



**Universidad  
Norbert Wiener**

Powered by **Arizona State University**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA ACADÉMICO DE ODONTOLOGÍA**

**Tesis**

Relación entre bullying y necesidad de tratamiento ortodóntico en adolescentes de  
una institución educativa nacional – 2023

**Para optar el Título Profesional de  
Cirujano Dentista**

**Presentado por:**

**Autora:** Flores Quillas, Ayde Carla


**Código ORCID:** <https://orcid.org/0009-0009-9748-0971>

**Asesor:** Mg. Jaime Okumura, Roberto

**Código ORCID:** <https://orcid.org/0000-0002-3601-1532>

**Lima – Perú**

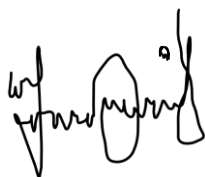
**2025**

 Universidad Norbert Wiener	<b>DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN</b>	
	<b>CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033</b>	<b>VERSIÓN: 01</b> REVISIÓN: 01

Yo, **Flores Quillas Ayde Carla** egresada de la Facultad de ciencias de la salud y Escuela Académica Profesional de Odontología declaro que el trabajo académico titulado: : “RELACIÓN ENTRE BULLYING Y NECESIDAD DE TRATAMIENTO ORTODÓNTICO EN ADOLESCENTES DE UNA INSTITUCION EDUCATIVA NACIONAL – 2023”, Asesorado por el docente: Mg: CD. Roberto Jaime Okumura DNI 09861961 **ORCID**: 0000-0002-3601-1532, tiene un índice de similitud de 20 (veinte) % con código oid:14912:479097549 verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:

1. Se ha mencionado todas las fuentes utilizadas, identificando correctamente las citas textuales o paráfrasis provenientes de otras fuentes.
2. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquella señalada en el trabajo.
3. Se autoriza que el trabajo puede ser revisado en búsqueda de plagios.
4. El porcentaje señalado es el mismo que arrojó al momento de indexar, grabar o hacer el depósito en el turnitin de la universidad y,
5. Asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión en la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas del reglamento vigente de la universidad.



Firma de autor

Nombres y apellidos del Egresado:

Ayde Carla Flores Quillas

DNI: 44675353



.....  
**Roberto Jaime Okumura**  
 Cirujano Dentista  
 COP: 13889

Firma del Asesor:

DNI: 09861961

Lima, 21 de agosto del 2025.

## **DEDICATORIA**

A mis padres que han sabido formarme con buenos sentimientos, hábitos y valores lo cual me ha ayudado a seguir adelante en los momentos difíciles.

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mis padres Amancio Flores y Elania Quillas por su apoyo constante.

A mi asesor el C.D Mg. Roberto Jaime Okumura por guiarme en la elaboración de la presente investigación y haberme brindado todos sus conocimientos.

# ÍNDICE

	<b>Pág.</b>
Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento.....	iii
Índice.....	iv
Índice de tablas.....	viii
Índice de gráficos.....	ix
Resumen.....	x
Abstract.....	xi
Introducción.....	xii
<b>CAPÍTULO I: EL PROBLEMA.....</b>	<b>13</b>
1.1 Planteamiento del problema.....	13
1.2 Formulación del problema.....	15
1.2.1 Problema general.....	15
1.2.2 Problemas específicos.....	15
1.3 Objetivos de la investigación.....	16
1.3.1 Objetivo general.....	16
1.3.2 Objetivos específicos.....	16

1.4 Justificación de la investigación.....	16
1.4.1 Teórica.....	16
1.4.2 Metodológica.....	17
1.4.3 Práctica.....	17
1.5 Limitaciones de la investigación.....	17
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>	<b>19</b>
2.1 Antecedentes de la investigación.....	19
2.2 Bases teóricas.....	22
2.3 Formulación de hipótesis.....	32
2.3.1 Hipótesis general.....	32
2.3.2 Hipótesis específicos.....	33
<b>CAPÍTULO III: METODOLOGÍA</b>	
3.1 Método de investigación .....	34
3.2 Enfoque investigativo.....	34
3.3 Tipo de investigación .....	33
3.4 Diseño de investigación.....	34
3.5 Población, muestra y muestreo.....	35
3.6 Variables y operacionalización.....	36
3.7 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	37

3.7.1	Técnica.....	37
3.7.2	Descripción.....	37
3.7.3	Validación.....	39
3.7.4	Confiabilidad.....	39
3.8	Procesamiento y análisis de datos.....	40
3.9	Aspectos éticos.....	40
<b>CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS</b>		<b>41</b>
4.1	Resultados .....	41
4.2	Discusión .....	48
<b>CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>		<b>50</b>
5.1	Conclusiones.....	50
5.2	Recomendaciones.....	51
<b>REFERENCIAS.....</b>		<b>52</b>
<b>ANEXOS</b>		
Anexo 1: Matriz de consistencia .....		58
Anexo 2: Instrumentos.....		59
Anexo 3: Aprobación de comité de ética.....		61
Anexo 4: Formato de consentimiento informado.....		62

Anexo 5: Carta de aprobación de la institución para la recolección de los datos.....	64
Anexo 6: Informe del asesor de Turnitin.....	65
Anexo 7: Evidencia de recolección de datos.....	66
Anexo 8: Base de datos.....	68

## ÍNDICE DE TABLAS

**PÁG.**

Tabla N°1: Adolescentes de una Institución Educativa Nacional - 2023, según sexo.	41
Tabla N°2: Adolescentes de una Institución Educativa Nacional - 2023, según edad.	42
Tabla N°3: Presencia de bullying en adolescentes de una Institución Educativa Nacional - 2023.	43
Tabla N°4: Necesidad de tratamiento ortodóntico en adolescentes de una Institución Educativa Nacional - 2023.	44
Tabla N°5: Relación entre bullying y necesidad de tratamiento ortodóntico en adolescentes de una Institución Educativa Nacional - 2023, según sexo.	45
Tabla N°6: Relación entre bullying y necesidad de tratamiento ortodóntico en adolescentes de una Institución Educativa Nacional - 2023, según edad.	46
Tabla N°7: Relación entre el bullying y la necesidad de tratamiento ortodóntico en adolescentes de una Institución Educativa Nacional - 2023.	47

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

**PÁG**

Figura N°1: Adolescentes de una Institución Educativa Nacional - 2023, según sexo.	41
Figura N°2: Adolescentes de una Institución Educativa Nacional - 2023, según edad.	42
Figura N°3: Presencia de bullying en adolescentes de una Institución Educativa Nacional - 2023.	43
Figura N°4: Necesidad de tratamiento ortodóntico en adolescentes de una Institución Educativa Nacional - 2023.	44
Figura N° 5: Relación entre bullying y necesidad de tratamiento ortodóntico en adolescentes de una Institución Educativa Nacional - 2023, según sexo.	45
Figura N°6: Relación entre bullying y necesidad de tratamiento ortodóntico en adolescentes de una Institución Educativa Nacional - 2023, según edad.	46

## **RESUMEN**

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre bullying y necesidad de tratamiento ortodóntico en adolescentes de una Institución Educativa Nacional – 2023. Se realizó un estudio hipotético deductivo, cuantitativo, básico, no experimental, observacional, transversal, prospectivo. La muestra fueron 234 adolescentes. En los

resultados existe un mayor porcentaje de 56,4% que hay presencia significativa de bullying. La necesidad de tratamiento ortodóntico evidenció una elevada porcentualidad de 38,9% de tratamiento electivo. En alusión al sexo evidenció relación estadísticamente representativa con el bullying ( $p=0,023$ ), revelando una elevada porcentualidad de 37,6%, donde subsiste presencia de bullying en el sexo femenino. A su vez el sexo presentó relación estadísticamente significativa con la necesidad de tratamiento ortodóntico ( $p=0,015$ ), mostrando un mayor porcentaje de 28,2% que necesitan tratamiento electivo en el sexo femenino. En referencia a la edad presentó relación estadísticamente representativa con el bullying ( $p=0,045$ ), evidenciando un elevado porcentaje de 46,6%, donde hay presencia de bullying entre las edades de 14 – 16 años. A su vez la edad presentó relación estadísticamente significativa con la necesidad de tratamiento ortodóntico ( $p=0,018$ ), mostrando un mayor porcentaje de 30,3%, necesitan tratamiento electivo entre las edades de 14 – 16 años. Al efectuar la prueba de chi cuadrado, existe relación entre el bullying y la necesidad de tratamiento ortodóntico ( $p < 0,05$ ). Concluyendo que existe relación entre bullying y necesidad de tratamiento ortodóntico en adolescentes de una Institución Educativa Nacional – 2023.

**Palabras clave:** Bullying, ortodoncia, adolescentes.

## ABSTRACT

The objective of this study was to determine the relationship between bullying and the need for orthodontic treatment in adolescents from a National Educational Institution - 2023. A hypothetical deductive, quantitative, basic, non-experimental, observational, cross-sectional, prospective study was carried out. The sample consisted of 234 adolescents. In the results, there is a higher percentage of 56.4% that there is a significant presence of bullying. The need for orthodontic treatment showed a high percentage of 38.9% of elective treatment. In reference to sex, it showed a statistically representative relationship with bullying ( $p = 0.023$ ), revealing a high percentage of 37.6%, where bullying remains present in the female sex. In turn, sex presented a statistically significant relationship with the need for orthodontic treatment ( $p = 0.015$ ), showing a higher percentage of 28.2% who need elective treatment in the female sex. Regarding age, it presented a statistically representative relationship with bullying ( $p = 0.045$ ), showing a high percentage of 46.6%, where bullying is present between the ages of 14 - 16 years. In turn, age presented a statistically significant relationship with the need for orthodontic treatment ( $p = 0.018$ ), showing a higher percentage of 30.3%, needing elective treatment between the ages of 14 - 16 years. When performing the chi square test, there is a relationship between bullying and the need for orthodontic treatment ( $p < 0.05$ ). Concluding that there is a relationship between bullying and the need for orthodontic treatment in adolescents of a National Educational Institution - 2023.

**Keywords:** Bullying, orthodontics, adolescents.

## **Introducción**

La violencia afecta a toda la sociedad, siendo niños y jóvenes especialmente vulnerables en contextos familiares, sociales y educativos. El bullying escolar, una forma específica de violencia entre compañeros, se caracteriza por un desequilibrio de poder entre agresor y víctima. Puede manifestarse de forma directa (física o verbal) o indirecta (exclusión, rumores, aislamiento), causando daños emocionales y conductuales. Las víctimas suelen presentar estrés, baja autoestima, problemas académicos, ansiedad, depresión e incluso riesgo de suicidio. No obstante, los estándares de belleza estética están fuertemente relacionados con el nivel de autoestima. La maloclusión es considerada una desviación del patrón estético en la sociedad, y no una enfermedad en sí misma, y puede definirse como la anomalía en el desarrollo de las arcadas dentarias, resultando en problemas estéticos y/o funcionales. Una apariencia dental desagradable logra estigmatizar a una persona, entorpecer el desempeño profesional, promover estereotipos nocivos e incluso minimizar la autoestima.

Este trabajo se compone de cinco capítulos. En el Capítulo I se plantea el problema, los objetivos, la justificación y las limitaciones del estudio. El Capítulo II desarrolla el marco teórico, incluyendo antecedentes, bases teóricas e hipótesis. El Capítulo III presenta la metodología, detallando el tipo de estudio, población, muestra, variables, instrumentos, procedimientos y aspectos éticos. El Capítulo IV expone los resultados y su discusión. El Capítulo V contiene las conclusiones y recomendaciones. Finalmente, se incluyen las referencias y anexos con documentos de respaldo como instrumentos, autorizaciones, evidencia de campo y base de datos.

## **1. EL PROBLEMA**

### **1.1 Planteamiento del problema**

El bienestar bucodental es un componente importante de la comodidad cotidiana y está asociada con el desarrollo de una personalidad sana. En los tiempos modernos, se pone mucho énfasis en el desarrollo de trastornos orofaciales y el tratamiento de las maloclusiones resultantes. La evaluación de los diferentes tipos de maloclusiones existentes dentro de una población es importante para planificar el tratamiento de ortodoncia y determinar los recursos necesarios para el tratamiento. La maloclusión puede llevar a que el individuo se sienta incómodo. en los contactos sociales, perdiendo oportunidades profesionales y, por lo tanto, sintiéndose avergonzados por su apariencia facial generando una problemática latente. (1)

La etiología de la maloclusión exhibe ser genética o ambiental y/o una mezcla de ambos constituyentes adjunto con varios constituyentes locales, como costumbres bucales desfavorables, anomalías dentales, forma y posición de desarrollo de los dientes. Apreciándose que la maloclusión afecta la salud oral, conduciendo a una mayor prevalencia de caries dental y puede provocar trastornos de la articulación temporomandibular. La prevalencia de la maloclusión varía de un país a otro y entre diferentes grupos de edad y sexo. (2)

En el ámbito odontológico, cotidianamente se ha apreciado elevada prestación a la examinación de las maloclusiones y atrayente dentario desde una referencia objetiva, rechazando contextos que exhiben recaer en la calidad de subsistir del atendido como el contexto psicológico. Un tratamiento que sea exitoso en fomentar la estética dental no sólo optimiza la maloclusión sino también la autoestima del paciente. A nivel mundial se aplican diversos índices que admiten calcular los requerimientos de abordaje ortodóncico,

al tiempo que exhiben aplicarse para definir requerimientos en la accesibilidad a los recursos asistenciales. (3)

La alta prevalencia de maloclusión durante la adolescencia es un problema de salud pública con implicaciones físicas y psicosociales. Como resultado, el impacto estético visible de la maloclusión influye directamente en el modo en que los individuos se ven a sí mismos, dificultando muchas veces la integración en su entorno social. Además de las limitaciones funcionales y estéticas, la calidad de vida también puede verse afectada. La autoestima, el bienestar y la capacidad de socialización pueden estar asociados con episodios de bullying. El bullying representa una forma de comportamiento agresivo, violento y repetitivo, especialmente en el contexto escolar, que afecta la vida social de las víctimas. (4) (5)

No obstante, el acoso escolar es un fenómeno que ocurre con frecuencia en diversos entornos, especialmente en el ámbito educativo, y puede presentarse de múltiples formas. Las manifestaciones más comunes incluyen agresiones físicas (empujones, golpes, daños a pertenencias), verbales (insultos, burlas, amenazas) y formas más sutiles pero igualmente dañinas como la manipulación de relaciones sociales, la propagación de rumores y la exclusión deliberada del individuo del grupo. (6)

Dentro del contexto del acoso, es posible identificar distintos perfiles de participantes. En primer lugar, los agresores suelen presentar un comportamiento dominante, impulsivo y hostil. Suelen tener una necesidad de ejercer poder y control sobre otros, y, en algunos casos, su conducta está relacionada con problemas familiares, baja empatía o antecedentes de violencia en el hogar. (7) En contraste, las víctimas tienden a ser más vulnerables emocionalmente. A menudo presentan síntomas de ansiedad, depresión, inseguridad, baja

autoestima y conductas de retraimiento. Estas características los hacen blanco fácil para los agresores, reforzando el desequilibrio de poder que caracteriza al bullying. (8)

Existe también un tercer grupo denominado agresor-víctima, conformado por individuos que han sido víctimas de acoso y, a su vez, ejercen violencia sobre otros. Estos jóvenes suelen mostrar conductas más inestables, impulsivas y reactivas. Pueden ser extrovertidos, con dificultades en el manejo de la ira, y su comportamiento agresivo puede surgir como un mecanismo de defensa frente a experiencias previas de victimización. (9)

No obstante, el reconocimiento del vínculo entre maloclusiones y bullying es crucial para los profesionales odontológicos, no solo para comprender la demanda y motivación hacia tratamientos ortodónticos, sino también para implementar estrategias multidisciplinarias que aborden tanto los aspectos clínicos como psicosociales del paciente. (10) Frente a lo explicado se determinó la relación entre bullying y necesidad de tratamiento ortodóntico en adolescentes de una Institución Educativa Nacional– 2023.

## **1.2 Formulación del problema**

### **1.2.1 Problema general**

¿Existe relación entre el bullying y necesidad de tratamiento ortodóntico en adolescentes de una Institución Educativa Nacional – 2023?

### **1.2.2 Problemas específicos**

¿Existe presencia de bullying en adolescentes de una Institución Educativa Nacional – 2023?

¿Cuál es la necesidad de tratamiento ortodóntico en adolescentes de una Institución Educativa Nacional – 2023?

¿Existe relación entre el bullying y necesidad de tratamiento ortodóntico en adolescentes de una Institución Educativa Nacional – 2023, según sexo?

¿Existe relación entre el bullying y necesidad de tratamiento ortodóntico en adolescentes de una Institución Educativa Nacional – 2023, según edad?

### **1.3 Objetivos de la investigación**

#### **1.3.1 Objetivo General**

Determinar la relación entre bullying y necesidad de tratamiento ortodóntico en adolescentes de una Institución Educativa Nacional – 2023.

#### **1.3.2 Objetivos específicos**

Determinar la presencia de bullying en adolescentes de una Institución Educativa Nacional – 2023.

Determinar la necesidad de tratamiento ortodóntico en adolescentes de una Institución Educativa Nacional – 2023.

Determinar la relación entre bullying y necesidad de tratamiento ortodóntico en adolescentes de una Institución Educativa Nacional – 2023, según sexo.

Determinar la relación entre bullying y necesidad de tratamiento ortodóntico en adolescentes de una Institución Educativa Nacional – 2023, según edad.

### **1.4 Justificación de la investigación**

#### **1.4.1 Teórica**

Teórica, porque generó ideas que incremento los conocimientos existentes, además se tuvo conocimiento de como el bullying influyó de modo transcendental en la demanda de la estética oral, siendo sustentada teóricamente de como afectó la maloclusión y el

impacto psicosocial del individuo, lo que provocó un razonamiento y un debate sobre los conocimientos vigentes en el tema, en comparación con lo obtenido de nuestra investigación.

#### **1.4.2 Metodológica**

Metodológica, al ser poco difundido este tema, pudo ocasionar en nuestro país un impacto al desarrollar instrumentos que evaluaran este tema, para así tener un fundamento científico en base a los probables resultados del estudio que ayudó a las investigaciones próximas. El instrumento validado se utilizó para recoger data verificada en el estudio y puede ser útil para otras tesis que busquen indagar las mismas variables y sean relevantes en el ámbito de la ortodoncia.

#### **1.4.3 Práctica**

Clínica fue fundamental, ya que permitió abordar y resolver de manera práctica una problemática relevante en el contexto de la ortodoncia. Además, en la práctica clínica, facilitó la identificación del tipo de maloclusión según los requerimientos del tratamiento ortodóntico para pacientes que podrían estar sufriendo bullying, ofreciendo un enfoque especial para establecer un tratamiento oportuno que beneficie su desarrollo psicosocial. También benefició al momento del plan de tratamiento porque se entendió que abordajes ortodónticos eficaz fue para pacientes con maloclusión clase I, clase II y clase III.

#### **1.5 Limitaciones de la investigación**

Este estudio presentó algunas limitaciones que deben considerarse al interpretar los resultados. En primer lugar, la muestra estuvo limitada a una sola institución educativa nacional, lo que puede afectar la generalización de los hallazgos a otras poblaciones con características socioeconómicas y culturales diferentes. Asimismo, los datos sobre

bullying se basaron en autoinformes, lo que podría introducir sesgos relacionados con la memoria o la subjetividad de los participantes. Finalmente, no se consideraron variables psicosociales adicionales, como el apoyo familiar o el entorno social, que podrían influir en la experiencia del bullying y la percepción de la necesidad ortodóntica.

## 2. MARCO TEÓRICO

### 2.1 Antecedentes de la investigación

**Santos P. et al. (11) 2023 Brazil;** tuvo como objetivo investigar las vías directas e indirectas entre el bullying y las condiciones orales adversas entre niños en edad escolar. La metodología fue transversal con niños de 8 a 10 años, matriculados en escuelas públicas del sur de Brasil. En los resultados se incluyeron 1369 niños. La prevalencia del bullying fue del 26,2% (intervalo de confianza [IC] del 95%: 23,9-28,6%). El bullying estuvo directamente influenciado por el gran resalte (coeficiente estándar [SC] 0,13,  $P < 0,01$ ), lesiones cariosas no tratada (SC 0,63,  $P = 0,01$ ) y el índice PUFA (SC 0,75,  $P = 0,02$ ). El sexo (SC - 0,005,  $P = .04$ ) y la edad (SC - 0,006,  $P < 0,01$ ) influyeron indirectamente en el acoso verbal a través de caries dental no tratada. Concluyendo que el bullying estuvo directamente influenciado por el gran resalte, la caries dental no tratada y el índice de AGPI. El sexo y la edad influyeron indirectamente en el acoso verbal debido a la caries dental no tratada.

**Vieira A. et al. (12) 2022 Brasil;** tuvo como objetivo “evaluar la asociación entre la necesidad de ortodoncia, el acoso escolar autoinformado y la autoestima en adolescentes. Se estudiaron 160 escolares de 11 a 14 años de escuelas públicas”. El acoso escolar se evaluó con el cuestionario de Crozier y Dimmock (1999), la autoestima con la Escala GSE, y la necesidad de ortodoncia mediante los componentes DHC y CA del IOTN. Se realizaron análisis individuales y regresión logística múltiple. En los resultados el 72,5% reportó haber sufrido acoso escolar. La baja autoestima y los síntomas orales fueron factores significativamente asociados, con OR de 5,44 y 4,59, respectivamente ( $p < 0,05$ ). La necesidad de ortodoncia no mostró asociación significativa. Concluyendo que el acoso escolar estuvo más relacionado con la baja autoestima que con la necesidad de tratamiento de ortodoncia.

**Yousufi S. et al. (13) 2021 Pakistán;** tuvo como objetivo “evaluar la frecuencia del acoso escolar relacionado con la maloclusión y cómo afecta este a la calidad de vida del paciente antes y después del tratamiento de ortodoncia”. Mediante un estudio transversal en el que se evaluó la calidad de vida de los participantes, el impacto del acoso escolar y el impacto del tratamiento de ortodoncia en ella mediante una versión modificada del Cuestionario de Acoso/Víctima de Olweus. En los resultados más del 57% de la población experimentó algún tipo de acoso escolar, la mayoría de los cuales pertenecían al grupo de edad de 11 a 20 años. Los pacientes con maloclusiones de clase III fueron los más afectados por el acoso escolar, y se observó una asociación significativa entre la IOTN y la incidencia del acoso. La mayoría de los participantes no tenían confianza para hablar ni sonreír, y su calidad de vida era deficiente, la cual, según afirmaron, no mejoró después del tratamiento de ortodoncia. Concluyendo que el acoso escolar relacionado con las maloclusiones podría provocar angustia mental a largo plazo y afectar negativamente la calidad de vida de los pacientes con una baja autoestima. Es necesario un programa de terapia de salud mental complementario al tratamiento de ortodoncia para lograr resultados más positivos.

**Bauss O, Stratos V. (14) 2021 Alemania;** se llevó a cabo un estudio con el objetivo de “investigar la recurrencia del bullying relacionado con maloclusiones en un grupo de pacientes de ortodoncia alemanes”. La metodología fue de tipo transversal, y la muestra se dividió en tres grupos: (1) sujetos que sufrieron acoso debido a sus características dentofaciales, (2) sujetos acosados por sus características físicas, y (3) un grupo control no acosado. Los resultados mostraron que la prevalencia general del bullying fue del 23,7%, con valores significativamente más altos en los hombres que en las mujeres ( $p < 0,001$ ). Los individuos del grupo con características dentofaciales (6,3%) iniciaron el tratamiento de ortodoncia de manera más frecuente que los del grupo de características físicas (17,4%;  $p = 0,030$ ) y el grupo control (76,3%;  $p < 0,001$ ). Este grupo también reportó

con mayor frecuencia que "tener dientes feos" era la principal razón para buscar tratamiento de ortodoncia (40,4%). Además, los participantes en este grupo tuvieron puntuaciones significativamente más altas en cuanto a la expectativa de "evitar que me acosen" en comparación con los de características físicas ( $p < 0,001$ ) y el grupo control ( $p < 0,001$ ). En conclusión, el análisis evidenció que el acoso relacionado con la maloclusión influye en la actitud hacia el tratamiento de ortodoncia. Las víctimas de bullying debido a una maloclusión inician las intervenciones ortodónticas con elevada frecuencia, esperando que este evite futuros episodios de acoso.

**Siddiq Y, Ahsan M, Yasir I, Muhammad S, Raiq S, Fawad A. (15) 2021** Pakistán; tuvo como objetivo “evaluar la frecuencia del bullying relacionado con la maloclusión y cómo la calidad de vida del paciente se ve perjudicada por el mismo antes y después del tratamiento de ortodoncia”. La metodología fue transversal en el que los participantes fueron evaluados con respecto a su calidad de vida, el impacto del acoso y el impacto del tratamiento de ortodoncia en él a través de una versión modificada del Cuestionario Olweus Bully/Victim. En los resultados más del 57% de la población experimentó algún tipo de acoso, de los cuales la mayoría pertenecía al grupo de edad de 11 a 20 años. Los pacientes con maloclusiones de Clase III sufrieron la mayor cantidad de acoso, mientras que hubo una asociación significativa entre IOTN y la incidencia de acoso. La mayoría de los participantes no tenían confianza para hablar o sonreír y tenían una mala calidad de vida que, según afirmaban, no mejoraba después del tratamiento de ortodoncia. Concluyendo que el acoso relacionado con maloclusiones podría provocar angustia mental a largo plazo y afectar una mala calidad de vida en pacientes con una mala imagen de sí mismos.

## **2.2 Bases teóricas**

### **2.2.1. Bullying**

Es la intimidación de una conducta violenta no esperada entre infantes en etariedad escolar que abarca una inestabilidad de poder verdadero o percibido. (12)

Si bien se utilizan múltiples definiciones de intimidación, la intimidación en su raíz es una forma de violencia juvenil y comportamiento agresivo. (13)

#### **Características del bullying**

El comportamiento surge de la intención de causar miedo, angustia o daño. (14)

El comportamiento se repite en el tiempo. (14)

Subsiste un desequilibrio de poder, ya sea real o percibido, entre acosador y víctima. (14)

El acoso puede ser físico (p. ej., golpear, dar puñetazos), verbal (p. ej., insultos, burlas) o psicológico/relacional (p. ej., rumores, exclusión social). (15)

Por lo general, las personas involucradas en la intimidación se clasifican como acosadores, acosadores-víctimas, víctimas o espectadores. (15)

Al ser un fenómeno complejo, el bullying no es sencillo de calcular. El modo mayormente cotidiano de calcular las conductas de amenaza escolar es preguntando sobre costumbres particulares en encuestas o entrevistas.<sup>29,30</sup> Numerosos estudios han analizado los predictores de acoso y victimización. Un metanálisis reciente sintetizó los hallazgos de esa investigación. Los investigadores observaron predictores tanto a nivel individual como contextual ya que, como señalan, “la intimidación ocurre en un contexto social en el que las personas mantienen relaciones continuas”. (15)

## **Factores predictivos del bullying**

Según los estudios, algunos de los predictores más fuertes de ser víctima de acoso escolar incluyen:

**Estatus de pares:** Aquellos con un bajo estatus social en el grupo suelen ser más vulnerables a la victimización. (16)

**Competencia social:** Los estudiantes con menos habilidades sociales o que tienen dificultades para interactuar con sus compañeros tienen mayor probabilidad de ser víctimas. (16)

Por otro lado, los predictores débiles son factores como la edad, las cogniciones relacionadas con los demás (por ejemplo, empatía o creencias sobre los demás), y el rendimiento académico, que no parecen tener una relación significativa con la victimización. (17)

En cuanto a los factores contextuales, un clima escolar positivo (ambiente inclusivo y de apoyo) y factores comunitarios (por ejemplo, apoyo de la comunidad) se correlacionan negativamente con la victimización, es decir, reducen la probabilidad de que un estudiante sea víctima de acoso. (17)

## **Factores predictivos de los acosadores**

Para los acosadores, los predictores más fuertes incluyeron el comportamiento de externalización, que se correlacionó positivamente con el acoso, y otras cogniciones relacionadas, que se relacionaron negativamente con el acoso. Otros predictores con correlaciones débiles, lo que sugiere una influencia más débil, incluyeron cogniciones relacionadas con uno mismo, la edad y el comportamiento de internalización. Los factores

contextuales con el mayor efecto sobre el acoso incluyeron factores de la comunidad y la influencia de los compañeros, ambos correlacionados negativamente. (18)

### **Factores predictivos de las víctimas**

Para las víctimas, los predictores más fuertes a nivel individual incluyeron cogniciones relacionadas con uno mismo y competencia social, ambos correlacionados negativamente con el estado de agresor-víctima. (19) Otros tres factores que predijeron moderadamente el estado de víctima incluyeron el comportamiento de externalización, el comportamiento de internalización y otras cogniciones relacionadas. Los predictores más débiles, que sugerían una influencia muy limitada, incluían el entorno familiar y el estatus de los compañeros. Los predictores contextuales incluyeron la influencia de los compañeros, el entorno familiar/hogareño y el clima escolar, todos asociados negativamente con el estado de acosador-víctima. (19)

### **Consecuencias del acoso**

La literatura muestra consistentemente que ser acosado está asociado con un aumento de los problemas sociales y emocionales, así como con consecuencias académicas y profesionales negativas a largo plazo. Estos incluyen baja autoestima, baja asistencia, problemas de salud mental e ideación suicida. La victimización por acoso también puede ser perjudicial para la salud física, y los niños acosados reportan más dolores de estómago, dolores de cabeza, llagas en la boca y golpes en el pecho. Cierta evidencia sugiere una relación circular: la angustia emocional causada por la victimización puede afectar la regulación conductual y emocional, disminuir la autoestima y obstaculizar las habilidades sociales, lo que aumenta la probabilidad de una mayor victimización. Además, la investigación ha indicado que los niños acosados tienen calificaciones educativas más bajas, peor gestión financiera y menores ingresos a los 50 años. Estos impactos negativos

son especialmente preocupantes dadas las disparidades preexistentes entre algunos de los grupos afectados desproporcionadamente por el acoso y la población general. Es posible que el acoso escolar perpetúe estas desigualdades. (20)

Es importante destacar que la perpetración de la intimidación también se asocia con consecuencias sociales, emocionales y de vida a largo plazo similares. Los alumnos que acosan a otros tienen más probabilidades de provenir de hogares abusivos que sus compañeros y tienen niveles más altos de ansiedad, depresión e ideación suicida. Cuando se los excluye, es más probable que estos niños no completen su educación, se involucran en conductas delictivas, abusan de las drogas y desarrollan depresión. (21)

### **Prevención**

Se han utilizado varios tipos de formación para prevenir el acoso escolar. La Fundación de Intervención Temprana ha encontrado pruebas sólidas de que los programas de prevención conducen a un comportamiento positivo de los espectadores, una menor aceptación del acoso y la agresión, reducciones en el acoso y la victimización autoinformados, y reducciones en la asistencia o el refuerzo del agresor. (22)

Los métodos de entrenamiento de la empatía, como el Persona Dolls Approach (PDA), también han demostrado ser prometedores con respecto a la disminución del acoso escolar. El PDA implica la introducción de muñecos de tela en las clases de niños pequeños junto con una identidad, antecedentes culturales, género y discapacidad. El maestro incorpora experiencias o sentimientos identificables y experiencias negativas relacionadas con la intimidación o el prejuicio, que el maestro y los niños trabajan juntos para resolver. Los maestros informaron que el uso de estos muñecos mejoró la empatía y disminuyó el acoso; sin embargo, esta medida podría ser vulnerable al sesgo de autoinforme, y se han realizado pocas investigaciones cuantitativas a gran escala para

probar la efectividad. Además, los maestros pueden proyectar estereotipos o sesgos sin querer en su caracterización de los muñecos o su resolución de problemas. (23)

### **2.2.2. Maloclusión**

Una oclusión anómala ocurre cuando los dientes no están alineados de manera habitual y no se ajustan correctamente con los dientes adyacentes del mismo maxilar cuando los maxilares están completamente cerrados. (24)

#### **Etiología de las maloclusiones**

En 1966, Graber dividió los elementos etiológicos en dos amplias categorías: internos y externos. (25)

#### **Factores intrínsecos**

Son elementos manejables por el dentista por su asociación estrecha con la boca; ostentando ser registrados y excluidos para que no provoque recidivantes. (27)

#### **Anomalías de número**

Anodoncia es una terminología que se efectúan para notificar a la privación clínica de uno o más órganos dentales. (27)

#### **Anomalías de tamaño**

Se exhiben cuando las piezas son superiores e inferiores entre los rangos admitidos como habituales. (28)

### **Anomalías de forma**

Se hallan adheridas con las anomalías de dimensiones. (28)

### **Frenillos labiales**

Genera un obstáculo para que los incisivos centrales delanteros se hallen de modo idóneo en las arcadas dentales, exhibiendo un diastema. (29)

### **Perdida prematura de dientes deciduos**

Perjudica estrechamente la creación de piezas definitivas, provocando degradación de zonas para la dentición definitiva. (30)

### **Retención extendida de dientes temporales**

Como resultado se exhiben desvíos al brotar las piezas definitivas o brote retrasado variando las dimensiones del arco maxilar. (30)

### **Erupción tardía de los dientes permanentes**

La procedencia del brote retrograda es provocada por la subsistencia de una pieza supernumeraria, raíz de una pieza prematura, barrera de tejido fibroso u óseo. (31)

### **Hereditario**

Procedencia de malformaciones dentofaciales. (25)

### **Estructuraciones congénitas**

Son anómalas cuya razón acata a una afección que se generará en el proceso fetal. (26)

### **Factores extrínsecos**

Constituyentes que se exhiben transcurrido el desarrollo del individuo y son complicados de manejar por el dentista. (25)

### **Medio ambiente**

Elementos que perjudican el crecimiento del feto, como padecimientos de la madre transcurrido el embarazo. (26)

### **Padecimientos predisponentes**

Las variaciones endocrinas son causales de padecimientos sistémicos. (26)

### **Deficiencia nutricional**

Las secuelas nutricionales con precariedad proteica, escasas de ácidos grasos y diversas vitaminas y minerales. (26)

### **Hábitos**

Succionarse el dedo (mordida abierta). (27)

Succionarse el labio (incremento del resalte). (27)

Succionarse la lengua (mordida abierta anterior). (27)

Respirar bucodentalmente (mordida abierta anterior). (27)

Deglución infantil (mordida abierta anterior y protrusión de incisivos superiores). (27)

## **Accidentes y traumatismos**

Al traumatizar el ápice de las piezas deciduas es conducido sencillamente a los gérmenes de piezas definitivas. (27)

### **2.2.3. Necesidad de tratamiento de ortodoncia**

#### **Índice de Estética Dental**

Es una ficha que fomenta la anotación, los requerimientos de abordaje, priorizando en referencia a contextos objetivos y subjetivos, admitiendo un óptimo empleo de recursos probables. Siendo el DAI verificado por Organización Mundial de la Salud (OMS) como índices transversales en diversos conjuntos étnicos sin alteraciones. Confeccionado en Iowa, Estados Unidos, en 1986. Abarca diez hallazgos intraorales, multiplicando por un coeficiente de regresión. El resultante a los calculos se sumaran entre sí y con una constante, alcanzando puntajes finales del DAI. (32)

Exhibe dos constituyentes: estético y dental, adheriendolos matemáticamente generar una categorización específica. (33,34)

#### **Limitaciones del DAI**

Desigualdades de la línea media. (35)

Mordidas profundas traumáticas. (35)

Mordidas cruzadas posteriores. (35)

Mordidas abiertas posteriores. (35)

## **Beneficios del Índice de estética dental**

El DAI admite examinar los requerimientos del paciente para ser sujeto al abordaje ortodóntico sin requerir referirse a hallazgos adicionales (imagenología, fotos o moldes).

(36)

El DAI es un índice simple y sencillos de ejecutar. (36)

## **Apreciación de la necesidad de abordaje ortodóntico**

**1. Piezas perdidas.** Anotándose las cifras de piezas perdidas en los arcos superior e inferior. (37)

**2. Apiñamiento.** Examinándose la subsistencia de apiñamiento en los fragmentos de los incisivos delanteros e inferiores. (37):

0: no subsiste apiñamiento. (37)

1: subsiste segmento apiñado. (37)

2: dos segmentos apiñados. (37)

**3. Espaciamiento.** Examinándose las separaciones en los fragmentos de los incisivos delanteros e inferiores. (38, 39)

0: No subsiste espaciamiento. (38, 39)

1: Un segmento incisal con zonas. (38, 39)

2: Dos fragmentos incisales con espacios . (38, 39)

**4. Diastema de la línea media.** Territorio en milímetros abarcado entre los dos incisivos delanteros definitivos en el ordenamiento cotidiano de referencias de proximidad. (40, 41)

**5. Irregularidad anterior del maxilar.** Las anomalías en rotaciones o referentes al ordenamiento cotidiano. (40, 41)

**6. Irregularidad anterior mandibular.** Localizándose y calculándose una superior irregularidad entre piezas contiguas del arco inferior. (42)

**7. Overjet maxilar.** Donde la trayectoria desde el contorno labio-incisal del incisivo superior más relevante hasta el contorno labial del incisivo inferior. (43, 44)

**8. Overjet mandibular.** La anotación de superposición delantera mandibular. (43, 44)

**9. Mordida abierta.** La anotación de máxima mordida abierta hasta el milímetro entero mayormente próximo. (45, 46)

**10. Relación molar anteroposterior.** Examinación basada con elevada recurrencia en la asociativa entre primeros molares superior e inferior permanentes. (47):

0: Normal, 1: Semicúspide, 2: Cúspide completa. (47)

### **Términos básicos**

**Maloclusión:** Oclusión anómala en la que los dientes no se encuentran en la disposición habitual ni se alinean correctamente con los dientes vecinos del mismo maxilar cuando los maxilares están cerrados. (24)

**Bullying:** Es la intimidación de una conducta violenta no esperada entre infantes en etariedad escolar que abarca una inestabilidad de poder verdadero o percibido. (15)

**Índice de Estética Dental:** Es una ficha que fomenta la anotación, los requerimientos de abordaje, priorizando en referencia a contextos objetivos y subjetivos, admitiendo un óptimo empleo de recursos probables. (32)

**Anomalías de número:** Anodoncia es una terminología que se efectúan para notificar a la privación clínica de uno o más órganos dentales. (27)

**Anomalías de tamaño:** Se exhiben cuando las piezas son superiores e inferiores entre los rangos admitidos como habituales. (28)

**Factores extrínsecos de la maloclusión:** Constituyentes que se exhiben transcurrido el desarrollo del individuo y son complicados de manejar por el dentista. (25)

**Factores intrínsecos de la maloclusión:** Son elementos manejables por el dentista por su asociación estrecha con la boca; ostentando ser registrados y excluidos para que no provoque recidivantes. (27)

**Intimidación:** Advertencia de un daño a una persona con el propósito de intimidarla o asustarla; se trata de una forma de presión moral o psicológica. (19)

**Estructuraciones congénitas:** Son anómalas cuya razón acata a una afección que se generará en el proceso fetal. (26)

**Erupción tardía de los dientes permanentes:** La procedencia del brote retrograda es provocada por la subsistencia de una pieza supernumeraria, raíz de una pieza prematura, barrera de tejido fibroso u óseo. (31)

## 2.3. Formulación de hipótesis

### 2.3.1. Hipótesis general

H1: Existe relación entre bullying y necesidad de tratamiento ortodóntico en adolescentes de una Institución Educativa Nacional – 2023.

H0: No existe relación entre bullying y necesidad de tratamiento ortodóntico en adolescentes de una Institución Educativa Nacional – 2023.

### **2.3.2. Hipótesis específicas**

H1: Existe presencia de bullying en adolescentes de una Institución Educativa Nacional – 2023.

H0: No existe presencia de bullying en adolescentes de una Institución Educativa Nacional – 2023.

H1: Existe necesidad de tratamiento ortodóntico en adolescentes de una Institución Educativa Nacional – 2023.

H0: No existe necesidad de tratamiento ortodóntico en adolescentes de una Institución Educativa Nacional – 2023

H1: Existe relación entre bullying y necesidad de tratamiento ortodóntico en adolescentes de una Institución Educativa Nacional – 2023, según sexo.

H0: No existe relación entre bullying y necesidad de tratamiento ortodóntico en adolescentes de una Institución Educativa Nacional – 2023, según sexo.

H1: Existe relación entre bullying y necesidad de tratamiento ortodóntico en adolescentes de una Institución Educativa Nacional – 2023, según edad.

H0: No existe relación entre bullying y necesidad de tratamiento ortodóntico en adolescentes de una Institución Educativa Nacional – 2023, según edad.

### **3. METODOLOGÍA**

#### **3.1. Método de la investigación:**

El método fue hipotético – deductivo porque implicó un proceso lógico que va de lo general a lo particular, es decir, desde supuestos teóricos hasta la verificación empírica. (48)

#### **3.2. Enfoque de la investigación:**

La metodología fue cuantitativo, según Hernández Sampieri, quien señaló que se utilizó para medir la variable estudiada de forma numérica. (48)

#### **3.3. Tipo de investigación:**

La investigación fue tipo básica porque tiene como finalidad principal generar nuevo conocimiento teórico sin buscar una aplicación inmediata o práctica. (48)

#### **3.4. Diseño de la investigación:**

Según los parámetros de Hernández R., el estudio fue no experimental, ya que no se maniobraron las variables a deseos de la investigadora. (48)

Además, fue correlacional, ya que analizó la relación entre dos o más variables, lo que permite determinar si están vinculadas y en qué grado. (48)

El diseño de corte transversal porque la recolección de datos se realiza en un solo momento del tiempo, permitiendo describir y analizar la relación entre variables en una población específica. (48)

### **3.5. Población, muestra y muestreo**

#### **3.5.1 Población**

La población fue 600 adolescentes de una Institución Educativa Nacional Príncipe de Asturias – 2023.

#### **3.5.2 Criterios de inclusión:**

Adolescentes atendidos de una Institución Educativa Nacional – 2023.

Adolescentes de ambos sexos.

Adolescentes que firmaron el asentimiento informado para colaborar en la investigación.

Adolescentes que sus padres han firmado el consentimiento informado para colaborar en la tesis.

Adolescentes con piezas dentales completas.

#### **3.5.3 Criterios de Exclusión**

Adolescentes con tratamiento de ortodoncia.

Adolescentes con prótesis dentales.

Adolescentes con discapacidad intelectual.

#### **3.5.4 Muestreo**

##### **3.5.4.1 Tipo de Muestreo:** probabilístico.

La muestra estuvo definida mediante la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N \cdot Z_{\sigma}^2 \cdot P \cdot Q}{e^2(N - 1) + Z_{\sigma}^2 \cdot P \cdot Q}$$

**Dónde:**

**n** = Tamaño muestral

**N** = Universo = 600

**Z** = Confianza 95% -> Z=1,96

**e** = Error (5%)

**p** = Posibilidad de éxito (0.5)

**Q** = Posibilidad de fracaso (0.5)

$$n = \frac{600 \times 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}{0.05^2(600 - 1) + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = 234$$

La muestra fueron 234 adolescentes de una Institución Educativa Nacional Príncipe de Asturias – 2023

### 3.6. Variables y operacionalización

<b>Variables</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Dimensión</b>	<b>Indicador</b>	<b>Escala de medición</b>	<b>Escala Valorativa</b>
V1 Bullying	Evidencia de presencia o ausencia de bullying	Presencia Ausencia	Frecuencia de bullying	Cualitativa Nominal	(respuesta seleccionada de 3,4,5) Presencia de bullying  (respuesta seleccionada de 1,2) Ausencia de bullying
V2 Necesidad de tratamiento ortodóntico	Evidencia de presencia o ausencia de maloclusión	Gravedad de maloclusión	Frecuencia de maloclusiones	Cualitativa Nominal	No necesita tratamiento: 25 o menos puntos Tratamiento electivo: 26-30 puntos Tratamiento conveniente: 31-35 puntos Tratamiento prioritario: 36 a más puntos

### **3.6.1 Definición operacional**

**V1 Bullying:** Evidencia de presencia o ausencia de bullying.

**V2 Necesidad de tratamiento ortodóntico:** Evidencia de presencia o ausencia de maloclusión.

## **3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

### **3.7.1. Técnica**

La técnica utilizada en este estudio fue observacional, permitiendo recopilar información directa sobre el comportamiento y características de los sujetos en su entorno natural, sin intervención del investigador. Para la recolección de datos, se empleó una ficha estructurada, previamente validada y utilizada en otra investigación académica similar, lo cual garantiza su fiabilidad y pertinencia para los objetivos del presente estudio. Esta herramienta permitió sistematizar la información observada y asegurar la uniformidad en la recopilación de datos. (14)

### **3.7.2. Descripción de instrumentos**

Para comenzar la tesis se solicitó aprobación a la directora de escuela para poder presentar la autorización de la recolección de la tesis a los encargados de la Institución Educativa Nacional – 2023.

Una vez organizadas las actividades, se presentó a los participantes el consentimiento informado. Posteriormente, se les evaluó mientras estaban sentados en una silla utilizando un equipo básico que incluía un explorador, pinzas algodóneras, espejos bucales, además

de algodón y porta residuos. Al examinado se le indicó abrir la boca para proceder con la revisión de cada pieza dental de manera individual.

### **Evaluación de la necesidad de tratamiento ortodóntico**

Para evaluar esta variable fue el DAI que fue el Índice de estética dental obteniéndolo mediante una visualización directa con espejo bucal o baja lengua y sonda periodontal validada por la OMS.

El Registro de valoración de índice de estética dental se realizó de acuerdo al Manual de compendios de la OMS.

### **Examen clínico**

El paciente estuvo sentado con la cabeza reclinada hacia atrás, y el examinador ejecutó la evaluación del paciente escogido, por medio de la visualización y con apoyo de sonda periodontal milimetrada las 10 anormalidades dentofaciales del Índice Estético Dental.

Examinación con la regresión de la ecuación: Ausencia (x 6) + apiñamiento + espaciamiento + diastema (x 3) + irregularidad maxilar superior + irregularidad maxilar inferior + resalte maxilar (x 2) + resalte mandibular (x 4) + mordida abierta anterior (x 4) + relación molar anteroposterior (x 3) + 13 es un valor constante = INDICE ESTÉTICO DENTAL.

El resultante del valor del índice de Estética Dental nos determinó la severidad de maloclusión y los requerimientos de abordajes ortodónticos: inferior o igual a 25 una normo-oclusión, 26 a 30 la maloclusión o determinó una alternativa de abordaje que exhibe ser exclusivo, 31 a 35 maloclusión que ostentó ser grave y se admitió un abordaje

deseable y superior o semejante a 36 maloclusión severa o que exhibió ser discapacitante siendo para esta maloclusión un abordaje permanente.

### **Evaluación del bullying**

Al evaluar el bullying por el aspecto de piezas se aplicó un cuestionario confeccionado con cinco enunciados, en referencia a lo admitido por Bazan et al. Se apreció como bullying por dientes, cuando el paciente escoga como positivas los items 3,4 o 5, y como privación de bullying al escoger las preguntas 1 o 2. (14)

#### **3.7.3. Validación del instrumento**

El instrumento DAI en el Perú lo revalidaron el autor Villanueva C, Portocarrero J, y Villanueva A. de la Universidad Señor de Sipán en el año 2021. (54)

En referencia al bullying se usó el instrumento de Rivera I. de la UPAO en el año 2019. (14)

#### **3.7.4. Confiabilidad**

Los instrumentos ya validados pasaron procedimientos de confiabilidad realizando un proceso de calibración con 10 participantes de la muestra establecida, lo que resultó en una evaluación intraevaluador de Kappa Cohen 0,77 y una evaluación interevaluador de Kappa Cohen 1,00, encontrando una alta concordancia en ambos casos. Se utilizó un espejo bucal plano No. 04 con mango, sin aumento, y una sonda periodontal en un aula con iluminación de luz natural. El DAI se determinó mediante una fórmula de regresión lineal que consta de 10 condiciones oclusales y sus respectivos índices de regresión. (25)

### **3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos**

Se utilizó el programa SPSS versión 25 para procesar los datos y organizar los resultados en tablas descriptivas y gráficos representativos, los cuales fueron interpretados de acuerdo con los objetivos establecidos. Para la comprobación de hipótesis general y específicas se utilizó la prueba de Chi cuadrado.

### **3.9. Aspectos éticos**

Se cumplió las normas definidas por el código de Deontología del Colegio Odontológico del Perú.

La tesis dispuso del consentimiento informado para los investigados.

Los datos obtenidos del estudio no fueron divulgados ni utilizados con otros fines, sin que se produjeran falsificaciones ni copias, y se declara que no existe conflicto de interés.

Se desarrolló la tesis preservando el anonimato de los participantes, y el principio de equivalencia, firmeza y equidad: este principio hace reseña a ser imparcial o ecuánime.

## CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

### 4.1. Resultados

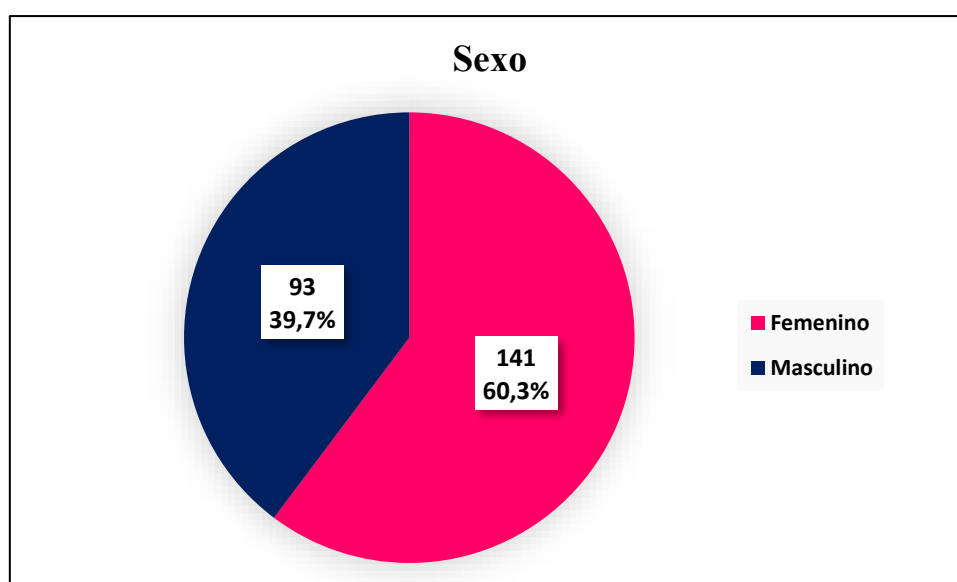
**Tabla 1.** Adolescentes de una Institución Educativa Nacional - 2023, según sexo

	Sexo	
	N	%
Femenino	141	60,3
Masculino	93	39,7
Total	234	100,0

Fuente: propia del investigador

Se observa una mayor porcentualidad en el sexo femenino con 60,3% y con una menor porcentualidad en el sexo masculino con 39,7% en adolescentes de una Institución Educativa Nacional - 2023, según sexo.

**Figura 1.** Adolescentes de una Institución Educativa Nacional - 2023, según sexo



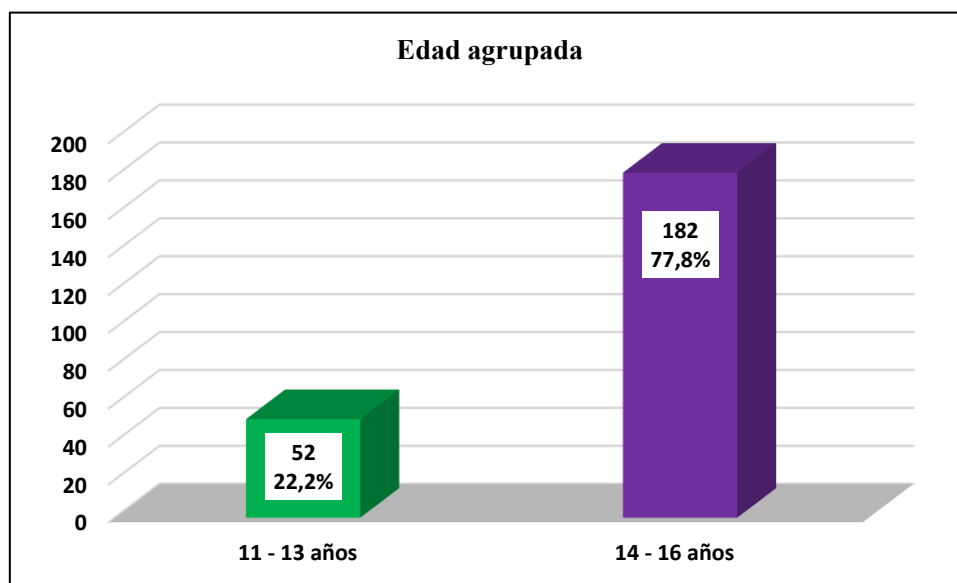
**Tabla 2.** Adolescentes de una Institución Educativa Nacional - 2023, según edad

	Edad agrupada	
	N	%
11 - 13 años	52	22,2
14 - 16 años	182	77,8
Total	234	100,0

Fuente: propia del investigador

En la presente tabla, el grupo etario con una mayor porcentualidad de 77,8% entre las edades de 14 – 16 años y con una menor porcentualidad de 22,2% entre las edades de 11 – 13 años en adolescentes de una Institución Educativa Nacional - 2023, según edad.

**Figura 2.** Adolescentes de una Institución Educativa Nacional - 2023, según edad



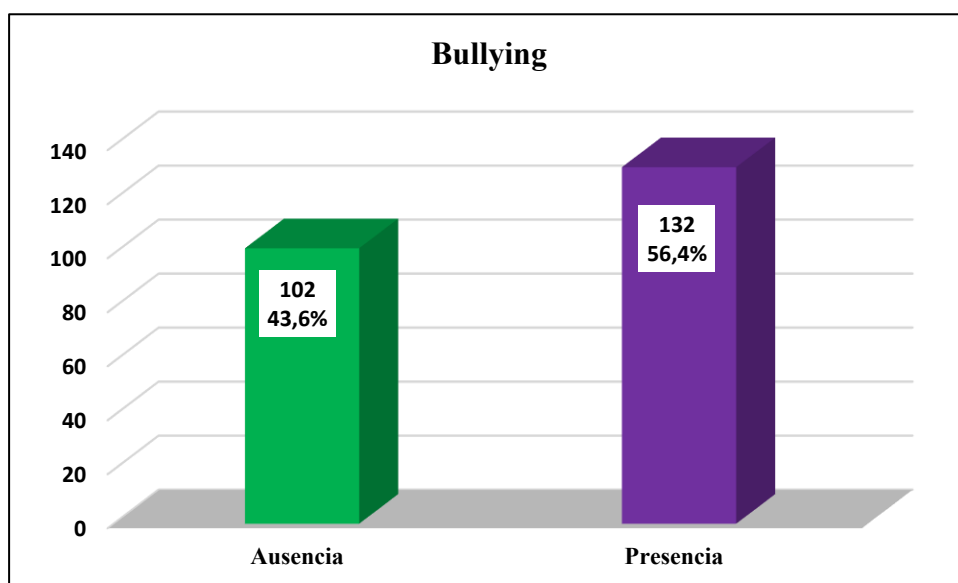
**Tabla 3.** Presencia de bullying en adolescentes de una Institución Educativa Nacional - 2023

	<b>Bullying</b>	
	N	%
Ausencia	102	43,6
Presencia	132	56,4
Total	234	100,0

Fuente: propia del investigador

En la presente tabla podemos apreciar que existe un mayor porcentaje de 56,4% hay presencia de bullying en adolescentes de una Institución Educativa Nacional - 2023.

**Figura 3.** Presencia de bullying en adolescentes de una Institución Educativa Nacional - 2023



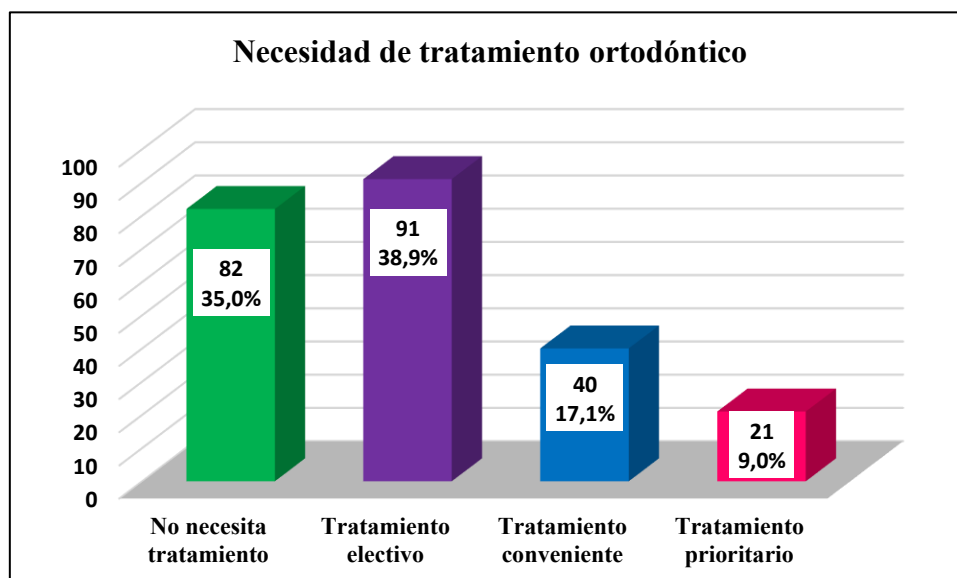
**Tabla 4.** Necesidad de tratamiento ortodóntico en adolescentes de una Institución Educativa Nacional - 2023

Necesidad de tratamiento ortodóntico		
	N	%
No necesita tratamiento	82	35,0
Tratamiento electivo	91	38,9
Tratamiento conveniente	40	17,1
Tratamiento prioritario	21	9,0
Total	234	100,0

Fuente: propia del investigador

En la tabla se pudo evidenciar que un 38,9% necesitan tratamiento electivo, seguido de 35,0% donde no necesita tratamiento, con el 17,1% con tratamiento conveniente y por último con un 9,0% tratamiento prioritario en adolescentes de una Institución Educativa Nacional - 2023.

**Figura 4.** Necesidad de tratamiento ortodóntico en adolescentes de una Institución Educativa Nacional - 2023



**Tabla 5.** Relación entre bullying y necesidad de tratamiento ortodóntico en adolescentes de una Institución Educativa Nacional - 2023, según sexo

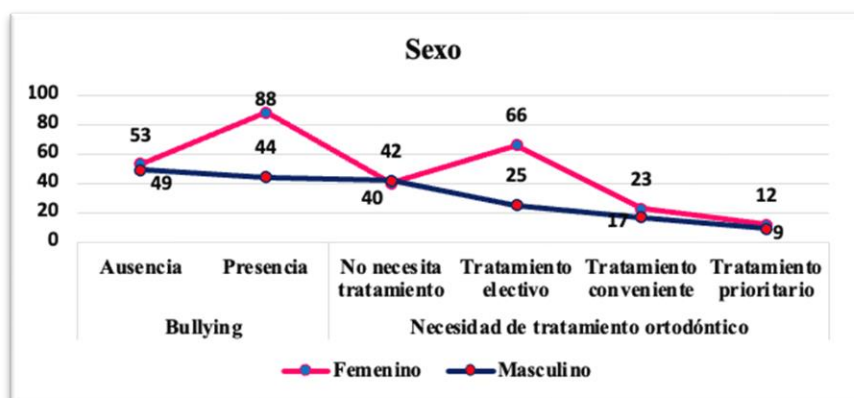
		Sexo				Total		P valor
		Femenino		Masculino				
		n	%	n	%	n	%	
Bullying	Ausencia	53	22,6	49	20,9	102	43,6	0,023
	Presencia	88	37,6	44	18,8	132	56,4	
Necesidad de tratamiento ortodóntico	No necesita tratamiento	40	17,1	42	17,9	82	35,0	0,015
	Tratamiento electivo	66	28,2	25	10,7	91	38,9	
	Tratamiento conveniente	23	9,8	17	7,3	40	17,1	
	Tratamiento Prioritario	12	5,1	9	3,8	21	9,0	

Prueba estadística chi x2

Fuente: propia del investigador

De acuerdo con la prueba de chi-cuadrado, si existe relación estadísticamente significativa entre el bullying con el sexo, ( $p=0,023<0,05$ ), evidenciando un elevado porcentaje de 37,6%, donde hay presencia de bullying en el sexo femenino. Se empleó la prueba de chi-cuadrado en la siguiente variable donde también existe relación estadísticamente significativa entre la necesidad de tratamiento ortodóntico con el sexo, ( $p=0,015<0,05$ ), por lo tanto, evidenció un elevado porcentaje de 28,2%, necesitan tratamiento electivo en el sexo femenino en adolescentes de una Institución Educativa Nacional - 2023, según sexo.

**Figura 5.** Relación entre bullying y necesidad de tratamiento ortodóntico en adolescentes de una Institución Educativa Nacional - 2023, según sexo



**Tabla 6.** Relación entre bullying y necesidad de tratamiento ortodóntico en adolescentes de una Institución Educativa Nacional - 2023, según edad

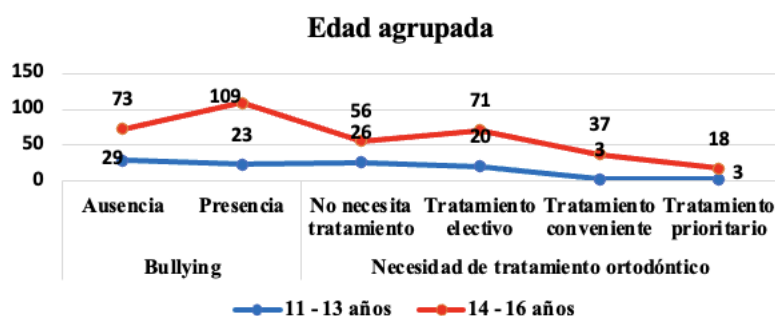
		Edad agrupada				Total		P valor
		11 - 13 años		14 - 16 años				
		n	%	n	%	n	%	
Bullying	Ausencia	29	12,4	73	31,2	102	43,6	0,045
	Presencia	23	9,8	109	46,6	132	56,4	
Necesidad de tratamiento ortodóntico	No necesita tratamiento	26	11,1	56	23,9	82	35,0	0,018
	Tratamiento electivo	20	8,5	71	30,3	91	38,9	
	Tratamiento conveniente	3	1,3	37	15,8	40	17,1	
	Tratamiento Prioritario	3	1,3	18	7,7	21	9,0	

Prueba estadística chi x2

Fuente: propia del investigador

De acuerdo con la prueba de chi-cuadrado, si existe relación estadísticamente significativa entre el bullying con la edad, ( $p=0,045<0,05$ ), sin embargo, muestra un mayor porcentaje de 46,6%, donde hay presencia de bullying entre las edades de 14 – 16 años. A continuación, se empleó la prueba de chi-cuadrado en la siguiente variable donde también existe relación estadísticamente significativa entre la necesidad de tratamiento ortodóntico con la edad, ( $p=0,018<0,05$ ), por lo tanto, muestra un mayor porcentaje de 30,3%, necesitan tratamiento electivo entre las edades de 14 – 16 años en adolescentes de una Institución Educativa Nacional - 2023, según edad.

**Figura 6.** Relación entre bullying y necesidad de tratamiento ortodóntico en adolescentes de de una Institución Educativa Nacional - 2023, según edad



**Tabla 7.** Relación entre bullying y necesidad de tratamiento ortodóntico en adolescentes de una Institución Educativa Nacional - 2023

**H0:** No existe relación entre bullying y necesidad de tratamiento ortodóntico en adolescentes de una Institución Educativa Nacional - 2023.

**H1:** Existe relación entre bullying y necesidad de tratamiento ortodóntico en adolescentes de una Institución Educativa Nacional - 2023.

	Pruebas de chi-cuadrado	valor p
Bullying - Necesidad de tratamiento ortodóntico	164, 070 <sup>a</sup>	0,000

Prueba estadística chi  $x^2$

Fuente propia del investigador

En contexto a la prueba de chi cuadrado, hay relación entre el bullying y la necesidad de tratamiento ortodóntico en adolescentes de una Institución Educativa Nacional - 2023, donde ( $p < 0,05$ ), si aceptamos **H1.f**

## 4.2. Discusión

La tesis tuvo como objetivo determinar la relación entre bullying y necesidad de tratamiento ortodóntico en adolescentes de una Institución Educativa Nacional – 2023. Se realizó un estudio hipotético deductivo, cuantitativo, básico, no experimental, observacional, transversal, prospectivo.

Según la prueba estadística se demostró que existe relación entre bullying y necesidad de tratamiento ortodóntico ( $p < 0,05$ ) teniendo semejanza con lo encontrado por Colturato J. et al (2019) Brasil; donde el bullying y abordaje de ortodóntico previo presentó una correlación representativa con esta variable. ( $p < 0.0001$ ). (55) Este resultado discrepa con lo encontrado por el autor Gatto R. et al. (2018) Brasil; donde no hubo correlación representativa entre personas víctimas de bullying y requerimiento de abordajes de ortodoncia ( $p > 0001$ ). (54) A su vez este resultado tiene proximidad con los autores Carruitero M, Julca-Ching J. (2019) Trujillo; donde el requerimiento de abordaje ortodóntico en los pacientes no exhibió impacto en el rendimiento académico, autoestima y bullying. ( $p > 0.05$ ). (56)

En referencia a los resultados existe un mayor porcentaje de 56,4% que hay presencia significativa de bullying diferenciándose con lo encontrado por los autores Bauss O, Stratos V. (2021) Alemania; donde la prevalencia general del bullying fue del 23,7%. (15)

En referencia al sexo evidenció relación estadísticamente significativa con el bullying ( $p = 0,023$ ), mostrando un mayor porcentaje en el sexo femenino discrepando con lo encontrado por los autores Bauss O, Stratos V. (2021) Alemania; donde los sujetos masculinos evidenciaron valores representativos más elevados que las mujeres con bullying ( $p = 0,001$ ). (15)

Según el requerimiento de intervención ortodóntica evidenció un elevado porcentaje de 38,9% de tratamiento electivo diferenciándose con lo hallado por los autores Bauss O, Stratos V. (2021) Alemania; donde los pacientes que sufrían bullying informó con una recurrencia significativamente mayor que los "dientes feos" eran el elemento esencial de motivación para lograr abordajes ortodónticos con 40,4 %. (15)

En la presente investigación se observó un porcentaje significativo que hay presencia de bullying teniendo proximidad con el autor Rivera I. (2019) Trujillo; donde los participantes con bullying fue más significativo. (14)

## **CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **5.1 Conclusiones**

1. Existe relación estadísticamente significativa entre bullying y necesidad de tratamiento ortodóntico en adolescentes de una Institución Educativa Nacional – 2023.
2. Existe presencia significativa de bullying en adolescentes de una Institución Educativa Nacional – 2023.
3. La necesidad de tratamiento ortodóntico es tratamiento electivo en adolescentes de una Institución Educativa Nacional – 2023.
4. Existe relación estadísticamente significativa entre bullying y necesidad de tratamiento ortodóntico en adolescentes del sexo femenino de una Institución Educativa Nacional – 2023
5. Existe relación estadísticamente significativa entre bullying y necesidad de tratamiento ortodóntico en adolescentes de 14 – 16 años de una Institución Educativa Nacional – 2023.

## **5.2. Recomendaciones**

Desarrollar estudios comparativos que evalúen el impacto de la maloclusión en el bullying en adolescentes de instituciones educativas particulares y estatales.

Realizar estudios de revisión de literatura sobre bullying y necesidad de tratamiento ortodóntico en adolescentes.

Realizar investigaciones que examinen los factores que afectan el bullying y su vínculo con el requerimiento de tratamiento de ortodoncia.

Analizar el requerimiento de intervención ortodóntica en una muestra de adolescentes peruanos que sufren bullying.

## 5. REFERENCIAS

1. Davies S. Malocclusion a term in need of dropping or redefinition. *Br Dent*, 2007, 1(1): 519- 520.
2. Gudipaneni R. et al. The prevalence of malocclusion and the need for orthodontic treatment among adolescents in the northern border region of Saudi Arabia: an epidemiological study. *BMC oral health*. 2018, 18.1 (1): 1-6.
3. Boukhazani F, Bennaceur S, Ahmed F. The Prevention of Malocclusions in a Local Community in Southeastern Algeria. *Lalima Singh*. 2021, 1 (1): 11.
4. Rigby K. Consequences of bullying in schools. *The Canadian Journal of Psychiatry*. g2003, 48(9), 583-590.
5. Djessyca P. et al. Impact of malocclusion on bullying in school children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Children and Youth Services Review*. 2022, 1 (2): 106636.
6. Ramos I. et al. Correlation between malocclusion and history of bullying in vulnerable adolescents. *The Angle Orthodontist*. 2022, 92 (5): 677-682.
7. Wang S, Lu J, Zheng G, He Y, Liu S, Xiang Y, Liu X, Wang X, Xiao Y, Zhou N. The sequential association between school bullying and oral health related quality of life (OHRQoL) in Chinese children and adolescents. *BMC Public Health*. 2025;25:1652.
8. Grassia V, Rotolo RP, Nucci L, d'Apuzzo F, Perillo L. Bullying and malocclusion in adolescence: a case report. *South Eur J Orthod Dentofac Res*. 2022;7(2):17-20.
9. Bolsson GB, Knorst JK, Menegazzo GR, Ardenghi TM. Pathways between oral health conditions and bullying on adolescents: A 10-year cohort study. *Oral Dis*. 2024;30(3):1716-1723.
10. Broutin A, Blanchet I, Canceill T, Noirrit-Esclassan E. Association between Dentofacial Features and Bullying from Childhood to Adulthood: A Systematic Review. *Children (Basel)*. 2023 May 25;10(6):934.
11. Vieira AKA, Carneiro DPA, Meneghim MC, Vedovello SAS, Valdrighi HC. Can orthodontic need cause bullying? *RGO Rev Gaúch Odontol*. 2021;69:e20210047. doi:10.1590/1981-863720210004720190090
12. Yousufi S, Shah AM, Israr Y, Saud M, Shah R, Shah FA. Bullying in orthodontic patients and its association to malocclusion, mental and oral health related quality of life. *J Khyber Coll Dent*. 2021;11(4):17–22. doi:10.33279/jkcd.v11i04.111

13. Carruitero M, Julca-Ching J. Impact of the need for orthodontic treatment on academic performance, self-esteem and bullying in schoolchildren. *Journal of Oral Research*. 2019, 8(2): 99-103.
14. Rivera I. Bullying y apiñamiento de dientes anteriores en escolares de 11 a 16 años de edad. [Internet] [Tesis] UPAO, 2019.
15. Bauss O, Stratos V. Prevalence of bullying in orthodontic patients and its impact on the desire for orthodontic therapy, treatment motivation, and expectations of treatment. *Journal of Orofacial Orthopedics/Fortschritte der Kieferorthopädie*. 2021, 1(1): 1-10.
16. Vieira A. et al. Can orthodontic need cause bullying. *RGO-Revista Gaúcha de Odontologia* 69 (2021): e20210047.
17. Siddiq Y, Ahsan M, Yasir I, Muhammad S, Raiq S, Fawad A. Bullying in orthodontic patients and its association to malocclusion, mental and oral health related quality of life. *Journal of Khyber College of Dentistry*. 2021;11(04), 17–22.
18. Santos, P. S., et al. Pathways between verbal bullying and oral conditions among school children. *European archives of pediatric dentistry* 24.4 (2023): 499-505.
19. Rao V, Simkiss D. Bullying in schools: A survey of the experience of looked after children. *Adoption & Fostering*. 2007, 31(3), 49-57.
20. Rigby K. Consequences of bullying in schools. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2003, 48(9), 583-590.
21. Cross D, Lester L, Barnes A. A longitudinal study of the social and emotional predictors and consequences of cyber and traditional bullying victimization. *International Journal of Public Health*, 2015, 60(2), 207-217.
22. Borgwald K, Theixos H. Bullying the bully: Why zero-tolerance policies get a failing grade. *Social Influence*, 2013, 8(2-3), 149-160.
23. Thompson F, Smith P. The use and effectiveness of anti-bullying strategies in schools. *Research Brief DFE-RR 2011* 1(1): 1-220.
24. Smith C. *Persona Dolls and anti-bias curriculum practice with young children: A case study of Early Childhood Development teachers (Doctoral dissertation, University of Cape Town)*. 2009
25. Armitage R. Bullying in children: impact on child health. *BMJ pediatrics open*. 2021, 5.1 (1): 1-10.

26. Villanueva C, Portocarrero J, Villanueva C. Assessment of the need for orthodontic treatment in a Peruvian sample using the Dental Aesthetic Index. *Journal of Oral Research*. 2021, 10.5 (5): 1-7.
27. Reissner C, Morel M, Quinana M. Impacto psicosocial de la maloclusión en adolescentes que acuden a escuelas de Asunción y Pirayú, Paraguay. *Revista Nacional de Odontología*. 2019, 15 (28): 1-10.
28. Fernández A. Afecciones psicosociales y autoestima relacionada a la deficiente estética dental en adolescentes de 14 a 18 años de edad en el colegio Rita Lecumberri de Guayaquil. [Tesis] [Internet] Ecuador: Universidad de Guayaquil. Facultad Piloto de Odontología, 2019.
29. Silvestre C. Relación entre maloclusión y el impacto psicosocial de la estética dental en estudiantes del centro poblado Conopa, Ancash, 2018.
30. Arela D. Impacto psicosocial de la maloclusión en estudiantes de 12 a 15 años de edad de la Institución Educativa Independencia Nacional–Puno 2019. (2020).
31. Davies S. Malocclusion a term in need of dropping or redefinition. *Br Dent*, 2007, 1(1): 519- 520.
32. Vellini F. Ortodoncia, diagnóstico y planificación clínica. São Paulo: Artes Medicas Ltda. 2002.
33. Palma A, Sánchez F. Técnicas de ayuda odontológica y estomatológica. Madrid, España: Paraninfo S.A. 2010.
34. Ponce S, Ledesma C, Morales I, Garcés , M. (2010). Síndromes vinculados con la anodoncia. *ADM*(2), 62-64.
35. Regezi J, Sciubba J. Patología bucal correlaciones clinicopatológicas (3a edición ed.). México D.F.: McGraw-Hill Interamericana . 2000.
36. Bordoni N, Escobar A, Castillo R. Odontología pediátrica (1a edición ed.). Buenos Aires: Médica Panamericana. 2010.
37. Nelson S, Ash M. Wheeler. Anatomía, Fisiología y Oclusión Dental (9a edición ed.). Barcelona, España: Elsevier. 2010.
38. Vidaković, R. et al. Correlation between the DAI and ICON Indices used for Assessment of Orthodontic Treatment need in Croatian Schoolchildren. *Slovenian Journal of Public Health*. 2018, 57.4 (4): 218-226.
39. Alyaqoobi J, Patel C. The impact of orthodontic treatment on quality of life and self-esteem in adult patients. *European Journal of Orthodontics*. 2015, 37(3): 233-237.

40. Rojo M, Gutierrez F, Gutierrez J, Rojas A. Necesidad de tratamiento ortodóntico utilizando el Índice Estética Dental (DAI) en una población de Guadalajara, Jalisco, México. *Acta Odontológica Colombiana* 2016, 6(1): 99. Revisado el 19 de Junio del 2018.
41. Arroyo C. Evaluación de la necesidad de tratamiento ortodóntico con el Índice de Estética Dental (DAI) en escolares con dentición mixta en el distrito de Ate Vitarte – Lima [Internet]. Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas - UPC; 2014.
42. Radeska A. et al. Application of IOTN and DAI indices for assessment in need of orthodontic treatment." *Македонски стоматолошки преглед*. 2019, 1(1): 1.10.
43. Ochoa, E., & Karem, L. Prevalencia del impacto psicosocial de maloclusión en estudiantes de secundaria de la institución educativa “Ciro Alegría Bazán” distrito de Anta, provincia de Acobamba, departamento de Huancavelica, año 2018.
44. AlQarni A, et al. Evaluate the malocclusion in subjects reporting for orthodontic treatment among Saudi population in Asser region. *Journal of international oral health: JIOH*. 2021, 6 (4): 42.
45. Gudipaneni R. et al. The prevalence of malocclusion and the need for orthodontic treatment among adolescents in the northern border region of Saudi Arabia: an epidemiological study. *BMC oral health*. 2018, 18.1 (1): 1-6.
46. Smith C. *Persona Dolls and anti-bias curriculum practice with young children: A case study of Early Childhood Development teachers (Doctoral dissertation, University of Cape Town)*. 2009, 1(1): 1-10.
47. Todor B. et al. Environmental factors associated with malocclusion in children population from Mining Areas, Western Romania. *International journal of environmental research and public health*. 2019, 16 (18): 3383.
48. Cavalcanti L. et al. Relationship between malocclusion and deleterious oral habits in preschool children in Campina Grande, PB, Brazil. *Stomatoloski glasnik Srbije*. 2008, 55 (3): 154-162.
49. Šidlauskas A, Lopatienė K. The prevalence of malocclusion among 7–15-year-old Lithuanian schoolchildren. *Medicina*. 2009, 45 (2): 147.
50. Balachandran P, Chandrashekar J. Prevalence of malocclusion among 8–15 years old children, India—A systematic review and meta-analysis. *Journal of oral biology and craniofacial research*. 2021, 11.2 (2): 192-199.

51. Singh NP, et al. Prevalence of malocclusion and orthodontic treatment needs among 12-15 years old school children in Patna, Eastern India. *Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2019, 8 (9): 2983.
52. Hernández Sampieri, Roberto; et al. *Metodología de la Investigación*. 2a. ed. McGraw-Hill. México, D.F., 2001. Pág. 52 - 134.
53. Villanueva-Baltuano C, Portocarrero J, Villanueva-Aguilar C. Assessment of the need for orthodontic treatment in a Peruvian sample using the Dental Aesthetic Index. *Journal of Oral Research*. 2021; 10.5 (5): 1-7.
54. Gatto R. et al. Self-esteem level of Brazilian teenagers victims of bullying and its relation with the need of orthodontic treatment. *RGO-Revista Gaúcha de Odontologia*. 2017, 65 (1): 30-36.
55. Colturato J. et al. The relationship between oral health-related quality of life, the need for orthodontic treatment and bullying, among Brazilian teenagers. *Dental press journal of orthodontics*. 2019, 24 (1): 73-80.
56. Carruitero M, Julca-Ching J. Impact of the need for orthodontic treatment on academic performance, self-esteem and bullying in schoolchildren. *Journal of Oral Research*. 2019, 8(2): 99-103.

## **Anexos**

## Anexo N° 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DISEÑO METODOLÓGICO
<p>Problema general:</p> <p>¿Existe relación entre bullying y necesidad de tratamiento ortodóntico en adolescentes de una Institución Educativa Nacional – 2023?</p> <p>Problemas específicos:</p> <p>¿Existe presencia de bullying en adolescentes de una Institución Educativa Nacional – 2023?</p> <p>¿Cuál es la necesidad de tratamiento ortodóntico en adolescentes de una Institución Educativa Nacional – 2023?</p> <p>¿Existe relación entre bullying y necesidad de tratamiento ortodóntico en adolescentes de una Institución Educativa Nacional – 2023, según sexo?</p> <p>¿Existe relación entre bullying y necesidad de tratamiento ortodóntico en adolescentes de una Institución Educativa Nacional – 2023, según edad?</p>	<p>Objetivo general:</p> <p>Determinar la relación entre bullying y necesidad de tratamiento ortodóntico en adolescentes de una Institución Educativa Nacional – 2023.</p> <p>Objetivos específicos:</p> <p>Determinar si existe presencia de bullying en adolescentes de una Institución Educativa Nacional – 2023.</p> <p>Determinar la necesidad de tratamiento ortodóntico en adolescentes de una Institución Educativa Nacional – 2023.</p> <p>Determinar la relación entre el bullying y necesidad de tratamiento ortodóntico en adolescentes de una Institución Educativa Nacional – 2023, según sexo.</p> <p>Determinar la relación entre el bullying y necesidad de tratamiento ortodóntico en adolescentes de una Institución Educativa Nacional – 2023, según edad.</p>	<p>Hipótesis general:</p> <p>Existe relación entre bullying y necesidad de tratamiento ortodóntico en adolescentes de una Institución Educativa Nacional – 2023.</p> <p>Hipótesis específicas:</p> <p>H1: Existe presencia de bullying en adolescentes de una Institución Educativa Nacional – 2023. H0: No existe presencia de bullying en adolescentes de una Institución Educativa Nacional – 2023.</p> <p>H1: Existe necesidad de tratamiento ortodóntico en adolescentes de una Institución Educativa Nacional – 2023. H0: No existe necesidad de tratamiento ortodóntico en adolescentes de una Institución Educativa Nacional – 2023.</p> <p>H1: Existe relación entre bullying y necesidad de tratamiento ortodóntico en adolescentes de una Institución Educativa Nacional – 2023, según sexo. H0: No existe relación entre bullying y necesidad de tratamiento ortodóntico en adolescentes de una Institución Educativa Nacional – 2023, según sexo.</p> <p>H1: Existe relación entre bullying y necesidad de tratamiento ortodóntico en adolescentes de una Institución Educativa Nacional – 2023, según edad. H0: No existe relación entre bullying y necesidad de tratamiento ortodóntico en adolescentes de una Institución Educativa Nacional – 2023, según edad.</p>	<p>Variable 1 Bullying</p> <p>Variable 2 Necesidad de tratamiento ortodóntico</p>	<p>Tipo de investigación: Básica</p> <p>Método y diseño de la investigación: Cuantitativo.</p> <p>Método: hipotético – deductivo</p> <p>Diseño: No experimental, correlacional</p>

**Anexo N° 2: Ficha de recolección de datos**



**“FICHA DE RECOLECCION DE DATOS”**

**DENTICION**

Numero I.C.Pm perdidos

**ESPACIO**

piñamiento en la región de incisivos

Espaciamiento en la región de incisivos

Diastema mm

Desalineamiento maxilar anterior mm

Desalineamiento mandibular anterior mm

**OCLUSION**

Overjet maxilar

Overjet mandibular anterior mm

mordida abierta vertical anterior mm

relación molar antero posterior

PUNTUACION	DAI Nivel de gravedad y necesidad de tratamiento relativa	Paciente
≤ 25	Oclusion normal y malocclusion menor. No necesidad de tratamiento o muy ligera.	
26- 30	Malocclusion evidente: tratamiento electivo	
31- 35	Malocclusion grave: tratamiento deseable	
≥ 36	Malocclusion muy grave: tratamiento obligatorio	

OBSERVACIONES:

---



---



---

**Fuente:** Villanueva C, Portocarrero J, Villanueva C. Assessment of the need for orthodontic treatment in a Peruvian sample using the Dental Aesthetic Index. Journal of Oral Research. 2021, 10.5 (5): 1-7.

## Evaluación del bullying

### **INSTRUCCIONES:**

Lee detenidamente cada una de las preguntas y ENCIERRA EN UN CIRCULO la respuesta: SI ó NO, según te identifique:

1. ¿Fuiste intimidado por la apariencia de tus dientes en los dos últimos meses?  
SI  
NO
2. ¿Fuiste intimidado por la apariencia de tus dientes una o dos veces en los dos últimos meses?  
SI  
NO
3. ¿Fuiste intimidado por la apariencia de tus dientes dos o tres veces al mes?  
SI  
NO
4. ¿Fuiste intimidado por la apariencia de tus dientes una vez a la semana?  
SI  
NO
5. ¿Fuiste intimidado por la apariencia de tus dientes varias veces a la semana?  
SI  
NO

FUENTE: Rivera I. Bullying y apiñamiento de dientes anteriores en escolares de 11 a 16 años de edad. [Internet] [Tesis] UPAO 2019.

## Anexo N° 3: Aprobación de comité de ética



### COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA PARA LA INVESTIGACIÓN

#### CONSTANCIA DE APROBACIÓN

Lima, 23 de octubre de 2023

Investigador(a)  
**Ayde Carla Flores Quillas**  
Exp. N°: 1048-2023

De mi consideración:

Es grato expresarle mi cordial saludo y a la vez informarle que el Comité Institucional de Ética para la investigación de la Universidad Privada Norbert Wiener (CIEI-UPNW) **evaluó y APROBÓ** los siguientes documentos:

- Protocolo titulado: “**RELACIÓN ENTRE BULLYING Y NECESIDAD DE TRATAMIENTO ORTODÓNTICO EN ADOLESCENTES DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA NACIONAL- 2023**” Versión 02 con fecha 28/09/2023.
- Formulario de Consentimiento Informado **Versión 02** con fecha 28/09/2023.

El cual tiene como investigador principal al Sr(a) Ayde Carla Flores Quillas y a los investigadores colaboradores (no aplica)


La APROBACIÓN comprende el cumplimiento de las buenas prácticas éticas, el balance riesgo/beneficio, la calificación del equipo de investigación y la confidencialidad de los datos, entre otros.

El investigador deberá considerar los siguientes puntos detallados a continuación:

1. **La vigencia** de la aprobación es de **dos años** (24 meses) a partir de la emisión de este documento.
2. **El Informe de Avances** se presentará cada 6 meses, y el informe final una vez concluido el estudio.
3. **Toda enmienda o adenda** se deberá presentar al CIEI-UPNW y no podrá implementarse sin la debida aprobación.
4. Si aplica, **la Renovación** de aprobación del proyecto de investigación deberá iniciarse treinta (30) días antes de la fecha de vencimiento, con su respectivo informe de avance.


Es cuanto informo a usted para su conocimiento y fines pertinentes.

Atentamente,

  
Yenny Marisol Bellido Fuente  
Presidenta del CIEI- UPNW



## Anexo N° 4: Consentimiento Informado

 Universidad Norbert Wiener	<b>FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO(FCI) EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN DEL CIEI-VRI</b>		
	<b>CÓDIGO:</b> UPNW-EES-FOR-068	<b>VERSIÓN: 01</b> REVISIÓN: 01	<b>FECHA: 11/08/2022</b>

**Título de proyecto de investigación:** “Relación entre bullying y necesidad de tratamiento ortodóntico en adolescentes de una Institución Educativa Nacional – 2023”.

**Investigadora :** Flores Quillas Ayde Carla

**Institución(es):** Universidad Privada Norbert Wiener (UPNW)

---

Estamos invitando a usted a participar en un estudio de investigación titulado: “Relación entre bullying y necesidad de tratamiento ortodóntico en adolescentes de una Institución Educativa Nacional – 2023” de fecha 28/09/2023 y versión.01. Este es un estudio desarrollado por investigadores de la Universidad Privada Norbert Wiener(UPNW).

### I. INFORMACIÓN

**Propósito del estudio:** El propósito de este estudio es determinar la relación entre bullying y necesidad de tratamiento ortodóntico en adolescentes de una Institución Educativa Nacional – 2023. Su ejecución ayudará a determinar como estan asociados directamente las variables.

**Duración del estudio (meses):** 1 mes.

**N° esperado de participantes:** 234 participantes.

#### **Criterios de Inclusión y exclusión:**

##### **Criterios de inclusión:**

- Adolescentes atendidos de una Institución Educativa Nacional – 2023.
- Adolescentes de ambos sexos.
- Adolescentes que firmaron el asentimiento informado para colaborar en la investigación.
- Adolescentes que sus padres han firmado el consentimiento informado para colaborar en la tesis.
- Adolescentes con piezas dentales completas.

##### **Criterios de exclusión:**

- Adolescentes con tratamiento de ortodoncia.
- Adolescentes con prótesis dentales.
- Adolescentes con discapacidad intelectual.

**Procedimientos del estudio:** Si Usted decide participar en este estudio se le realizará los siguientes procesos:

- Llenado del consentimiento informado.
- Llenado de la encuesta.

La *encuesta* puede demorar unos 15 minutos.

Los resultados se le entregarán a usted en forma individual y se almacenarán respetando la confidencialidad y su anonimato.

**Riesgos:**

Su participación en el estudio *no* presenta riesgo.

**Beneficios:**

Usted se beneficiará del presente proyecto para mejorar su salud bucal.

**Costos e incentivos:** Usted *no* pagará ningún costo monetario por su participación en la presente investigación. Así mismo, no recibirá ningún incentivo económico ni medicamentos a cambio de su participación.

**Confidencialidad:** Nosotros guardaremos la información recolectada con códigos para resguardar su identidad. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita su identificación. Los archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al equipo de estudio.

**Derechos del paciente:** La participación en el presente estudio es voluntaria. Si usted lo decide puede negarse a participar en el estudio o retirarse de éste en cualquier momento, sin que esto ocasione ninguna penalización o pérdida de los beneficios y derechos que tiene como individuo, como así tampoco modificaciones o restricciones al derecho a la atención médica.

**Preguntas/Contacto:** Puede comunicarse con el Investigador Principal (Ayde Carla Flores Quillas, 950515496).

Así mismo puede comunicarse con el Comité de Ética que validó el presente estudio, Contacto del Comité de Ética: Dra. Yenny M. Bellido Fuentes, Presidenta del Comité de Ética de la Universidad Norbert Wiener, para la investigación de la Universidad Norbert Wiener, **Email:** comité.ética@uwiener.edu.pe

## II. DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

He leído la hoja de información del Formulario de Consentimiento Informado(FCI), y declaro haber recibido una explicación satisfactoria sobre los objetivos, procedimientos y finalidades del estudio. Se han respondido todas mis dudas y preguntas. Comprendo que mi decisión de participar es voluntaria y conozco mi derecho a retirar mi consentimiento en cualquier momento, sin que esto me perjudique de ninguna manera. Recibiré una copia firmada de este consentimiento.

\_\_\_\_\_(Firma)\_\_\_\_\_  
Nombre **participante:**  
DNI:  
Fecha: (dd/mm/aaaa)


\_\_\_\_\_(Firma)\_\_\_\_\_  
Nombre **investigador:**  
DNI:  
Fecha: (dd/mm/aaaa)

\_\_\_\_\_(Firma)\_\_\_\_\_  
Nombre testigo o representante legal:  
DNI:  
Fecha: (dd/mm/aaaa)

**Nota:** La firma del testigo o representante legal es obligatoria solo cuando el participante tiene alguna discapacidad que le impida firmar o imprimir su huella, o en el caso de no saber leer y escribir.

## Anexo 5: Carta de aprobación de la institución para la recolección de los datos

*Institución Educativa*  
*N° 7096*  
*"Príncipe de Asturias"*



Av. César Vallejo s/n Sector 6, Grupo 5 A  
Villa El Salvador – UGEL Nº 01 – SIM.

### CONSTANCIA


La Dirección de la Institución Educativa N° 7096 "Príncipe de Asturias" – Distrito de Villa El Salvador – UGEL 01 San Juan de Miraflores.

Hace constar:

Que, la Srta. Ayde Carla Flores Quilla, identificada con DNI N° 44675352, Bachiller de la carrera de Odontología, de la Universidad Norbert Wiener (Carta N° 135-12-2023-EAP-ODON-UPNW) ha ejecutado la recolección de datos para su tesis titulada: "Relación entre el Bullying y necesidad de tratamiento ortodóntico en adolescentes de una institución educativa nacional – 2023", en estudiantes del nivel secundaria.

Se expide el presente documento a los interesados para los fines que estimen conveniente.

Villa El Salvador, 21 de marzo de 2024.



## Anexo 6: Informe del asesor de Turnitin

NOMBRE DEL TRABAJO

**Tesis**

AUTOR

**Ayde Flores**

RECuento DE PALABRAS

**7750 Words**

RECuento DE CARACTERES

**45144 Characters**

RECuento DE PÁGINAS

**44 Pages**

TAMAÑO DEL ARCHIVO

**348.4KB**

FECHA DE ENTREGA

**Aug 6, 2025 11:15 PM GMT-5**

FECHA DEL INFORME

**Aug 6, 2025 11:16 PM GMT-5**

### ● 20% de similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos.

- 16% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 16% Base de datos de trabajos entregados
- 5% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

### ● Excluir del Reporte de Similitud

- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)

## Anexo N° 7: Evidencia de la investigación





## Anexo N° 8: Base de datos

A	B	C	D	E
n	Sexo	Edad agrupada	Bullying	Necesidad de tratamiento ortodóntico
1	Masculino	14 - 16 años	Presencia	Tratamiento electivo
2	Femenino	11 - 13 años	Ausencia	No necesita tratamiento
3	Masculino	14 - 16 años	Ausencia	No necesita tratamiento
4	Femenino	14 - 16 años	Presencia	Tratamiento electivo
5	Femenino	14 - 16 años	Presencia	Tratamiento electivo
6	Masculino	14 - 16 años	Ausencia	Tratamiento conveniente
7	Masculino	11 - 13 años	Ausencia	No necesita tratamiento
8	Femenino	14 - 16 años	Presencia	Tratamiento Prioritario
9	Femenino	14 - 16 años	Ausencia	No necesita tratamiento
10	Femenino	14 - 16 años	Presencia	Tratamiento conveniente
11	Femenino	14 - 16 años	Presencia	Tratamiento electivo
12	Femenino	14 - 16 años	Presencia	Tratamiento electivo
13	Masculino	11 - 13 años	Ausencia	No necesita tratamiento
14	Masculino	11 - 13 años	Ausencia	No necesita tratamiento
15	Femenino	11 - 13 años	Ausencia	Tratamiento electivo
16	Femenino	14 - 16 años	Presencia	Tratamiento electivo
17	Femenino	11 - 13 años	Ausencia	No necesita tratamiento
18	Femenino	14 - 16 años	Presencia	Tratamiento electivo
19	Femenino	11 - 13 años	Presencia	Tratamiento electivo
20	Femenino	11 - 13 años	Presencia	Tratamiento electivo
21	Femenino	14 - 16 años	Ausencia	Tratamiento conveniente
22	Femenino	14 - 16 años	Presencia	Tratamiento electivo
23	Masculino	14 - 16 años	Ausencia	No necesita tratamiento
24	Femenino	14 - 16 años	Presencia	Tratamiento conveniente
25	Masculino	14 - 16 años	Ausencia	Tratamiento electivo
26	Masculino	14 - 16 años	Ausencia	No necesita tratamiento
27	Femenino	11 - 13 años	Presencia	Tratamiento electivo
28	Femenino	14 - 16 años	Presencia	Tratamiento conveniente
29	Masculino	14 - 16 años	Ausencia	No necesita tratamiento
30	Masculino	14 - 16 años	Presencia	Tratamiento Prioritario
31	Masculino	11 - 13 años	Ausencia	No necesita tratamiento
32	Masculino	14 - 16 años	Ausencia	Tratamiento conveniente
33	Femenino	14 - 16 años	Presencia	Tratamiento electivo

A	B	C	D	E
34	Masculino	11 - 13 años	Ausencia	No necesita tratamiento
35	Femenino	14 - 16 años	Presencia	Tratamiento Prioritario
36	Femenino	14 - 16 años	Presencia	Tratamiento electivo
37	Masculino	14 - 16 años	Ausencia	No necesita tratamiento
38	Femenino	14 - 16 años	Presencia	Tratamiento conveniente
39	Femenino	14 - 16 años	Presencia	Tratamiento electivo
40	Masculino	11 - 13 años	Ausencia	No necesita tratamiento
41	Femenino	14 - 16 años	Ausencia	Tratamiento electivo
42	Femenino	14 - 16 años	Presencia	Tratamiento electivo
43	Femenino	14 - 16 años	Presencia	Tratamiento conveniente
44	Masculino	14 - 16 años	Ausencia	No necesita tratamiento
45	Femenino	11 - 13 años	Presencia	Tratamiento electivo
46	Masculino	11 - 13 años	Ausencia	No necesita tratamiento
47	Femenino	11 - 13 años	Ausencia	No necesita tratamiento
48	Femenino	14 - 16 años	Presencia	Tratamiento Prioritario
49	Femenino	11 - 13 años	Ausencia	Tratamiento electivo
50	Masculino	14 - 16 años	Ausencia	No necesita tratamiento
51	Femenino	14 - 16 años	Presencia	Tratamiento electivo
52	Masculino	14 - 16 años	Ausencia	No necesita tratamiento
53	Femenino	14 - 16 años	Presencia	Tratamiento Prioritario
54	Femenino	14 - 16 años	Ausencia	Tratamiento electivo
55	Masculino	14 - 16 años	Ausencia	No necesita tratamiento
56	Femenino	14 - 16 años	Presencia	Tratamiento electivo
57	Femenino	14 - 16 años	Presencia	Tratamiento conveniente
58	Femenino	14 - 16 años	Presencia	Tratamiento electivo
59	Femenino	14 - 16 años	Ausencia	No necesita tratamiento
60	Femenino	14 - 16 años	Presencia	Tratamiento electivo
61	Femenino	11 - 13 años	Ausencia	No necesita tratamiento
62	Femenino	11 - 13 años	Ausencia	No necesita tratamiento
63	Femenino	14 - 16 años	Ausencia	Tratamiento electivo
64	Femenino	14 - 16 años	Presencia	Tratamiento conveniente
65	Femenino	11 - 13 años	Presencia	Tratamiento electivo
66	Masculino	14 - 16 años	Ausencia	No necesita tratamiento
67				

A	B	C	D	E
67	Femenino	14 - 16 años	Presencia	Tratamiento electivo
68	Masculino	14 - 16 años	Ausencia	No necesita tratamiento
69	Masculino	14 - 16 años	Presencia	Tratamiento electivo
70	Masculino	11 - 13 años	Presencia	Tratamiento Prioritario
71	Femenino	11 - 13 años	Presencia	Tratamiento electivo
72	Masculino	14 - 16 años	Ausencia	No necesita tratamiento
73	Femenino	11 - 13 años	Ausencia	No necesita tratamiento
74	Femenino	14 - 16 años	Ausencia	Tratamiento electivo
75	Femenino	14 - 16 años	Presencia	Tratamiento electivo
76	Femenino	14 - 16 años	Presencia	Tratamiento conveniente
77	Femenino	14 - 16 años	Presencia	Tratamiento electivo
78	Masculino	14 - 16 años	Ausencia	No necesita tratamiento
79	Femenino	14 - 16 años	Presencia	Tratamiento conveniente
80	Femenino	11 - 13 años	Ausencia	No necesita tratamiento
81	Femenino	14 - 16 años	Ausencia	Tratamiento Prioritario
82	Femenino	14 - 16 años	Presencia	Tratamiento electivo
83	Femenino	14 - 16 años	Ausencia	No necesita tratamiento
84	Femenino	14 - 16 años	Presencia	Tratamiento electivo
85	Femenino	14 - 16 años	Presencia	Tratamiento electivo
86	Masculino	14 - 16 años	Ausencia	No necesita tratamiento
87	Masculino	11 - 13 años	Presencia	Tratamiento electivo
88	Masculino	14 - 16 años	Ausencia	Tratamiento electivo
89	Masculino	14 - 16 años	Ausencia	No necesita tratamiento
90	Femenino	14 - 16 años	Presencia	Tratamiento conveniente
91	Femenino	14 - 16 años	Presencia	Tratamiento electivo
92	Femenino	14 - 16 años	Ausencia	No necesita tratamiento
93	Femenino	14 - 16 años	Ausencia	No necesita tratamiento
94	Masculino	14 - 16 años	Presencia	Tratamiento conveniente
95	Femenino	11 - 13 años	Ausencia	Tratamiento electivo
96	Femenino	11 - 13 años	Ausencia	No necesita tratamiento
97	Masculino	14 - 16 años	Presencia	Tratamiento conveniente
98	Femenino	11 - 13 años	Presencia	Tratamiento electivo
99	Masculino	14 - 16 años	Presencia	Tratamiento electivo
100				

A	B	C	D	E
100	Femenino	11 - 13 años	Ausencia	No necesita tratamiento
101	Masculino	14 - 16 años	Presencia	Tratamiento conveniente
102	Femenino	14 - 16 años	Presencia	Tratamiento electivo
103	Femenino	14 - 16 años	Ausencia	No necesita tratamiento
104	Femenino	14 - 16 años	Ausencia	Tratamiento electivo
105	Femenino	14 - 16 años	Ausencia	No necesita tratamiento
106	Femenino	14 - 16 años	Ausencia	No necesita tratamiento
107	Femenino	14 - 16 años	Presencia	Tratamiento electivo
108	Femenino	14 - 16 años	Presencia	Tratamiento electivo
109	Femenino	14 - 16 años	Presencia	Tratamiento electivo
110	Femenino	11 - 13 años	Ausencia	No necesita tratamiento
111	Femenino	14 - 16 años	Ausencia	Tratamiento conveniente
112	Masculino	14 - 16 años	Ausencia	No necesita tratamiento
113	Masculino	14 - 16 años	Presencia	Tratamiento Prioritario
114	Masculino	11 - 13 años	Ausencia	No necesita tratamiento
115	Femenino	14 - 16 años	Ausencia	No necesita tratamiento
116	Masculino	14 - 16 años	Presencia	Tratamiento conveniente
117	Masculino	11 - 13 años	Presencia	Tratamiento electivo
118	Masculino	14 - 16 años	Presencia	Tratamiento electivo
119	Masculino	14 - 16 años	Presencia	Tratamiento conveniente
120	Femenino	11 - 13 años	Ausencia	No necesita tratamiento
121	Femenino	14 - 16 años	Ausencia	No necesita tratamiento
122	Femenino	14 - 16 años	Presencia	Tratamiento electivo
123	Femenino	14 - 16 años	Ausencia	No necesita tratamiento
124	Masculino	14 - 16 años	Ausencia	Tratamiento electivo
125	Femenino	14 - 16 años	Presencia	Tratamiento electivo
126	Femenino	14 - 16 años	Ausencia	No necesita tratamiento
127	Femenino	14 - 16 años	Presencia	Tratamiento electivo
128	Femenino	14 - 16 años	Ausencia	No necesita tratamiento
129	Masculino	14 - 16 años	Presencia	Tratamiento electivo
130	Masculino	14 - 16 años	Ausencia	Tratamiento conveniente
131	Masculino	14 - 16 años	Ausencia	No necesita tratamiento
132	Masculino	14 - 16 años	Presencia	Tratamiento Prioritario
133				

A	B	C	D	E
133	Masculino	14 - 16 años	Presencia	Tratamiento electivo
134	Masculino	14 - 16 años	Presencia	Tratamiento conveniente
135	Masculino	14 - 16 años	Ausencia	No necesita tratamiento
136	Masculino	14 - 16 años	Presencia	Tratamiento electivo
137	Femenino	14 - 16 años	Ausencia	Tratamiento conveniente
138	Masculino	14 - 16 años	Ausencia	No necesita tratamiento
139	Femenino	14 - 16 años	Presencia	Tratamiento electivo
140	Masculino	14 - 16 años	Presencia	Tratamiento electivo
141	Masculino	14 - 16 años	Ausencia	No necesita tratamiento
142	Femenino	14 - 16 años	Presencia	Tratamiento electivo
143	Femenino	14 - 16 años	Presencia	Tratamiento Prioritario
144	Femenino	14 - 16 años	Ausencia	No necesita tratamiento
145	Femenino	14 - 16 años	Ausencia	No necesita tratamiento
146	Femenino	14 - 16 años	Ausencia	Tratamiento electivo
147	Femenino	14 - 16 años	Ausencia	No necesita tratamiento
148	Femenino	14 - 16 años	Presencia	Tratamiento Prioritario
149	Femenino	14 - 16 años	Presencia	Tratamiento electivo
150	Femenino	14 - 16 años	Ausencia	No necesita tratamiento
151	Femenino	14 - 16 años	Presencia	Tratamiento conveniente
152	Masculino	14 - 16 años	Presencia	Tratamiento electivo
153	Femenino	14 - 16 años	Presencia	Tratamiento Prioritario
154	Femenino	14 - 16 años	Presencia	Tratamiento electivo
155	Femenino	14 - 16 años	Ausencia	No necesita tratamiento
156	Masculino	14 - 16 años	Presencia	Tratamiento conveniente
157	Femenino	14 - 16 años	Presencia	Tratamiento electivo
158	Masculino	14 - 16 años	Ausencia	No necesita tratamiento
159	Masculino	14 - 16 años	Presencia	Tratamiento conveniente
160	Femenino	11 - 13 años	Ausencia	No necesita tratamiento
161	Masculino	14 - 16 años	Presencia	Tratamiento Prioritario
162	Femenino	14 - 16 años	Ausencia	No necesita tratamiento
163	Masculino	14 - 16 años	Presencia	Tratamiento conveniente
164	Femenino	11 - 13 años	Ausencia	No necesita tratamiento
165	Femenino	14 - 16 años	Presencia	Tratamiento electivo
166				

A	B	C	D	E
166	Femenino	14 - 16 años	Presencia	Tratamiento Prioritario
167	Masculino	14 - 16 años	Presencia	Tratamiento electivo
168	Masculino	11 - 13 años	Ausencia	No necesita tratamiento
169	Masculino	14 - 16 años	Presencia	Tratamiento electivo
170	Masculino	14 - 16 años	Presencia	Tratamiento conveniente
171	Masculino	14 - 16 años	Ausencia	No necesita tratamiento
172	Masculino	14 - 16 años	Presencia	Tratamiento electivo
173	Masculino	14 - 16 años	Ausencia	No necesita tratamiento
174	Masculino	14 - 16 años	Presencia	Tratamiento conveniente
175	Masculino	14 - 16 años	Ausencia	Tratamiento electivo
176	Femenino	14 - 16 años	Ausencia	No necesita tratamiento
177	Femenino	14 - 16 años	Presencia	Tratamiento conveniente
178	Femenino	11 - 13 años	Ausencia	No necesita tratamiento
179	Femenino	14 - 16 años	Presencia	Tratamiento electivo
180	Masculino	14 - 16 años	Ausencia	No necesita tratamiento
181	Femenino	14 - 16 años	Presencia	Tratamiento conveniente
182	Femenino	14 - 16 años	Presencia	Tratamiento electivo
183	Masculino	14 - 16 años	Presencia	Tratamiento Prioritario
184	Femenino	14 - 16 años	Presencia	Tratamiento electivo
185	Femenino	14 - 16 años	Presencia	Tratamiento conveniente
186	Masculino	14 - 16 años	Presencia	Tratamiento electivo
187	Masculino	14 - 16 años	Ausencia	No necesita tratamiento
188	Femenino	14 - 16 años	Presencia	Tratamiento electivo
189	Masculino	14 - 16 años	Presencia	Tratamiento conveniente
190	Masculino	14 - 16 años	Ausencia	No necesita tratamiento
191	Femenino	14 - 16 años	Ausencia	No necesita tratamiento
192	Femenino	14 - 16 años	Presencia	Tratamiento conveniente
193	Femenino	14 - 16 años	Presencia	Tratamiento electivo
194	Femenino	14 - 16 años	Presencia	Tratamiento Prioritario
195	Femenino	14 - 16 años	Ausencia	No necesita tratamiento
196	Femenino	14 - 16 años	Presencia	Tratamiento conveniente
197	Femenino	14 - 16 años	Presencia	Tratamiento electivo
198	Masculino	14 - 16 años	Ausencia	No necesita tratamiento
199				

A	B	C	D	E
199	Femenino	11 - 13 años	Presencia	Tratamiento Prioritario
200	Femenino	11 - 13 años	Presencia	Tratamiento electivo
201	Femenino	11 - 13 años	Presencia	Tratamiento electivo
202	Femenino	11 - 13 años	Presencia	Tratamiento electivo
203	Masculino	11 - 13 años	Ausencia	No necesita tratamiento
204	Masculino	11 - 13 años	Presencia	Tratamiento electivo
205	Femenino	11 - 13 años	Ausencia	No necesita tratamiento
206	Masculino	11 - 13 años	Presencia	Tratamiento electivo
207	Masculino	14 - 16 años	Presencia	Tratamiento conveniente
208	Femenino	14 - 16 años	Presencia	Tratamiento electivo
209	Masculino	14 - 16 años	Ausencia	No necesita tratamiento
210	Femenino	14 - 16 años	Presencia	Tratamiento conveniente
211	Femenino	11 - 13 años	Presencia	Tratamiento electivo
212	Masculino	14 - 16 años	Ausencia	No necesita tratamiento
213	Masculino	14 - 16 años	Presencia	Tratamiento electivo
214	Masculino	14 - 16 años	Presencia	Tratamiento conveniente
215	Masculino	14 - 16 años	Ausencia	No necesita tratamiento
216	Masculino	11 - 13 años	Presencia	Tratamiento Prioritario
217	Masculino	14 - 16 años	Presencia	Tratamiento electivo
218	Femenino	11 - 13 años	Presencia	Tratamiento conveniente
219	Femenino	14 - 16 años	Ausencia	No necesita tratamiento
220	Masculino	14 - 16 años	Presencia	Tratamiento electivo
221	Masculino	14 - 16 años	Presencia	Tratamiento Prioritario
222	Femenino	14 - 16 años	Presencia	Tratamiento electivo
223	Femenino	14 - 16 años	Ausencia	No necesita tratamiento
224	Femenino	11 - 13 años	Presencia	Tratamiento conveniente
225	Masculino	14 - 16 años	Ausencia	No necesita tratamiento
226	Femenino	14 - 16 años	Presencia	Tratamiento Prioritario
227	Femenino	14 - 16 años	Presencia	Tratamiento electivo
228	Masculino	14 - 16 años	Presencia	Tratamiento electivo
229	Femenino	11 - 13 años	Presencia	Tratamiento conveniente
230	Femenino	11 - 13 años	Presencia	Tratamiento electivo
231	Femenino	11 - 13 años	Presencia	Tratamiento electivo

226	Femenino	14 - 16 años	Presencia	Tratamiento Prioritario
227	Femenino	14 - 16 años	Presencia	Tratamiento electivo
228	Masculino	14 - 16 años	Presencia	Tratamiento electivo
229	Femenino	11 - 13 años	Presencia	Tratamiento conveniente
230	Femenino	11 - 13 años	Presencia	Tratamiento electivo
231	Femenino	11 - 13 años	Presencia	Tratamiento electivo
232	Femenino	14 - 16 años	Ausencia	No necesita tratamiento
233	Masculino	11 - 13 años	Ausencia	No necesita tratamiento
234	Masculino	14 - 16 años	Presencia	Tratamiento Prioritario

## ● 20% de similitud general

Principales fuentes encontradas en las siguientes bases de datos:

- 16% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 16% Base de datos de trabajos entregados
- 5% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

### FUENTES PRINCIPALES

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	<b>repositorio.uwiener.edu.pe</b> Internet	4%
2	<b>Universidad Cesar Vallejo on 2022-12-29</b> Submitted works	3%
3	<b>repositorio.uap.edu.pe</b> Internet	3%
4	<b>hdl.handle.net</b> Internet	2%
5	<b>Universidad Andina Nestor Caceres Velasquez on 2024-08-18</b> Submitted works	1%
6	<b>Universidad Continental on 2024-03-26</b> Submitted works	<1%
7	<b>Universidad Alas Peruanas on 2023-11-07</b> Submitted works	<1%
8	<b>BENEMERITA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE PUEBLA BIBLIOTECA on ...</b> Submitted works	<1%