objeto fue determinar la prevalencia de maloclusiones y su relación con el bullying en los estudiantes.

3.6. Técnica e Instrumento de Recolección de Datos

3.6.1 Técnica de Recolección de Datos.

Con relación a las Técnicas de Recolección de Datos Hurtado (2007), señala que son “procedimientos y actividades que le permiten al investigador obtener la información necesaria para dar respuestas a su pregunta de investigación” (p. 449).

Para el desarrollo de este trabajo se utilizó la técnica de la observación directa que según Deza (2010) “Es la inspección que se hace directamente a un fenómeno o hecho en el contexto que se presenta, para contemplar todos los aspectos inherentes a su comportamiento y características” en esta caso, los observadores estarán en contacto directo, formando parte del hecho observado, lo que les permitirá conocer más de cerca las características, y desenvolvimiento de los fenómenos, y como

segunda técnica la encuesta, la cual según Arias (op cit) “Es una técnica que pretende obtener información que suministra un grupo o muestra de sujeto acerca de sí mismo, o relacionado con un tema en particular” (p. 70). Por su parte Grasso (2006) establece que la encuesta es:

Un procedimiento que permite explorar cuestiones que hacen a la subjetividad y al mismo tiempo obtener esa información de un número considerable de personas, así por ejemplo: Permite explorar la opinión pública y los valores vigentes de una sociedad, temas de significación científica y de importancia en las sociedades democráticas. (p.13).

3.6.2. Instrumento de Recolección de Datos.

El instrumento de recolección de datos se refiere a cualquier tipo de recurso que utiliza el investigador; para allegarse de información y datos relacionados con el tema de estudio. Por medio de estos instrumentos, el investigador obtiene información sintetizada que podrá utilizar e interpretar en armonía con el Marco Teórico. Los datos recolectados están íntimamente relacionados con las variables de estudio y con los objetivos planteados.

Según Hernández, Fernández y Baptista (2003) define el instrumento como “Aquel que registra datos observables que representan verdaderamente a los conceptos o variables que el investigador tiene en mente” (p. 45). Se infiere que, el instrumento debe acercar más al investigador a la realidad de los sujetos; es decir, aporta la mayor posibilidad a la representación fiel de las variables a estudiar.

En esta investigación como primer instrumento a utilizar fue el Índice de Estética dental que consto de una lista de rasgos o condiciones oclusales en categorías, ordenadas en una escala de grados que permitió observar la severidad de las maloclusiones a través de una escala de estimación que otorgo valores predeterminados, y como segunda técnica seleccionada para la recolección de datos el cuestionario que según Tamayo y Tamayo (op cit) “contiene los aspectos del fenómeno que se consideran esenciales; permite, además, aislar ciertos problemas que

nos interesan principalmente” (p. 185), dicho cuestionario fue de tipo inductivo-deductivo mediante la aplicación del test psicológico “Yo y la Escuela” dirigidos a la muestra en estudio, el mismo consto de 30 preguntas sobre su percepción escolar, a las cuales el estudiante eligió entre la respuesta que creyó más conveniente.

3.7. Validación y Confiabilidad del Instrumento

3.7.1. Validación del Instrumento

La validez de un instrumento de recolección de información según Claudio (2006) “es la propiedad del instrumento para medir/observar lo que se pretende medir /observar” (p. 35); asimismo, destaca Claudio (ob cit) que “se relaciona con la verosimilitud o más precisamente con la correspondencia entre el modelo teórico construido en la investigación y la realidad empírica” (p. 35).

En tal sentido, para la validez del instrumento según opinión de Hernández y otros (2003) la validez que más interesa obtener en una investigación es la validez de contenido. Para obtener validez de contenido primero que nada hace falta revisar cómo ha sido tratada esta variable por otros investigadores anteriormente. Segundo, elaborar un universo de ítems tan amplio como sea posible, para medir la variable en todas sus dimensiones.

Posteriormente, se consulta con investigadores familiarizados con el tema y la variable a medir para ver si el contenido es exhaustivo. Esto se conoce con el nombre de validación por expertos. En este trabajo de investigación utilizaron los instrumentos: Índice de estética dental (aprobado por la Organización Mundial de la Salud) y Test Psicológico de “Yo y la Escuela”, (Universidad de Sevilla) que fueron validados y calibrados por expertos.

3.8. Técnica de Procesamiento y Análisis de Datos

Para exponer el proceso de análisis e interpretación de los resultados obtenidos con respecto a los objetivos específicos propuestos en la investigación se

identificaron las dimensiones que miden estos objetivos que luego se desglosaron en indicadores de interés para el estudio. En relación a ello Gómez (2003), establece:

Debe hacerse el análisis de los resultados obtenidos como producto de los instrumentos aplicado a la muestra hacia la cual está dirigido el estudio. Este análisis puede ser reflejado, mediante cuadros, gráficos, flujo gramas y otros que permitan visualizar los resultados además de las explicaciones que tendrá cada uno de ellos (p. 26)

En este estudio se presentó el análisis e interpretación de los resultados a través de tablas y gráficos, donde los datos recabados se tabularon en frecuencias y porcentajes de cada uno de los resultados que proporcionaron los instrumentos de recolección de datos. Esta tabulación se realizó con cada uno de los ítems y se agruparon por indicador. Luego se efectuó un breve comentario de los cuadros y gráficos y de los aspectos analizados estadísticamente

CAPÍTULO IV

PRESENTACION Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Este capítulo contiene la información cuantitativa que se obtuvo de la recolección de los datos a través de la aplicación del instrumento tipo guía de observación, (Índice de Estética Dental) y un Cuestionario (Test Psicológico: Yo y la Escuela) para dar cumplimiento a lo previsto en la primera fase de la investigación. Es en este sentido, para exponer el proceso de análisis e interpretación de los resultados obtenidos con respecto a los objetivos específicos propuestos en la investigación, se identificaron las dimensiones que miden estos, para luego desglosar los indicadores de interés para el estudio.

En relación a ello, la UPEL (2006) destaca que, “el análisis se efectúa a partir de la revisión de todos los cuadros, para producir las respectivas conclusiones. Tal y como aparecen los datos en los cuadros, resultando abstractos, hasta tanto el investigador los interprete y les imprima vida” (p 92).

En este estudio se presentó el análisis e interpretación, a través de cuadros y gráficos, donde los datos recabados se tabularon en frecuencias y porcentajes de cada una de los datos obtenidos. Esta tabulación se realizó con cada uno de los ítems y se agruparon por indicadores y dimensiones. Luego se realizó un breve comentario de los aspectos analizados. Tal como lo afirma Cabrera (2010), citado en Lobo (2013) “esta técnica se orienta a identificar y describir claves que permitirán realizar una mejor aproximación al problema en estudio” (p.04)

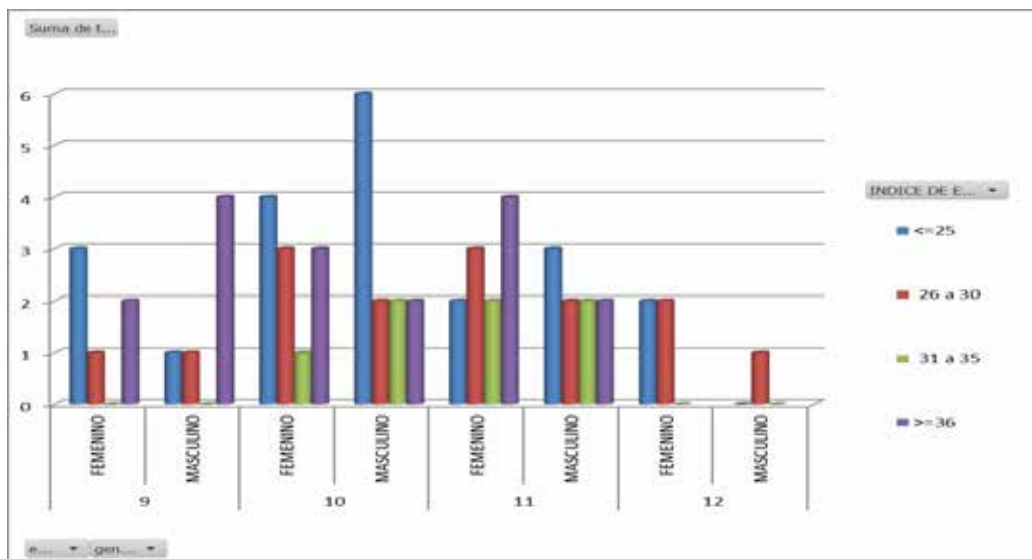
A continuación se presenta los resultados de la aplicación de los instrumentos a la muestra en estudio.

Cuadro N° 2: Características el estado clínico de la oclusión en los niños y niñas de la institución clasificado por género y grupo etario.

	Etiquetas de colum									
	<=25		26 a 30		31 a 35		>=36		Total Suma de total	Total Suma de %
Etiquetas de fila	Suma de total	Suma de %	Suma de total	Suma de %	Suma de total	Suma de %	Suma de total	Suma de %		
9	4	6,67%	2	3,33%	0	0,00%	6	10,00%	12	20,00%
FEMENINO	3	5,00%	1	1,67%	0	0,00%	2	3,33%	6	10,00%
MASCULINO	1	1,67%	1	1,67%	0	0,00%	4	6,67%	6	10,00%
10	10	16,67%	5	8,33%	3	5,00%	5	8,33%	23	38,33%
FEMENINO	4	6,67%	3	5,00%	1	1,67%	3	5,00%	11	18,33%
MASCULINO	6	10,00%	2	3,33%	2	3,33%	2	3,33%	12	20,00%
11	5	8,33%	5	8,33%	4	6,67%	6	10,00%	20	33,33%
FEMENINO	2	3,33%	3	5,00%	2	3,33%	4	6,67%	11	18,33%
MASCULINO	3	5,00%	2	3,33%	2	3,33%	2	3,33%	9	15,00%
12	2	3,33%	3	5,00%	0	0,00%			5	8,33%
FEMENINO	2	3,33%	2	3,33%	0	0,00%			4	6,67%
MASCULINO	0	0,00%	1	1,67%	0	0,00%			1	1,67%
Total general	21	35,00%	15	25,00%	7	11,67%	17	28,33%	60	100,00%

Fuente: Aponte, Maldonado (2018)

Grafico N° 1: Características el estado clínico de la oclusión en los niños y niñas de la institución clasificado por género y grupo etario en.



Fuente: Aponte, Maldonado (2018)

Análisis de los Resultados: De acuerdo a los datos establecidos por el Índice de Estética dental, en donde una escala que determina el punto en el que la calificación

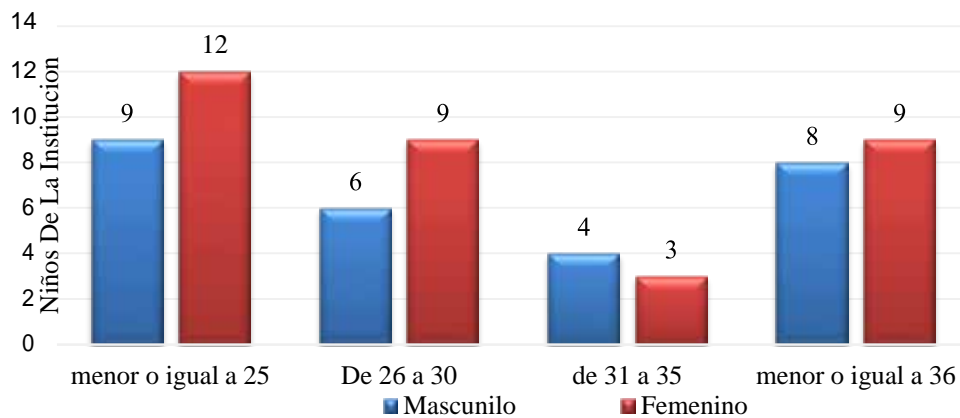
se ubica entre lo menos y lo más socialmente aceptable referente a la apariencia dental, en este estudio de acuerdo a los resultados obtenidos el rango que obtuvo mayor porcentaje fue el de menor o igual a 25 puntos representando por los niños de 10 años con el 10% del índice, seguido del rango de mayor o igual a 36 puntos que obtuvieron los niños de 9 años y las niñas con 11 años con el 6,67% de maloclusión severa altamente discapacitante, resultados que concuerdan con los presentados por Pérez. L, y colaboradores (2015) donde se observó una primacía de oclusión normal o Maloclusion leve que represento el 51.6%, no con menos importancia y que guarda relación con nuestro estudio en segundo lugar se ubicó el valor de mayor a 36 puntos o más representando el 28.33%, lo que representa un valor alto que nos permite inferir que las maloclusiones severas altamente discapacitante en ambos estudios representaron una frecuencia elevada en las muestras estudiadas.

Cuadro N° 3: *Diagnostico de las Características de la Oclusión según Sexo.*

<i>Sexo</i>	<i>Menor o igual a 25</i>	<i>%</i>	<i>De 26 a 30</i>	<i>%</i>	<i>De 31 a 35</i>	<i>%</i>	<i>Mayor o Igual a 36</i>	<i>%</i>
<i>Masculino</i>	9	15%	6	10%	4	6.66%	8	13.33.%
<i>Femenino</i>	12	20%	9	15%	3	5 %	9	15%
<i>Total</i>	21	35%	15	25%	7	11.66%	17	28.33%

Fuente: Aponte, Maldonado (2018)

Grafico N°2: *Diagnostico de las Características de la Oclusión según Sexo.*



Fuente: Aponte, Maldonado (2018)

Análisis de los Resultados: En los resultados anteriores podemos identificar que en el sexo masculino el 13.33% presentó una maloclusión muy severa con necesidad de tratamiento obligatorio, ya que obtuvo valores mayores o iguales a 36 de acuerdo a los valores preestablecidos por el Índice de Estética Dental, resultados que contrastan con el 15% pacientes masculinos que tuvieron un índice DAI menor o igual a 25 que constituyen los pacientes con una oclusión normal sin necesidad de tratamiento, por otro lado el 10% con una maloclusión definitiva que requiere tratamiento efectivo y el 6,66% maloclusión severa y necesidad de tratamiento altamente deseable por el paciente.

Por otro lado, en el sexo femenino el 15%, presentó una maloclusión muy severa con necesidad de tratamiento obligatorio, mientras el 20% presentó una oclusión normal sin necesidad de tratamiento, el 15% entró en la categoría de maloclusión definitiva que requiere tratamiento, debido a que se obtuvo valores que de acuerdo al Índice de Estética Dental de 26 a 30 puntos, y el 5% presentó un índice de DAI de 31 a 35 por lo que se clasificó como maloclusión severa con necesidad de tratamiento deseable por el paciente. Concluyendo así que en esta investigación las maloclusiones más frecuentes con Índices DAI de 26 a 30 y mayores a 36 puntos, estuvieron con mayor frecuencia en el sexo femenino. Dichos

resultados guardan relación con lo propuesto por Gutiérrez (2016) en su trabajo: Necesidad de tratamiento ortodóntico utilizando el Índice Estética Dental (DAI) en una población de Guadalajara, Jalisco, México, donde la población de estudio fue mayor el porcentaje de maloclusión muy severa o incapacitante con tratamiento obligatorio y prioritario con el 53%, las otras tres categorías del índice presentaron valores del 17% al 11%.

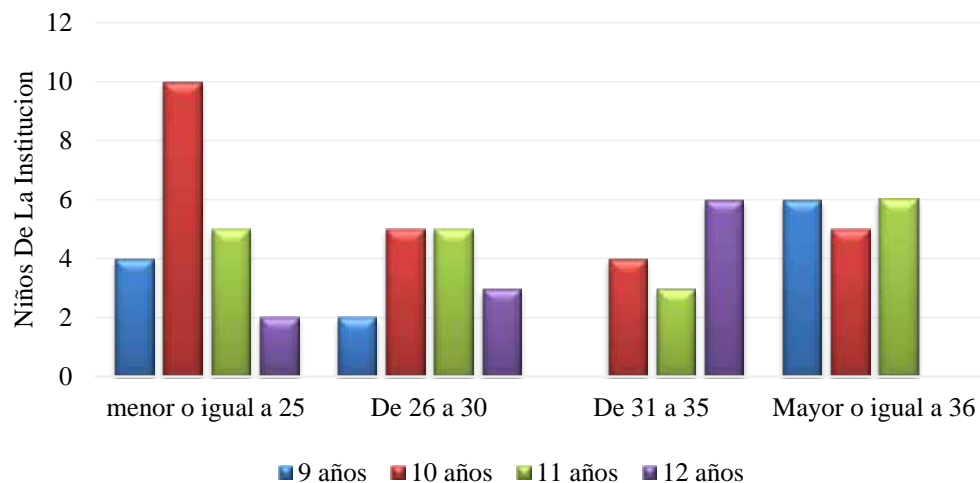
Siendo las del sexo femenino las que obtuvieron el mayor porcentaje de frecuencia, en el diagnóstico de maloclusiones, representando el 60 % del total, en contraste con un 40% de los pacientes de sexo masculino.

Cuadro N°4: *Diagnosticó por Características de la Oclusión según Edad.*

Edad	Menor o igual a 25	%	De 26 a 30	%	De 31 a 35	%	Mayor o Igual a 36	%
9 años	4	6.66%	2	3.33%	0	0%	6	10%
10 años	10	16.66%	5	8.33%	4	6.66%	5	8.33%
11 años	5	8.33%	5	8.33%	3	5%	6	10%
12 años	2	3.33%	3	5%	0	0%	0	0%
Total	21	34.98%	15	24.99%	7	11.66%	17	28.33%

Fuente: Aponte, Maldonado (2018)

Grafico N°3: *Diagnosticó por Características de la Oclusión según Edad.*



Fuente: Aponte, Maldonado (2018)

Análisis de los Resultados: En estos resultados se puede evidenciar que a los 9 y a los 11 años presentaron la maloclusión muy severa o incapacitante con necesidad de un tratamiento obligatorio y prioritario representando el 10% de los casos respectivamente ya que obtuvo valores de mayor o igual a 36 puntos según el DAI, De igual forma en el grupo de 10 años se evidenció el mayor número de casos con una oclusión normal representando el 16.66%, según el Índice de Estética Dental menor o igual a 25 puntos, en el grupo de 11 años se observó que el 8.33%, presentaron una Oclusión Normal y una maloclusión definitiva respectivamente, que puede ser resuelta con un tratamiento efectivo, mientras que en el grupo de 12 años por no haber tantos participantes no vemos resultados significativos, aun cuando resaltan la maloclusión definitiva con un 5% del total.

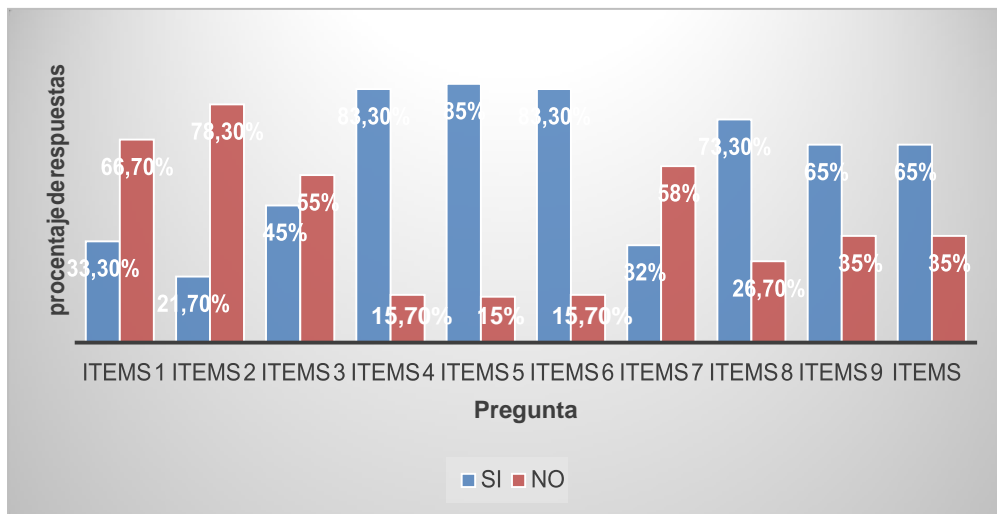
La prevalencia de maloclusiones según la edad observada en esta investigación coincide con Méndez y colaboradores (2012) en su trabajo Prevalencia de Maloclusiones en Niños de la Escuela Carlos Cuquejo, del Municipio Puerto Padre en las Tunas, donde las edades de 7 a 9 años fue el grupo más afectado representando el 46,8%, seguido por el grupo de 10 a 12 años con un 35%.

Cuadro N°5: Distribución de Frecuencias y Porcentajes con relación al Factor A:
Problemas Académicos del Test Psicológico yo y la escuela.

Ítems	Preguntas	SI		No		total	
		Frecuencia	%	frecuencia	%	frecuencia	%
1	Es difícil para mí hacerlo que dice el profesor o la profesora	20	33,3	40	66,7	60	100
2	tengo problemas leyendo	13	21,7	47	78,3		
3	Me cuesta mucho aprender	27	45	33	55		
4	Me gustan las matemáticas	50	83,3	10	15,7		
5	Creo que mi profesor piensa que voy bien en el colegio	51	85	9	15		
6	Escribo bien	50	83,3	10	15,7		
7	Es difícil para mí hacer mis deberes	19	32	41	58		
8	me gustan las ciencias	44	73,3	16	26,7		
9	Es fácil para mi recordar lo que he aprendido	39	65	21	35		
10	Recibo ayuda para hacer mis deberes en casa	39	65	21	35		

Fuente: Aponte, Maldonado (2018)

Grafico N°4: Distribución de Frecuencias y Porcentajes con la relación al Factor A: Problemas académicos del Test Psicológico yo y la escuela.



Fuente: Aponte, Maldonado (2018)

Análisis de los resultados: Los problemas académicos constituyen un grave problema en la aparición de fenómenos sociales, la desmotivación escolar es una de las causas que motivan a la aparición de acoso escolar. En estos resultados es relevante evidenciar como el 55% de los niños en el ítem “*me cuesta mucho aprender*”, respondió que “NO”, pero sin embargo el 45% respondió que “SI”, siendo un porcentaje relativamente alto, en el ítems “*es difícil hacer los deberes*”, el 68% respondió que “NO” contrastando con el 31,66% que respondió que “SI”, lo que evidencia que un grupo de niños experimentan problemas académicos en este rubro, otro aspecto relevante en el ítems “*tengo problemas leyendo*”, el 78% respondió que “NO”, mientras que el 21,66% respondió que “SI”, por otro lado el 35% de estudiantes manifestó no recibir ayuda de los deberes en casa.

En este sentido Fernández F. (2014) en su trabajo de investigación titulado: “Maltrato infantil: Un estudio empírico sobre variables psicopatológicas en menores tutelados”, donde dice: los menores que habían sufrido Acoso Escolar presentaron retrasos en habilidades matemáticas, lenguaje u otras áreas de aprendizaje (p.55), así mismo San Juan, M (2008) en su trabajo de investigación titulado: “Significado que otorga a la convivencia escolar en aula estudiantes y profesores de educación media de una institución educativa”, donde especifica que “la socialización primaria se realiza a través de un acercamiento emocional, pues sólo de esta manera se pueden internalizar adecuadamente los aprendizajes en la primera etapa de socialización, mediante la identificación con sus otros significantes.”(p. 38).

Por lo antes mencionado se observa la relación que tienen los resultados con lo que refiere Fernández F. (2014) donde menciona que los niños que presentaron antecedentes de negligencia, incluso familiar, tuvieron dificultades en el ámbito cognitivo, en tanto las consecuencias del maltrato infantil sobre el rendimiento académico también son evidentes y los efectos sobre el intelecto son graves, los problemas de atención repercuten en los aprendizajes, observándose conductas agresivas y pobres relaciones sociales, así como también déficit en atención,

integración visomotora, baja resolución de problemas, abstracción y dificultades en la planificación. (p.56)

Cuadro N° 6: *Distribución de Frecuencias y Porcentajes con relación al Factor B: Problemas sociales del Test Psicológico yo y la escuela.*

Ítems	Preguntas	SI		No		Total	
		Frecuencia	%	frecuencia	%	Frecuencia	%
1	Me molestan mucho en la escuela	13	21,7	47	78,3	60	100
2	Se meten conmigo en el camino a la escuela	11	18,3	49	81,7		
3	Creo que les caigo bien a mis compañeros de la escuela	45	75	15	25		
4	A veces los otros niños o niñas son desagradables conmigo	29	45,3	31	51,7		
5	Te agredieron últimamente	21	35	39	65		
6	A veces me duele la barriga antes de ir a clases	25	42	35	58		
7	Agredes a alguien últimamente	25	42	35	58		
8	Me tratan mal en mi hogar	9	15	51	85		
9	me gusta el recreo	59	93,3	1	1,7		
10	Me gusta trabajar con mis compañeros de clase	51	85	9	15		

Fuente: Aponte, Maldonado (2018)

Grafico N° 5: *Distribución de Frecuencias y Porcentajes con la relación al Factor B: Problemas sociales del Test Psicológico yo y la escuela.*



Fuente: Aponte, Maldonado (2018)

Análisis de los resultados: es en definitiva una parte del cuestionario importante, en cuanto a la aparición de la variable Acoso escolar, ya que las repuestas respuestas positivas en esta escala indica violencia escolar, que proporcionan una disminución del rendimiento y socialización en clases. En este sentido de forma relevante evidenciamos como el 78% de los niños en el ítem “*me molestan en la escuela*”, contesto que “NO” mientras que el 21,66% contesto que “SI” sin embargo al ser más específicos en el ítem “*a veces mis compañeros son desagradables conmigo*”, el 45% responde que “SI” versus el 55% refiere que “NO”, valores que evidencian como la situación de violencia va en ascenso y así lo observamos en el ítem “*agredes a alguien últimamente*” donde el 42% contesta que “SI” evidenciándose el fenómeno de violencia escolar en el ámbito escolar. Por lo que se pudo relacionar con el trabajo de investigación de Ortega A. (2013) titulado *Manifestaciones de la agresión verbal entre adolescentes*, la cual nos dice que: “Con la aplicación de las encuestas a los estudiantes se evidenció que el 66 % de víctimas fueron agredidas mediante apodos, el 65% mediante bromas, el 61% mediante burlas, el 58% por medio de insultos, el 57% por medio de amenazas, el 55% por medio de rumores, y el 53% por medio de expresiones de burlas. (P.83).

De igual forma se pudo Aquí resaltar el ámbito sociocultural, ya que este forma parte del entorno importante en los niños, la cual, Ortega A. (2013) en el

trabajo de investigación titulado Manifestaciones de la agresión verbal entre adolescentes, menciona: “En el ámbito sociocultural es donde emergen conductas tanto fructíferas como destructivas, es decir, la cultura es la que puede inhibir o activar la agresividad, sin que importe el nivel socioeconómico.” (p.23).

Por lo que hace relación con lo que dice Carrillo G (2015) en su trabajo titulado: “Validación de un programa lúdico para mejora de las habilidades sociales en niños de 9 a 12 años”, donde refiere que “la comunicación interpersonal es una parte fundamental en nuestra vida diaria, la mayor parte de nuestra vigilia la pasamos interactuando con otros, ya sea en un contexto familiar, en la escuela, en la calle o el trabajo. Necesitamos relacionarnos socialmente con los demás donde se hace necesario disponer de una serie de destrezas sociales que contribuyan a alcanzar buenos resultados en nuestras relaciones interpersonales (p.7).

Por otro lado también se hace relevante los resultados obtenidos en el ítem “te agredieron últimamente” el 35% contestó que “SI” frente al 65% que contestó que ”NO”, por lo que se relaciona con lo que refiere Ortega A (2013) sobre los victimarios es su trabajo de investigación diciendo que en su grupo de estudio el 24% de estudiantes agredían verbalmente a sus compañeros estando solos, el 5% agredían solos y en grupo, el 13% agredían en grupo, como se pudo evidenciar, el mayor porcentaje de estudiantes agredían a sus compañeros estando solos, poniendo en evidencia el gran porcentaje de victimarios presentes en la escuela.

Mientras que al preguntar sobre la situación familiar el 35% manifiesta que no recibe ayuda para realizar sus deberes y el 15% manifiesta ser víctima de maltrato en el hogar. Poniendo en relación lo mencionado por Fernández F. (2014) en su trabajo de investigación titulado: “Maltrato infantil: Un estudio empírico sobre variables psicopatológicas en menores tutelados”, en donde menciona que actualmente, se considera que la mayoría de los abusos suceden dentro del círculo familiar; sabemos que la violencia física hacia los menores es ejercida dentro de su seno, y que normalmente no causa daños físicos visibles de carácter permanente o

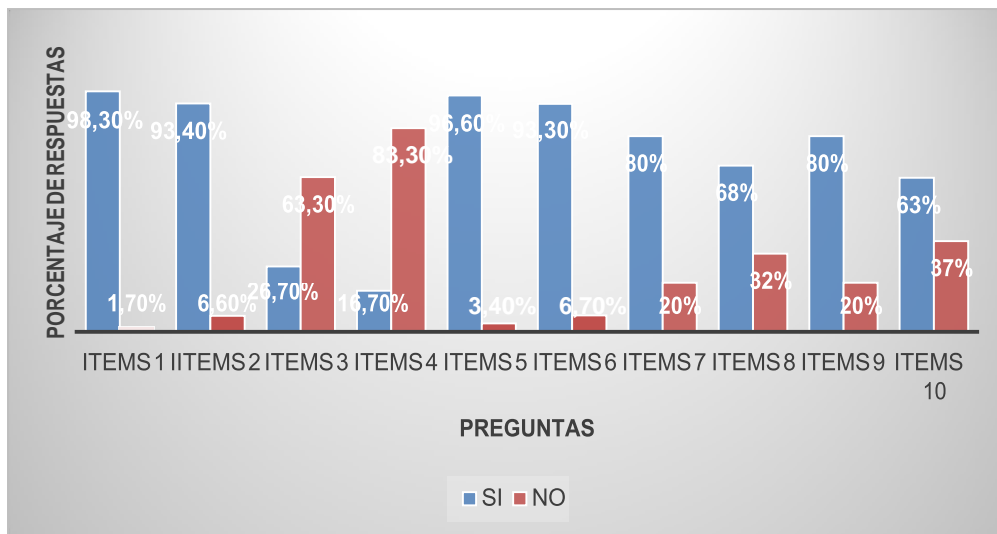
grave. Sin embargo, a veces la violencia ejercida contra niños/as dentro de la familia causa daños permanentes e incluso la muerte.

Cuadro N° 7: *Distribución de Frecuencias y Porcentajes con la relación al Factor C: Satisfacción escolar del Test Psicológico yo y la escuela.*

Ítems	Preguntas	SI		No		Total	
		Frecuencia	%	frecuencia	%	Frecuencia	%
1	Me gusta la escuela	59	98,3	1	1,7	60	100
2	Creo que se aprenden muchas cosas interesantes en la escuela	36	93,4	9	6,6		
3	Me aburro en clases	16	26,7	44	63,3		
4	Me gustaría ir a otra escuela	10	16,7	50	83,3		
5	mi profesor o profesora maneja bien la clase	58	96,6	2	3,4		
6	Me gusta mi clase	56	93,3	4	6,7		
7	Participo en las decisiones de clases	48	80	12	20		
8	Me gustaría colaborar más en el centro	41	68	19	32		
9	Estoy deseando que lleguen las vacaciones	48	80	12	20		
10	A veces me duele la cabeza en clases	38	63	22	37		

Fuente: Aponte, Maldonado (2018)

Grafico N° 6: *Distribución de Frecuencias y Porcentajes con la relación al Factor C: Satisfacción escolar del Test Psicológico yo y la escuela.*



Fuente: Aponte, Maldonado (2018)

Análisis de los resultados: la satisfacción escolar es sin duda constituye un aspecto fundamental en las relaciones humanas dentro del aula de clases, a medida que el estudiante se sienta cómodo en su entorno escolar es menos propenso a que se generen fenómenos de violencia escolar , sin embargo aunque en este estudio en el ítem “me gusta la escuela”, en donde el 98,33 contesto que “SI”, por lo que establecemos que la institución cumple cabalmente con su rol de enseñar y proporcionar bienestar a los estudiantes, confirmándolo así el 93.4% que contesto que “SI” al ítem “creo que se aprenden profundizar más en estos aspectos en futuras investigaciones

Por lo que es importante destacar lo que refiere García V. (1970). En su libro: “Principios de Pedagogía Sistémica”, donde dice que “La escuela se considera una comunidad educativa en la que la iniciativa y el trabajo personal de los alumnos constituyan el centro de las preocupaciones cosas interesantes en la escuela”, vemos como en otros factores de convivencia escolar y/o familiar incluso académicos los resultados son diferentes, por lo que habría que y el trabajo sea fruto de convergencia no solo de trabajos de alumnos y profesores, sino también de estímulos y posibilidades de las familias y del ambiente social (p.69).

Por otro lado San Juan, M (2008) en su trabajo de investigación titulado, Significado que otorga a la convivencia escolar en aula estudiantes y profesores de educación media de una institución educativa, refiere que “los profesores, son los dignos de transmitir aquellos significados escogidos y están autorizados para imponerlos e inculcarlos. Esta autoridad otorga una posición, afirmando el valor de la acción pedagógica y los receptores, los alumnos, reconocen la legitimidad de lo transmitido y a su vez la autoridad pedagógica de los emisores” (p. 30).

Dichos resultados concuerdan con lo propuesto por Figueroa, G. y colaboradores (2012), en donde la mayoría de los alumnos a nivel estatal manifiestan estar dentro de los niveles alto y medio alto respecto a la satisfacción con su escuela, el Plantel Hermosillo presenta un 22%, Cd. Obregón un 30% y Navjoa un 26% de alumnos con alta satisfacción escolar y un 58%, 39% y 49% de media alta satisfacción respectivamente, esto representa un 84.5% de alumnos satisfechos con sus escuelas en el Estado. Los resultados fueron favorables ya que estos arrojaron un alto índice de correlación entre ambas; también se pueden observar los altos niveles de identidad estudiantil y satisfacción escolar que arrojaron los resultados, donde más del 80% del alumnado está sobre el nivel medio alto de ambas mediciones.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones:

Al finalizar la interpretación y análisis de los resultados arrojados por los instrumentos utilizados, pudimos concluir:

- De acuerdo a los resultados obtenidos el rango que obtuvo mayor porcentaje fue el de mayor o igual a 25 puntos representando el 35% del índice, e indicando que la mayoría de la muestra presento una oclusión normal, seguido del rango de mayor o igual a 36 puntos que obtuvo el 28,33% de maloclusión severa altamente discapacitante.
- Este porcentaje de maloclusiones severas, el mayor rango estuvo ubicado en el sexo femenino representando el 15% de los casos y la edad donde predomino más la afección fue el grupo de niñas de 10 años con el 16,66% de los casos, siendo el valor de la medición del *Overjet Anterior Maxilar*, y el *Apiñamiento Dentario* los componente del Índice de Estética Dental, con la afección más visible en la muestra seleccionada.
- Por otro lado, el mayor porcentaje de la muestra está constituida por los niños de 10 años de edad, representando el 40% de los casos seguido por los de 11 años que represento el 31.66% de los casos.

En cuanto a la aplicación del Cuestionario Test Yo y la Escuela para el diagnóstico de la variable, acoso escolar, es importante destacar que los resultados los agruparemos de acuerdo al análisis factorial de los tres factores planteados en el test:

FACTOR A: PROBLEMAS ACADÉMICOS. En donde en los ítems “*me cuesta mucho aprender*” el 55% de los niños respondió que “NO”, pero sin embargo el 45% respondió que “SI”, siendo un porcentaje notable, en el ítems “*es difícil hacer los deberes*”, el 68% respondió que “NO” contrastando con

el 31,66% que respondió que “SI”, lo que evidencia que un grupo de niños experimentan problemas académicos en este rubro, así mismo en el ítem *“tengo problemas leyendo”*, el 78% respondió que “NO”, mientras que el 21,66% respondió que “SI”, situación que se entiende debido a que en estas edades ellos cursan grados superiores, y el factor lectura ya ha dejado de ser un problema, llama la atención ese grupo que contesta que “SI”, para establecer causas y posibles soluciones. El alumnado que puntúo positivo en esta escala probablemente tiene problemas académicos, dificultades académicas, con la tarea, lo cual puede ser la causa de una desmotivación escolar o tiene una percepción de falta de habilidades.

FACTOR B: PROBLEMAS SOCIALES. Estuvo compuesta por ítems que se refieren a la percepción del alumnado sobre las relaciones que mantiene con sus compañeros en el centro y familia, en el ítem *“me molestan en la escuela”*, el 78,31% contestó que “NO” mientras que el 21,66% contestó que “SI” en esto mismo orden de ideas a medida que somos más específicos al indagar sobre la existencia de violencia física y/o verbal los resultados comienzan a cambiar por ejemplo en el ítem *“a veces mis compañeros son desagradables conmigo”*, el 45% responde que “SI” versus el 55% refiere que “NO”, valores que evidencian como la situación va cambiando y así lo refleja el ítem *“agredes a alguien últimamente”* donde el 42% contesta que “SI” evidenciándose la presencia de la variable bullying en el aula de clases.

De igual forma en el ítem *“te agredieron últimamente”* el 35% contestó que “SI” frente al 65% que contestó que “NO” al indagar sobre la situación familiar el 35% manifiesta que no recibe ayuda para realizar sus deberes y el 15% manifiesta ser víctima de maltrato en el hogar. Cuando se agrupan estas se pone de manifiesto la existencia de problemas de convivencia en el aula, de adaptación relaciones interpersonales y fallas del hogar. La existencia de

respuestas positivas en esta escala indica violencia escolar, y por ende se recomienda efectuar maniobras de vigilancia en el aula a fin de establecer correctivos. Dichos problemas en el aula y hogar proporcionan una disminución del rendimiento y empatía en clases

FACTOR C, SATISFACCIÓN ESCOLAR, estuvo compuesta por ítems: como “me gusta la escuela”, en donde el 98,33 contesto que “SI”, por lo que establecemos que la institución cumple cabalmente con su rol de enseñar y proporcionar bienestar a los estudiantes así lo confirma el 93.4% que contesto que “SI” al ítems “creo que se aprenden cosas interesantes en la escuela”.

- Es en definitiva observar como las maloclusiones juegan papel importante en la aceptación social, y como el no tener una apariencia física deseada se convierte en motivo de acoso y burla, donde existen víctimas y victimarios, altos índices de Maloclusion y en tanto entre más severas sean las mismas se relacionan con altos índices de acoso escolar, siendo estas un componente fundamental que determina la aceptación social en etapas escolares, el entorno escolar también juega papel fundamental
- Por todo lo antes expuesto, debemos establecer que al concluir la investigación se cumplieron todos los objetivos planteados.

5.2. Recomendaciones

Por lo antes descrito y de acuerdo a las conclusiones señaladas anteriormente, se recomienda lo siguiente:

- Las instituciones deben fortalecer las herramientas de identificación de estos factores de violencia escolar, así mismo el hogar juega papel fundamental en el desarrollo de hábitos y de valores como el respeto la tolerancia y los buenos modales, por eso se hace de vital importancia el conocimiento del entorno familiar, ya que es allí donde se fortalecerán dichos valores y en gran medida

establecer la derivación hacia los especialistas de ortodoncia que ayuden a mejorar el estado de las maloclusiones evitando así que los niños sean objeto de burla, por tener problemas dentofaciales, que con la atención precoz y adecuada tienen una solución positiva.

- Realizar Charlas Educativas en el colegio sobre el acoso escolar donde se involucren toda la comunidad educativa, padres, representantes, personal directivo administrativo, obrero y estudiantes que hacen vida en la institución, a fin de establecer causas, identificar grupos de riesgo y establecer consecuencias desde el punto de vista académico, psicológico y de las relaciones interpersonales.
- Identificar mediante otros test psicológicos de soporte y con la observación directa en el aula a los niños que sufren y realizan acoso escolar a fin de remitirlos a que reciban orientación psicológica profesional.
- Realizar campañas informativas sobre la promoción de la salud bucal, atención primaria en salud, accesibilidad a servicios gratuitos de salud y vigilancia epidemiológica a fin de estimular las visitas periódicas al odontólogo, en donde mediante la incorporación de un Formato de Historia Clínica se identifiquen a los niños que ameriten tratamientos de Ortodoncia a fin de establecer causas, identificar hábitos nocivos y terapéutica adecuada a cada edad.
- Informar a la Colectividad Educativa que durante el desarrollo y Progreso de los cambios físicos durante los periodos de recambio dentario los niños están predispuestos a sufrir de modificaciones dentales en cuanto a la apariencia y estética, de igual forma la identificación de hábitos nocivos y factores genéticos pueden incrementar la problemática, aun así, tratamientos preventivos y terapéuticos, desde el punto de vista ortodóntico, brindan alternativas efectivas por lo que no existe motivo para ser objetos de burlas y violencia escolar por tener alguna condición en particular.

- Brindar información oportuna y veraz a los padres, madres y representantes sobre el riesgo que representa el factor hogar en la conformación de familias disfuncionales, y como afecta el aspecto violencia familiar en el entorno escolar.
- Incentivar la realización de investigaciones que profundicen, aún más en la problemática, a fin de detener el fenómeno planteado.

REFERENCIAS

- Arias, F. (2006). *El Proyecto de Investigación. Introducción a la metodología científica*. Caracas. Editorial Episteme. Cuarta Edición Venezuela.
- Balestrini, M. (2006) *Como se elabora el proyecto de investigación*. Consultores Asociados. 7º Edición. Venezuela.
- Bernardo, J. y Caldera, J.F. (2000) *Investigación Cuantitativa (4); Métodos no experimentales*. Madrid: RIALP, S.A.
- Bishara, S. (2003). *Ortodoncia*. (1era edición). Colombia: McGraw- Hill interamericana.
- Bodorni, E y Mercado, C. (2010). *Odontología Pediátrica: la salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual*. (1er edición) Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Bolaños, MV y Manrique MC. (2001) *Evaluación de un índice de necesidad de tratamiento ortodóntico* [Documento en línea]. Disponible en: <http://www.estsocial.sld.cu/docs/Publicaciones-Indice-de-estetica-dental.pdf>. [Consultado en Junio 2018].
- Bruxismo (2018) [documento en línea] Disponible: <http://www.clinicaeverest.cl/news/bruxismo-habito-involuntario-apretar-los-dientes/> [Consulta: 22/02/2018].
- Burgos, D. (2014). *Prevalencia de Maloclusiones en Niños y Adolescentes de 6 a 15 Años en Frutillar, Chile*. [Documento en línea]. Disponible:

https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718381X2014000100002 [consultado 15/02/2018].

Carrillo, G. (2015). *Validación de un programa lúdico para mejora de las habilidades sociales en niños de 9 a 12 años*. [Trabajo Doctoral] Universidad de Granada. Disponible: <https://hera.ugr.es/tesisugr/25934934.pdf> [Consultado: 11/07/2018].

Cassiani, C. (2011). *Prevalencia de bullying y factores relacionados en estudiantes de bachillerato de una institución educativa de Cali, Colombia* [Revista en línea]. Disponible: <https://www.scielosp.org/article/rsap/2014.v16n1/13-24/> [Consultado 06/02/2018].

Cervo, L. y Bervian, A. (2007). *Metodología Científica*. McGraw-Hill. . México.

Cid C. (2009) “*Estudio Epidemiológico de maloclusiones en niños de 6 a 15 años de la comunidad de Madrid de acuerdo con el índice estético dental: comparación entre dos grupos de la población*”. [Tesis Doctoral]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999), Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela, n°. 36.860. Diciembre 30, 1999.

Concepto de Anomalías dentofaciales (2018) [documento en línea] Disponible: https://www.acorl.org.co/patrocinador2.php?Id_ppal=13&Id_sec=66&Id_ter=70&Id_cua=6 [Consulta: 22/02/2018].

Concepto de Auto aceptación (2018) [documento en línea] Disponible <https://psicologiaymente.net/psicologia/autoaceptacion> [Consulta: 22/02/2018].

Concepto de Autoestima (2018) [documento en línea]. Disponible:
<https://www.rizaldos.com/2015/05/16/autoestima-que-es/>[Consulta: 22/02/2018].

Cyberbullying (2018) [documento en línea]. Disponible:
http://www.derecho.usmp.edu.pe/cedetec/art_rptinv/CYBERBULLYING.pdf
[Consulta 27/03/2018].

Da Silva, J y Da Silva, R (2013). “*Relación de las alteraciones dentarias de numero con las maloclusiones en pacientes que acuden al área de post-grado de Odontopediatria de la FOUC en el periodo 2009-2011*” [Documento en Línea]. Disponible:
<http://mriuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/handle/123456789/2630/silsil.pdf?sequence=1> [Consultado 22/02/2018].

Desantes, J. y López, P. (2012). *Teoría y técnica de la Investigación Científica*, Editorial Síntesis. Madrid.

Deza, J y Ledesma, S (2010). *Metodología de la Investigación Científica*, 3ra ed. Lima, editorial UAP, p 67.

Duarte, G. (2010). *Cómo trabajar con adolescentes cuando el maltrato nos condiciona*, Simposio S.O.S., agosto, 2010.

Duarte, G. (2015). *El personal que atiende a los adolescentes*. Simposium S.O.S., noviembre, 2015.

El Bullying (2018) [documento en línea] Disponible:
<http://www.eduinnova.es/dic09/bullyng.pdf>[Consulta 26/03/2018].

Fajardo, A. (2017). *Medición en epidemiología: prevalencia, incidencia, riesgo* [Revista en línea]. Disponible en: <http://revistaalergia.mx/ojs/index.php/ram/article/view/252/448> [Consultado en Junio 2018].

Fernández, F. (2014). , *Maltrato infantil: Un estudio empírico sobre variables psicopatológicas en menores tutelados. [Trabajo de investigación en línea].* Disponible: <https://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/39453/1/TESIS%20COMPLETAv4.pdf>. [Consultado: 11/07/18].

Fernández, P. Díaz, P. Cañedo, V. (2017). *Prevalencia* [Documento en línea]. Disponible en: https://www.fisterra.com/mbe/investigacion/medidas_frecuencia/med_frec.asp . [Consultado en Junio 2018].

Ferré Martí J. M. et-al (1999). *Enciclopedia de la Psicología.* (vol. 2, pp. 370- 394). Barcelona España. Oceano.

Gómez, G. (2003) “*Manual de Investigacion Educativa*”. : Grupo editor COBO. Caracas

Grasso, L. (2006) “*Encuestas: elementos para su diseño y análisis- Iaed*”. Encuentro Grupo editor. Cordoba. Argentina

Gutiérrez-Rojo MF, Gutiérrez-Rojo JF, GutiérrezVillaseñor J. (2016) *Necesidad de tratamiento ortodóntico utilizando el Índice Estética Dental (DAI) en una población de Guadalajara, Jalisco, México.* Acta Odont Col [En línea] (6)1: 99-

106 [fecha de consulta: dd/mm/aaaa]. Disponible desde: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/actaodontocol>. [Consultado en Julio 2018].

Fernández, C. (2009). *El Bullying* [Documento en Línea]. Disponible en: <http://www.eduinnova.es/dic09/bullyng.pdf> [Consultado en Junio 2018].

Fernández, F. (2014) en su trabajo de investigación titulado, *Maltrato infantil: Un estudio empírico sobre variables psicopatológicas en menores tutelados* [Documento es línea], Disponible: <https://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/39453/1/TESIS%20COMPLETA%20v4.pdf> [Consultado el 09/07/18].

Figuroa, G. (2012) “Satisfacción escolar e identidad estudiantil de los alumnos normalistas del estado de Sonora”, XII Congreso Nacional De Investigación Educativa. Mexico, Disponible en <http://www.comie.org.mx/congreso/memoriaelectronica/v12/doc/2104.pdf>. [Consultado el 13/07/18].

García V. (1970). *Principios de Pedagogía Sistémica*, Editorial, Ediciones Rialp S.A

Hernández S. R. (2003) *Metodología de la Investigación*. México, Edit. Mc Graw Hill. México.

Holguín, A. (2017) “Asociación entre la maloclusión según angle y el patrón facial según capelozza en el diagnóstico de alumnos mayores de 12 años de la I.E.S Padre ose Villanueva Espinoza en el centro poblado porcón alto, Cajamarca-Perú en el año 2017” , Tesis de grado de post-gradó publicada, Universidad peruana Cayetano Heredia, lima- Perú.

Hurtado (2007). *Investigación Holística*. Caracas: Fundación SYPAL.

Ibáñez, C. (2012). *Que es la incidencia y prevalecía de una enfermedad* .
Disponible en:
http://www.madrimasd.org/blogs/salud_publica/2012/02/29/133136
[Consultado en Junio 2018].

Landaeta, J. (2016) “*Prevalencia de patologías dentofaciales asociadas a Bullying en niños de 9 a 12 años de la unidad educativa Antonio Guzmán Blanco, en Valencia- Estado Carabobo.*” Trabajo de grado publicada, Universidad José Antonio Páez, San Diego, Edo. Carabobo.

Lavilla, L. (2017). *Bullying: Estrategias de Prevención* [Pagina web en línea].
Disponible en: <file:///A:/Downloads/Dialnet-Bullying-3629218.pdf> [Consultado en Junio 2018].

Lazo, A., y Peñalver, S. (2014). *Necesidad de Tratamiento ortodóntico en estudiantes de preuniversitario*. Rev Cub Med Mil. Disponible en <http://www.scielo.sld.cu/scielo.php>. [Consultado en Julio 2018].

Lera, M. y Olías, F. (1999). *Instrumentos para el análisis del aula*. Proyecto NOVAS-RES (1999- 2002). Centro de profesorado de Alcalá de Guadaira. España.

Ley Orgánica de Educación (2009), Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 5.929 Extraordinario del 15 de agosto de 2009.

Ley Orgánica de la Salud (1998), Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 36.579 de fecha 11 de noviembre de 1998.

- Lobo T. (2013), Caracas Venezuela, *Diagnóstico Situacional Descriptivo*. Disponible en <http://maidalobo.blogspot.com/2013/04/diagnostico-situacional-descriptivo-m.html>. [Consultado en Julio 2018].
- Mayorca, J. (2013). *El Bullying en los niños con mal posicionamiento dental* [Pagina web en línea]. Disponible en: <http://www.ortodonciamayorga.com/el-bullying-en-los-niños-con-mal-posición-dental/> [Consultado en Junio 2018].
- Martín C, Barbería E y González A. (2009). *Prevalencia de maloclusiones en niños de la Comunidad Autónoma de Madrid según el índice estético dental*. Rev Esp Ortod; 39 (2): 91-102.
- Méndez A. (2008) “*Metodología. Guía para elaborar diseños de Investigación en ciencias económicas, contables y administrativas*”, LIMUSA, 4ta edición, México 2008. / 357p.
- Méndez, H (2012) “*Prevalencia de Maloclusiones en niños de la escuela Carlos Cuquejo del municipio Puerto Padre, Las Tunas*” , Medisur vol.13, no4 Cienfuegos Julio- Agosto 2015. Cuba
- Morales, F. (2009). *La Maloclusión* [Pagina web en línea]. Disponible en:<http://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=maloclusin90P04963>[Consultado en Junio 2018].
- Nieves Y, Bachkhongi J y Pelucarte T (2014) “*Maloclusiones clase I, II y III en pacientes con mesioespasmo del musculo masetero que acuden a la clínica integral VI de la universidad José Antonio Páez*”, tesis de trabajo de grado no publicada, universidad José Antonio Páez, San Diego Edo, Carabobo.

Ochi C, Begole E. (2006). *Orthodontic Treatment Need in an Accredited Graduated Orthodontic center in North America: a Pilot Study*. Journal of Contemporary Dental Practice 2006; 7 (2):1-8. [Revista en línea]. Disponible: <http://www.acta-odontológica-colombiana.com>. [Consultado en Junio2018].

Olga, T y Norma, A (2013). *Frecuencia de maloclusiones y su asociación con problemas de postura corporal en una población escolar del Estado de México* [Revista en línea]. Disponible: <https://docs.google.com/viewer?a=v&pid=sites&srcid=ZGVmYXVsdGRvbWFpbntYXRlcmlhbHVqYXB8Z3g6NWY0YTdiYzY0ZjZjMjViYQ> [Consulta 22/02/2018].

Oñate, P. (2007). *Acoso y violencia escolar en España*. Informe Cisneros X. IIEDDI. Madrid.

Ortega, A. (2013). *Manifestaciones de la agresión verbal entre adolescentes escolarizados*. [Trabajo de grado en línea] disponible: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/4536/1/tesis.doc.pdf> [consultado: 10/07/2018]

Pérez. L., Reyes. M., Gouarnaluses. M., Mirabent.R. (2016) *Índice de estética dental en adolescentes de una secundaria básica urbana*. Universidad de ciencias Médicas, Santiago de Cuba.

Ponce, M. y Hernández Y. (2006) *Frecuencia y distribución de maloclusion en una población de 6 años de edad en San Luis Potosí México*. Disponible <http://eprints.uanl.mx/3640/1/1080256701.pdf>. [Consulta 04/07/2018].

Prevalencia de maloclusiones de angle en niños de 9 a 13 años (2013) [documento en Línea] Disponible: <http://repositorio.usfq.edu.ec/handle/23000/2462> [Consulta: 26/03/2018].

Ramírez, T. (2004). *Como hacer un proyecto de investigación*. Editorial Panapo de Venezuela. 2 Edición. Caracas.

Raul, H. (2011). *Epidemiologia* [Documento en línea]. Disponible: http://sistemas.fcm.uncu.edu.ar/enf-epidemiologia/Epidemiologia_2011.pdf. [Consulta 22/06/2018].

Rauseo, C. (2017). *Alteraciones dentales en edades tempranas, una de las principales causas del bullying escolar* [Documento en línea]. Disponible en: <https://atusaludenlinea.com/2017/04/20/alteraciones-dentales-en-edades-tempranas-una-de-las-principales-causas-del-bullying-escolar-2/> [Consultado en Junio 2018].

Repositorio académico UPC (2015) [documento en línea] http://repositorioacademico.upc.edu.pe/upc/bitstream/10757/621685/5/mora_cd. [Consultado: 28/03/2018].

Rojas A, García K y Acosta M. (2014), “*Efecto del tratamiento de ortopedia sobre la autoestima de los niños que asisten a la clínica de ortopedia y ortodoncia de la escuela de odontología en la UJAP*”. Trabajo de grado no publicada, Universidad José Antonio Páez, San Diego Edo, Carabobo.

Sabino (2010). *El proceso de investigación*. Editorial Panapo. Caracas.

Sada, M. y Giron, J. (2018). *Maloclusiones en la dentición temporal o mixta*. Disponible en: <http://www.apcontinuada.com/es/maloclusiones-denticion-temporal-o-mixta/articulo/80000171/>[Consultado en Junio 2018].

Sandra, F. (2012). Salud Pública [Documento en línea]. Disponible: <https://saludpublicayepi.files.wordpress.com/2012/06/documento-3er-parcial-compilacion-4-documentos.pdf> [Consultado el 22/06/2018].

Sánchez, Y. (2016). *Cuáles son los tipos de bullying más frecuentes*. Disponible en: <http://www.onemagazine.es/nacional-curioso-tipos-bullying-acoso>. [Consultado en Junio 2018].

Sánchez, Y. (2016). *Cuáles son los tipos de bullying más frecuentes*. Disponible en: <http://www.onemagazine.es/nacional-curioso-tipos-bullying-acoso>. [Consultado en Junio 2018].

San Juan, M. (2008). *Significado que otorga a la convivencia escolar en aula Estudiantes y profesores de educación media de una institución educativa* [Trabajo de investigación en línea]. Disponible: http://repositorio.uchile.cl/tesis/uchile/2008/sanjuan_m/sources/sanjuan_m.pdf [Consultado 11/07/2018].

Saturno, L. (2007) *Ortodoncia en dentición mixta*. Primera Edición. Editorial Amolca. Venezuela.

Tamayo y Tamayo (2007). *El proceso de la investigación científica*. Editorial Limusa Noriega Editores. IV Edición. México.

Universidad Pedagógica Experimental Libertador. (2006) *Manual de Trabajos de*

Grado de Especialización, Maestrias y Tesis Doctorales. Vicerrectorado de Investigación y Postgrado, (Fondo Editorial de la Universidad Pedagógica Experimental Libertador (FED) UPEL, Caracas.

Villafranca, F. y Díaz, E. (2005). *Manual del Técnico Superior en Higiene Bucodental.* (1er edición). España: Editorial MAD, S. L.

ANEXOS

ANEXO A
CUADRO DE OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Cuadro 2 Operacionalización de las Variables

Objetivo de la Investigación	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS	Instrumento
Establecer la prevalencia de maloclusiones y su relación con el bullying en estudiantes de la Escuela Rafael Revenga Turmero Estado Aragua.	Características de la Oclusión	Diagnostico	Ausencia de Maloclusiones Presencia de Maloclusiones	1,2,3	Guía de Observación (Índice de estética dental)
		Alteraciones Estructurales	-Características Dentarias	5,6,8	
			-Características Faciales	4,7,9,10	
	Características Epidemiológicas	Edad	Cronología	A.1	
		Sexo	Masculino Femenino	A.2	
	Acoso Escolar	Diagnostico	Ambiente familiar	28, 29.	Test Yo y la Escuela
			Ambiente escolar	0, 1, 2, 3, 12.	
			Comportamiento	4,17,18	
		Alteraciones Psicológicas y Físicas	Físicas	21,26,27	
	Emocionales		7,15,20,23		
Académicas	5,8,9,10,11 13,14,15,16,17,22,25				
Socialización	6,19,24				

Fuente: Aponte y Maldonado (2018)

ANEXO B
INSTRUMENTO DE DIAGNOSTICO. INDICE DE ESTETICA DENTAL



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

Instrumento de Recolección de Datos A

**Ficha de Recolección - Índice de Estética Dental (Cons, Jenny y Kohout 1983)-
 OMS 1997.**

Parte A: Datos personales:

A.1. Edad: _____

A.2. Sexo _____

Parte B:

Componentes	Coeficiente de Regresión Valor Obtenido Multiplicado por:
1. Número de dientes visibles faltantes (incisivos, caninos y premolares) en la arcada superior e inferior.	6 x _____ =
2. Evaluación de apiñamiento en los segmentos incisales: 0 = no hay segmentos apiñados, 1 = un segmento apiñado, 2 = dos segmentos apiñados.	1 x _____ =
3. Evaluación de espaciamiento en los segmentos incisales: 0 = no hay segmentos espaciados, 1 = un segmento espaciado, 2 = dos segmentos espaciados	1 x _____ =
4. Medición de diastema en la línea media en milímetros	3 x _____ =
5. Mayor irregularidad anterior en el maxilar en milímetros	1x _____ =
6. Mayor irregularidad anterior en la mandíbula en milímetros	1x _____ =
7. Medición de overjet anterior maxilar en milímetros	2x _____ =
8. Medición de overjet anterior mandibular en milímetros	4x _____ =
9. Medición de mordida abierta anterior vertical en milímetros	4x _____ =
10. Evaluación de la relación molar anteroposterior; mayor desviación de lo normal, ya sea derecha o izquierda: 0 = normal 1 = media cúspide, ya sea mesial o distal 2 = una cúspide completa o más, ya sea mesial o distal.	3x _____ =
Constante:	13
Total:	

Investigador: _____

Lugar y Fecha de Recolección de datos: _____

ANEXO C
INSTRUMENTO DE DIAGNOSTICO. TEST PSICOLOGICO



**UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA**

Instrumento de Recolección de Datos B

Edad: _____

Sexo: _____

Estimado estudiante

Me dirijo a usted en la oportunidad de saludarle, y a la vez solicitar su valiosa colaboración para la aplicación del instrumento para el de Trabajo de Grado denominado: PREVALENCIA DE MALOCLUSIONES Y SU RELACION CON EL BULLYING EN ESTUDIANTES DE LA ESCUELA RAFAEL REVENGA TURMERO ESTADO ARAGUA; requisito indispensable para la continuidad del mismo.

El presente instrumento tiene como objetivo identificar la cantidad de niños y niñas que sufren bullying en la institución.

INSTRUCCIONES

A continuación se suministran las siguientes instrucciones para responder:

1. Lea cuidadosamente cada enunciado.
2. Observe que cada enunciado tiene dos alternativas de respuestas
3. Seleccione la que considere conveniente.

Nº	Preguntas	SI	NO
0	Me gusta la escuela		
1	Me molestan mucho en la escuela		
2	Creo que se aprenden muchas cosas interesantes en la escuela		
3	Se meten conmigo en el camino de la escuela		
4	Creo que les caigo bien a mis compañeros de la escuela		
5	Es difícil para mí hacer lo que dice el profesor o la profesora		
6	Me gusta el recreo		
7	Me gustaría ir a otra escuela.		
8	Tengo problemas leyendo		
9	Me cuesta mucho aprender		
10	Es fácil para mí recordar lo que he aprendido		
11	Me gustan las matemáticas		
12	A veces los otros niños o niñas son desagradables conmigo		
13	Mi profesora o profesor maneja bien la clase		
14	Creo que mi profesor piensa que voy bien en el colegio		
15	Me gusta mi clase		
16	Me gustan las ciencias		
17	Me aburro en clase		
18	Participo en las decisiones de clase		
19	Me gustaría colaborar más en el centro		
20	Estoy deseando que lleguen las vacaciones		
21	A veces me duele la cabeza en clase		
22	Es difícil para mí hacer los deberes		
23	A veces me duele la barriga antes de ir al colegio		
24	Me gusta trabajar con mis compañeros de clase		
25	Escribo bien		
26	Agredes a alguien últimamente		
27	Te agredieron últimamente		
28	Recibo ayuda para hacer mis deberes en casa		
29	Me tratan mal en mi hogar		

Investigador: _____

**Lugar y Fecha de
Recolección de datos:** _____