



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

BULLYING RELACIONADO A CONDICIONES DENTARIAS

**PRESENTADA POR
DULCE FABIOLA VILMA ATÚNCAR DÍAZ**

**ASESORA
JUANA ROSMERI SALAS HUAMANI**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE BACHILLER EN
ODONTOLOGÍA**

LIMA – PERÚ

2019



CC BY-NC-SA

Reconocimiento – No comercial – Compartir igual

El autor permite transformar (traducir, adaptar o compilar) a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



USMP
UNIVERSIDAD DE
SAN MARTÍN DE PORRES

FACULTAD DE
ODONTOLOGÍA

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

TITULADO:

**BULLYING RELACIONADO A CONDICIONES
DENTARIAS**

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:
BACHILLER EN ODONTOLOGÍA**

AUTOR: DULCE FABIOLA VILMA ATÚNCAR DÍAZ

ASESOR: MG. C.D. JUANA ROSMERI SALAS HUAMANI

LIMA – PERÚ

2019

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I – BULLYING	4
1.1. DEFINICIÓN	4
1.2 HISTORIA	4
1.3 PREVALENCIA	5
1.4 TIPOS DE BULLYING	7
1.5 FACTORES DE RIESGO PARA CONVERTIRSE EN AGRESOR	8
1.6 FACTORES DE RIESGO PARA CONVERTIRSE EN VÍCTIMA.....	8
1.7 CONSECUENCIAS DEL BULLYING	8
1.8 ESCALAS DE MEDICIÓN.....	9
CAPÍTULO II - CONDICIONES DENTARIAS RELACIONADAS A BULLYING	11
2.1 OVERJET AUMENTADO.....	12
2.2 APIÑAMIENTO MAXILAR.....	13
2.3 OVERBITE PROFUNDO	13
2.4 BULLYING Y CONDICIONES DENTARIAS EN EL PERÚ.....	14
2.5 EFECTOS NEGATIVOS DEL BULLYING RELACIONADO A CARACTERÍSTICAS DENTALES.....	14
2.6 EFECTOS POSITIVOS DEL TRATAMIENTO ORTODONCICO EN PACIENTES VICTIMAS DE BULLYING	15
CONCLUSIONES	16
RECOMENDACIONES	17
FUENTES DE INFORMACIÓN	18

INTRODUCCIÓN

El bullying es un problema de salud pública que se caracteriza por una conducta agresiva intencional que ocurre constantemente en el tiempo y donde existe un desbalance de poderes entre la víctima y el agresor¹.

Cuando el bullying no es diagnosticado a tiempo y de manera correcta, puede provocar consecuencias tan determinantes como el suicidio². Esta dificultad de diagnóstico puede deberse a que no exista una escala de medición en la que los autores usen una misma definición³.

La adopción universal del término bullying fue consecuencia de la dificultad en traducirlo a diversas lenguas. Durante la realización de la Conferencia On-Line Internacional Bullying y Violencia en Escuelas del año 2005, se determinó que la amplia definición que se da a la palabra bullying hace difícil identificar un término nativo correspondiente en países como Alemania, Francia, España, Portugal y Brasil, entre otros⁴.

La información científica disponible sobre la prevalencia de bullying en Perú^{1,5-7} muestra tasas bastante elevadas, incluso alarmantes (35 a 60%), por lo que Cobian en el año 2015 hizo una reflexión sobre los instrumentos utilizados para medir, y encontraron que las dos escalas utilizadas (escala DEVIDA y escala de Oliveros) no fueron validadas ni adaptadas, concluyendo que deben ser generadas escalas incluyendo la variable repetición de la agresión, o hacer la traducción y la adaptación cultural de escalas en inglés que permitan comparar con otras realidades³, sin embargo en un estudio realizado por Crookston y otros investigadores en el año 2014 encontraron que niños identificados por los cuidadores como víctimas de bullying a los ocho y a los 15 años fueron significativamente más propensos a fumar cigarrillos, beber alcohol y tener relaciones sexuales a los 15 años⁹ mostrando la importancia y la necesidad de un enfoque más profundo del tema, teniendo en cuenta las causas y factores de riesgo que los niños y adolescentes presentan para ser víctimas de bullying o ser agresores.

Actualmente la sociedad moderna es impulsada por la necesidad de tener ideales, la percepción estética dentofacial puede influenciar opiniones formadas de

un individuo por sus pares y adultos o la percepción propia del individuo^{10,11}. Una de las preocupaciones más comunes en los adultos y actualmente también en los niños es la estética dental. Existen características dentales que están asociadas a un mayor riesgo de bullying, motivando al paciente a acudir a un profesional de salud como el odontólogo para resolver dicha condición¹². Cabe mencionar que los comentarios sobre los dientes se consideran más dañinos que los comentarios sobre otras características físicas como la altura y el peso^{13,14}.

Los individuos con alineamiento normal de los incisivos se consideran más deseables como amigos, atractivos, inteligentes y menos agresivos en comparación con los individuos con maloclusión^{10,11,15}. También los individuos con altos niveles de atractivo facial provocan una respuesta más favorable por parte de la sociedad en comparación con aquellos con niveles bajos¹⁶.

Durante la adolescencia, la apariencia física asume una importancia significativa en la construcción de la identidad personal, incluyendo la relación con el propio cuerpo. Una variedad de factores sociales, culturales, psicológicos y personales influye en la auto-percepción de la apariencia dental y la decisión de someterse a tratamiento ortodóntico. Los adolescentes que buscan tratamiento ortodóntico están preocupados generalmente por la mejora de su apariencia y aceptación social¹⁷.

La búsqueda de tratamiento ortodóntico ha sido un buen motivo de estudio como indicador de la percepción del niño acerca de su estética dental; en una revisión sistemática al respecto¹⁸, mostraron que la principal razón para los niños a someterse al tratamiento ortodóntico era la razón estética.

Por lo tanto, frente a esta problemática se plantea la siguiente pregunta:
¿Qué condiciones dentarias estarían asociadas al bullying en niños y adolescentes?

Para tal efecto, esta monografía se encuentra dividido en dos capítulos, en el capítulo I se desarrolló la definición de bullying además de la prevalencia e incidencia, tipos, factores asociados, consecuencias y distintas escalas de medición, respondiendo al primer objetivo específico de describir el bullying de manera general. En el capítulo II se menciona el bullying y su relación con condiciones dentarias, como también el impacto que puede ocasionar en el niño o

adolescente respondiendo al segundo objetivo específico que es describir la relación que existe entre las variables de estudio, así como su impacto en la sociedad.

CAPÍTULO I – BULLYING

1.1. DEFINICIÓN

La Organización Mundial de la Salud define la violencia como el uso deliberado de fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o de forma efectiva, contra una persona, grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos de muerte, del desarrollo o privaciones. Dan Olweus, pionero en el estudio sobre bullying, definió que un estudiante sufre bullying cuando es expuesto repetidamente a lo largo del tiempo a acciones negativas intencionales por uno o más estudiantes que son considerados más fuertes que el agredido observándose un desbalance de poderes^{19,20,21}.

Generalmente el bullying ocurre entre una persona o varias personas más fuertes que atacan a los más débiles, que son elegidos conscientemente y no al azar, teniendo como fin lastimar, humillar, aislar a la víctima, y se considera como un problema de relaciones destructivas.⁶ Dentro de los personajes en esta problemática consideramos a la víctima, el agresor o victimario y el observador. En la mayoría de los casos, son comportamientos no encubiertos; el agresor no se esconde ni mantiene el anonimato y engloba agresiones directas e indirectas, tanto físicas como verbales, psicológicas y de exclusión social^{3,8,22}.

A pesar de que el bullying ha tenido numerosos esfuerzos de prevención, sigue siendo considerado un problema importante de salud pública en las escuelas de muchos países²³.

1.2 HISTORIA

Los primeros estudios científicos sobre bullying comenzaron a principios de la década del 70; a partir de los estudios tanto de Heinemann como de Olweus¹⁹. Olweus realizó un extenso estudio del fenómeno de la agresión entre colegas en los establecimientos escolares durante las décadas de los 70 y los 80 en las

naciones nórdicas. En 1857, Hughes publicó un libro en el que relata los efectos dañinos de la violencia escolar en las escuelas públicas de Inglaterra²⁵.

Olweus también hizo público el suicidio de tres adolescentes, quienes hicieron conocer la ansiedad que les provocaba sentirse perseguidos e intimidados por algunos de sus compañeros, hecho que conmovió a la sociedad noruega y motivó su interés, iniciando un estudio longitudinal en 1970^{19,24}. En 1999 se produjo la tragedia del Columbine High School en Colorado, que tuvo amplia difusión en los medios de comunicación, cuando dos jóvenes de 15 años constantemente agredidos por sus pares, se suicidaron después de asesinar a 15 compañeros de colegio²⁶.

En el año 2004, se conoció el suicidio en Hondarribia (Guipúzcoa), España, de un joven de catorce años de nombre Jokin, por no poder soportar la presión de unos compañeros, motivando la publicación en diarios y la noticia en televisión². Estas circunstancias exigieron que se implanten programas educativos, que se evite la ley del silencio, y que los padres y maestros utilicen todos los recursos disponibles para frenar la violencia escolar²⁷.

Además de Olweus, otros investigadores de distintas disciplinas como la psicología y educación, criminología y sociología han analizado este fenómeno en los países del primer mundo, sugiriendo que el mismo es un problema grave y recurrente en las escuelas elementales y medias^{19,21}.

1.3 PREVALENCIA

El bullying es un problema global, que involucra a jóvenes con un porcentaje del 10% y el 30%^{20,28}. Existen altos niveles de acoso escolar en los EE. UU., Europa, Australia y América Latina^{29,30}. Los datos de la encuesta de Conducta de salud en niños en edad escolar de 2005, en una muestra representativa en los Estados Unidos, mostraron que el acoso escolar en los últimos dos meses se realizaba de manera directa e indirecta: física (21%), verbal (54%), social (51%) y electrónicamente (14%). Los países con menor prevalencia fueron Suecia, República Checa, Islandia, España y Hungría, mientras que los países con mayor prevalencia son Lituania, Estonia, Grecia, Ucrania, Rumania, Turquía entre otros

países de Europa del Este.⁶ En varios países de América Latina, los primeros estudios muestran que la prevalencia del acoso escolar es casi el 50%.⁶

Se ha observado en diversos países en las últimas décadas episodios de verdadero horror en las escuelas que han sido ampliamente divulgados por noticieros de todo el mundo, en los que jóvenes alumnos asesinan fríamente a sus compañeros²⁶. En la mayoría de estos episodios, el alumno autor de los disparos se sentía previamente perseguido, amenazado y atacado por sus compañeros, como muestra un informe elaborado por el Servicio Secreto estadounidense con estudiantes involucrados en 37 episodios de tiroteo en las escuelas, en los Estados Unidos³¹.

Otro estudio, que analizó 220 muertes asociadas a la violencia en las escuelas, se probó que en 172 asesinatos cometidos por estudiantes entre 1994 y 1999, el estudiante agresor tenía 2,6 veces más probabilidades de haber sido víctima de bullying²⁰. El último informe del Centro Nacional de Indicadores de Estadísticas Educativas de Delitos y Seguridad Escolares indicó que las medidas de seguridad escolar han aumentado en la última década; sin embargo, el clima escolar general no ha mostrado mejoras, los estudiantes han informado que experimentan más acoso escolar en las escuelas que fuera de ellas²³.

En Perú y Colombia, el bullying entre adolescentes puede involucrar a la mitad de la población. Los estudios demuestran que el bullying entre adolescentes peruanos es tanto física como psicológica, involucra más a hombres que a mujeres y es más frecuente entre los 10 y los 16 años^{1,7,32}. En 50 ciudades de todo el Perú, los investigadores encontraron que los estudiantes que informaron haber sido acosados, el 54.4% fueron acosados verbalmente, el 35.9% participaron en agresión física, el 26.7% fueron excluidos de los grupos y el 12.8% fueron acosados por formas mixtas de violencia, también se observó que un tercio de los estudiantes no le contaron a un padre o maestro sobre el incidente de acoso escolar, lo que indica que el nivel de acoso escolar puede ser mucho mayor y que los cuidadores pueden ignorar el alcance de este.⁷

En un colegio particular de Lima, en el año 2007, se encontró una prevalencia de bullying del 54.7%, la intimidación verbal predominó con 38.7%, siendo el tipo más común el poner apodos¹. En la sierra peruana (Ayacucho,

Huancavelica y Cusco) la frecuencia de violencia escolar es menor, ya que un 47.4% reportó este fenómeno y de éstos 10.6% presentó bullying severo⁷.

1.4 TIPOS DE BULLYING

1.4.1 Directo

Caracterizado por maltrato físico que incluye: pegar, robar, empujar y maltrato verbal: insultar, poner apodos^{20,22}.

1.4.2 Indirecto

Caracterizado por una exclusión social como: ignorar, marginar, aislar, murmurar detrás de la persona^{20,22}.

1.4.3 Cyberbullying

En los últimos años se ha agregado el bullying cibernético o cyberbullying que se caracteriza por el uso de Internet para emitir comentarios injuriosos, fotos desacreditadoras y alusiones pornográficas manteniendo el anonimato, los que se dedican a acechar encuentran a sus víctimas en salas de chat y foros, estas por lo general son adolescentes con edades entre 10 a 15 años. Los problemas que surgen cuando un acosador se empeña en intimidar a alguien puede ser el envío de virus y correos no solicitados a la víctima conteniendo difamación, siguiendo sus actividades en la red a través de su computadora, y haciendo constantes llamadas telefónicas que pueden llegar hasta la agresión física^{1,19}.

Esta nueva modalidad es bastante preocupante debido al inmensurable efecto multiplicador del sufrimiento de las víctimas, ya que el alcance de estos ataques va más allá de los muros de la escuela. Son innumerables las potencializaciones del cyberbullying en relación al bullying tradicional: comentarios o mensajes pueden ser contruidos de forma más elaborada y cruel, y no momentánea como en el bullying tradicional; se puede quedar en el anonimato o se utiliza seudónimos; el agresor no necesita encarar a su víctima; la intervención de los espectadores en el ciber

espacio queda bastante restringida en relación a la vida real, así como la intervención por parte de padres y profesores²⁰.

1.5 FACTORES DE RIESGO PARA CONVERTIRSE EN AGRESOR

Generalmente el agresor tiene un perfil violento, no logra controlar sus impulsos. Suele tener una personalidad irritable, ausencia de empatía, su rendimiento académico suele ser bajo y en ocasiones es algo mayor que el resto de la clase por haber repetido uno o varios cursos, su comportamiento en el aula se caracteriza por las salidas de tono, las bromas fuera de lugar e incluso actitudes desafiantes frente a profesores y compañeros¹.

También puede presentar baja autoestima, egocentrismo, fracaso escolar, consumo de alcohol o estupefacientes, maltrato familiar, malas prácticas de crianza, sanción inadecuada en la escuela para el comportamiento violento, transmisión de estereotipos sexistas, entre otros^{5,7,9}.

1.6 FACTORES DE RIESGO PARA CONVERTIRSE EN VÍCTIMA

En el caso de la víctima, los factores de riesgo son: escasas habilidades sociales, nerviosismo excesivo, poca asertividad, rasgos físicos o culturales distintos, discapacidad o poca participación en actividades de grupo, entre otros, siendo con frecuencia buenos alumnos^{5,7,9} además tienen como características el ser tímidos, ansiosos y con baja autoestima¹.

1.7 CONSECUENCIAS DEL BULLYING

La violencia escolar puede ocasionar problemas en la salud física, emocional y social de la víctima, en una encuesta se obtuvo que alrededor del 20% de los encuestados necesitó asistencia médica; a menudo las víctimas de bullying presentan problemas para conciliar el sueño, dolor abdominal, cefaleas y llegan sentirse más tristes que sus compañeros²³.

Los alumnos que comunican victimización tienen 3 a 4 veces más probabilidades de presentar síntomas de ansiedad que los niños no

comprometidos. La nueva forma de bullying como es el cyberbullying llega a producir también estrés postraumático, provocando ausentismo escolar, lesiones graves, fuga del hogar e intento de suicidio, así como abuso de alcohol, drogas y cigarrillos en los adolescentes que lo sufren^{1,8}.

Cabe resaltar que a nivel académico existe un menor compromiso y rendimiento académico, la víctima no logra adaptarse y disminuye su disposición de asistir a la escuela. Las víctimas presentan mayor prevalencia de trastornos psicosomáticos, depresión e intento suicidas, por otro lado, los agresores por ser escolares físicamente más fuertes que las víctimas, son impulsivos, tienen baja tolerancia a la frustración, tienen actitud positiva hacia la violencia, no tienen empatía con el dolor de la víctima y no hay arrepentimiento de sus actos^{6,23}.

La severidad de la intimidación en la víctima llega a producir estrés postraumático, provocando ausentismo en la escuela, lesiones físicas graves, fuga en el hogar e intento de suicidio, así como también el abuso del alcohol, drogas y cigarrillos. El bullying puede llevar al suicidio, homicidio o lesiones graves por palizas o accidentes que exigen hospitalización¹.

1.8 ESCALAS DE MEDICIÓN

Si bien se ha ampliado el estudio sobre las consecuencias y prevalencia del acoso escolar, no en igual medida lo ha hecho el ensamblaje y validación de herramientas de medida. Algunos instrumentos de medición son:

1.8.1 APRI

Es un instrumento multidimensional y validado psicométricamente es el Adolescent Peer Relations Instrument (APRI) que actualmente solo se encuentra disponible en inglés, busca detectar el acoso escolar basándose de dos factores como son la victimización física y verbal. Como es conocido, entre compañeros de clase existen conductas que, vistas externamente, pueden parecer una agresión. La utilización de

cuestionarios en lenguas distintas a la que fueron creados requiere una adaptación transcultural para preservar las características clinimétricas²².

1.8.2 Cuestionario de agresores/víctimas de Olweus¹⁹

El Cuestionario de Agresores/Víctimas (The Revised Olweus Bully/Victim Questionnaire) de Olweus que, aunque es el más usado mundialmente posee pocos estudios publicados sobre su efectividad de sus propiedades psicométricas. Dicho cuestionario se completa anónimamente y consiste de 38 preguntas para medir los problemas en relación con agredir/ser agredido durante los últimos meses. Por ejemplo una pregunta es sobre la frecuencia de abusar de los demás y otra sobre la de ser abusado; diez preguntas sobre la frecuencia de las distintas formas de agredir y otras diez sobre la de ser agredido (poner sobrenombres, excluir, golpear, decir mentiras, sacar o romper cosas, amenazas, burlas sobre el aspecto físico, burlas sexuales, agredir con SMS o con Internet, y otras formas de acosar o ser acosado); tres preguntas relativas a la cantidad, el sexo y el grado de los alumnos que llevan adelante la intimidación; una referente a la duración temporal de la agresión desde que comenzó (semanas, meses, años); una sobre los lugares donde ocurre la misma (en el aula, en el patio de la escuela, en el camino de la casa al colegio, etc.); once preguntas relativas a la percepción de las actitudes de los distintos actores de la institución con respecto a la intimidación y al ser intimidado (docentes, directivos, padres, alumnos, etc.). El Cuestionario de Olweus emplea las siguientes alternativas de respuesta: “Nunca”, “Una o dos veces”, “Dos o tres veces al mes”, “Más o menos una vez por semana” y “Varias veces por semana”²¹.

1.8.3 Escala de OLIVEROS

Oliveros generó una escala en el 2007 que evalúa 9 situaciones de violencia durante el último año y considera bullying cuando presenta dos o más características¹.

Ambas escalas no consideran el elemento sistemático como parte de la definición de bullying, además, ninguna cuenta con un estudio formal de validación, por lo tanto, no existe garantía de que midan realmente bullying. Esta situación impide la comparación entre estudios, y sus prevalencias, lo que dificulta un diagnóstico global y limita la posibilidad de desarrollar estrategias o asignar recursos para intervenciones futuras en las poblaciones más afectadas. Así mismo, el contar con una medición estándar permitiría evaluar en el tiempo el impacto de dichas intervenciones y elegir las más efectivas. Por ello, existe una diferencia grande entre los reportes de países europeos donde la prevalencia de bullying varía entre 10 a 20% y los estudios peruanos entre 35 a 60%³.

CAPÍTULO II - CONDICIONES DENTARIAS RELACIONADAS A BULLYING

La sonrisa de un niño puede revelar muchos aspectos de su vida, como su autoestima, confianza en sí mismo, bienestar y calidad de vida. Estudios mostraron

que los niños que presentan preocupaciones sobre sus dientes muestran menos su sonrisa por no estar seguros. La autopercepción forma parte de las características psicológicas de los niños y es esencial porque nos muestra lo mucho que les gusta su sonrisa y lo felices que son con ella¹⁴.

La estética dental es una de las preocupaciones sobre la apariencia externa que está aumentando en la vida diaria y que también afecta a los niños ya que las deformidades en la región de la cara que son consideradas graves suelen causar compasión en las otras personas. Por otro lado, las personas que tienen incisivos bien posicionados o armonía de sus dientes son consideradas más atractivas y más inteligentes al ser comparados con personas con maloclusiones o anomalías dentales¹⁴.

Existen diversas características dentales que están asociadas a un mayor riesgo de bullying, las más comunes son overjet aumentado, apiñamiento maxilar y overbite profundo. Estas características motivan a que el paciente busque un tratamiento odontológico específicamente el ortodóntico^{12,13}. Otras características dentales que también son causas de bullying son el espaciamiento entre los dientes o ausencia de dientes, forma y color de los dientes y dientes anteriores superiores prominentes. Cabe mencionar que los comentarios sobre los dientes se consideran más dañinos que los comentarios sobre otras características físicas como la altura y el peso¹³.

2.1 OVERJET AUMENTADO

La primera clasificación ortodóntica de maloclusión fue presentada por Edward Angle en 1899, fue basada en la hipótesis de que el primer molar y canino son los dientes más estables de la dentición y son las piezas de referencia para la oclusión³⁴.

El overjet aumentado se relaciona según la clasificación de Angle, con la clase II división 1, y está caracterizado por la oclusión distal de los dientes en ambas hemiarquadas de los arcos dentales inferiores. Además, se observa que el arco superior es angosto y está contraído en forma de V, incisivos protruidos, labio superior corto e hipotónico, incisivos inferiores extruidos, labio inferior hipertónico,

el cual descansa entre los incisivos superiores e inferiores, incrementando la protrusión de los incisivos superiores y la retrusión de los inferiores³⁵.

Antunes, Gómez y otros investigadores mostraron en un estudio realizado en el 2015 que los niños con maloclusión tienen un 64% más de probabilidades de sufrir un trauma dental, siendo el overjet aumentado el tipo de maloclusión relacionada con una mayor tasa de fractura dental³⁶.

2.2 APIÑAMIENTO MAXILAR

El apiñamiento se puede dar por diversos factores, entre ellos está el crecimiento, la disminución de la longitud del arco dental, la maduración, el envejecimiento de los dientes o el movimiento mesial de los mismos, el tamaño mesiodistal de los órganos dentarios, la proporción de los dientes y la morfología dentaria³⁷.

En el año 2008, Gil y colaboradores realizaron un estudio que constó de 987 adolescentes se mostró que la prevalencia del apiñamiento dentario se presentó por encima del 40% además de mostrar que la Clase I de Angle es la que más se relaciona con el apiñamiento dentario³⁸.

2.3 OVERBITE PROFUNDO

Esta maloclusión se relaciona con mayor frecuencia a la clase II división 2 de Angle, puede definirse como la superposición vertical de los incisivos superiores, respecto a los inferiores. Dentro de las características observamos que no existe obstrucción nasofaríngea, la boca generalmente tiene un sellado normal, la función de los labios también es normal, sin embargo se observa retrusión de los incisivos superiores desde su erupción hasta que entran en contacto con los ya retruidos incisivos inferiores, resultando un apiñamiento de los incisivos superiores en la zona anterior. La forma de los arcos es más o menos normal, los incisivos inferiores están menos extruidos y la sobremordida vertical es anormal, resultado de los incisivos superiores que se encuentran inclinados hacia adentro y hacia abajo³⁴.

Medina en su estudio realizado en el año 2010 en Venezuela buscó evaluar la prevalencia de las maloclusiones dentales, se mostró que la maloclusión Clase II División 2 fue diagnosticada con en el 13% de las Clase II, a pesar de no ser la más prevalente de las maloclusiones se recomienda el diagnóstico de maloclusiones para disminuir la prevalencia y severidad de las mismas³⁹.

2.4 BULLYING Y CONDICIONES DENTARIAS EN EL PERÚ

No existen estudios en Perú sobre bullying asociado a características faciales o dentales, pero a nivel internacional algunos estudios mostraron que características dentales como apiñamiento maxilar, incremento del overbite y mordida profunda aumentaría el riesgo de sufrir bullying en niños¹⁰.

Existen pocos estudios que han analizado el impacto que tiene el acoso escolar con relación a las características dentales. Al-Bitar y un grupo de investigadores en su estudio que constó con una muestra de 531 escolares con edades comprendidas entre 9 y 13 años informaron que el 7% sufrió acoso escolar relacionado a una característica dental¹³. Otro estudio realizado por Seehra relata que la prevalencia de intimidación por maloclusión en adolescentes de edades comprendidas entre 10 y 14 años fue de 12,8%¹².

2.5 EFECTOS NEGATIVOS DEL BULLYING RELACIONADO A CARACTERÍSTICAS DENTALES

El bullying es considerado un importante factor de riesgo para la salud mental de los niños y adolescentes. Estudios han mostrado la relación del bullying con problemas de salud como depresión, ansiedad, ideación suicida, trastornos alimentarios, síntomas psicóticos, mencionan que el acoso escolar está lejos de ser una situación esporádica; una muestra norteamericana arrojó que el 53% de los chicos y el 23% de las chicas están expuestos a acoso escolar durante un año

escolar; otro estudio, que incluyó 11 países de Europa, señaló que la cifra de víctimas de acoso escolar es del 20,6%²².

Los que son víctimas del bullying presentan mayores problemas psicopatológicos y no solo a corto plazo, ya que al ser objeto de intimidación en la escuela pueden experimentar problemas emocionales en la adultez, y a su vez, una mayor probabilidad a ser intimidados en los lugares de trabajo²¹.

Los efectos psicosociales respecto al bullying relacionado con la estética dentofacial siguen sin ser del todo exactos. Suele suponerse que una baja autoestima, autoconcepto y una imagen corporal negativa se asocia a una apariencia dental y facial deficiente. Además, la baja autoestima, sería consecuencia a largo plazo de las burlas relacionada con la maloclusión¹².

Aunque existan faltas de evidencia con respecto al impacto negativo de la maloclusión hacia la autoestima, se acepta que la maloclusión pueda causar un impacto en la calidad de vida relacionada con la salud oral de un individuo. La calidad de vida relacionada con la salud oral tiene sus siglas en inglés que significa Oral Health Related Quality of Life (OHRQoL). En niños se puede observar que una baja autoestima puede deberse al impacto de la maloclusión en la OHRQoL¹².

Debido a la falta de investigaciones rigurosamente diseñadas es que la asociación entre bullying, maloclusión, su efecto en la autoestima y en la OHRQoL sigue sin estar clara.

Sin embargo, parece haber relación entre bullying y maloclusión. Previa investigación han reportado la incidencia de bullying asociado a pacientes con tratamientos de ortodoncia¹².

2.6 EFECTOS POSITIVOS DEL TRATAMIENTO ORTODONCICO EN PACIENTES VICTIMAS DE BULLYING

Existen diversas profesiones de la salud que suelen experimentar y tratar con pacientes que en algún momento han sido objeto de bullying y la odontología no es la excepción. Los odontólogos en su práctica clínica diaria tratan con niños y familiares que buscan tratamientos dentales preocupados por su estética dental¹⁴.

A pesar que no existen estudios que afirmen que la maloclusión y la intimidación tengan un efecto en la autoestima y la OHRQoL, es evidente que existe un impacto positivo en la calidad de vida de una persona después del tratamiento de ortodoncia. Estudios mencionan que los adolescentes que culminaron el tratamiento de ortodoncia tenían menos probabilidades de tener un impacto físico, psicológico y social en su vida diaria asociado con su maloclusión¹².

El tratamiento de enfermedades orales, maloclusiones y el sentido positivo de la autoconfianza dentofacial sigue siendo un tema de mayor relevancia para muchos clínicos e investigadores. Diversos estudios han examinado como la oclusión y el tratamiento ortodóntico afecta la OHRQoL mediante variables como la etnia, sexo, edad y la experiencia de un tratamiento ortodóntico, también revelan que la mejora de la estética puede ser una motivación importante para que los pacientes sobre todo jóvenes se sometan a un tratamiento de ortodoncia, un estudio mostró que en un grupo de adolescentes que esperaba tratamiento ortodóntico, la prevalencia de burlas relacionada a su apariencia dental era del 15%^{12,13,33}.

CONCLUSIONES

Existen tres condiciones dentarias con mayor relación al bullying las cuales son: overjet aumentado, apiñamiento maxilar y overbite profundo. Estas condiciones dentarias generan una maloclusión dental que puede ser tratada.

Es importante que el odontólogo pueda estar en la capacidad de diagnosticar si un paciente está sufriendo alguna situación de bullying, información que puede ser adquirida durante la anamnesis.

Como odontólogos, debemos estar en la capacidad de cumplir con las expectativas de tratamiento, entender al paciente; ya que los resultados del tratamiento podrían cambiar su calidad de vida.

RECOMENDACIONES

Se recomienda realizar investigaciones sobre las escalas de medición para diagnosticar el bullying, puesto que muchas de las escalas están en inglés y aún no han sido validadas al español, lo que limita el uso de estas en el Perú.

Además se recomienda investigar más sobre la relación que existe entre las condiciones dentarias y el bullying, ya que no existen muchos estudios al respecto, sobre todo en Perú donde la etnia jugaría un rol importante.

Por último, se recomienda realizar investigaciones sobre manejo odontológico frente a pacientes en situación de bullying, conocimientos de los odontólogos sobre el manejo de un paciente en situaciones de riesgo, impacto del tratamiento ortodóncico en la calidad de vida de pacientes víctima de bullying, demanda de tratamientos ortodóncicos como consecuencia de bullying y el bullying dentro de otras áreas odontológica como la estética, cirugía bucomaxilofacial, etc.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Oliveros M, Barrientos A. Incidencia y factores de riesgo de la intimidación (bullying) en un colegio particular de Lima-Peru. Rev Peru Pediatr 2007;60(3):150-5.
2. Pérez-Virtus A, Larrondo-Ureta A. Menores, bullying y suicidio. Un análisis de caso a través de los medios digitales de referencia en España. Correspondencias & Análisis 2018;8:55-74.

3. Cobian C, Nizama A, Ramos D, MAyta P. Medición y magnitud del bullying en Peru. Rev Peru Med Salud Publica.2015;32(1):196-7.
4. Visionary-.net. School Bullying and violence. 2005 may 4 jun 3. www.conference.bullying-in-school.info.
5. Romani F, Gutierrez C. Atoreporte de victimización escolar y factores asociados en escolares peruanos de educación secundaria Rev peru epidemiol.2010;14(3):1-9.
6. Romani F, Gutierrez C, Lama M. Auto-reporte de agresividad escolar y factores asociados en escolares peruanos de educación secundaria. Rev peru epidemiol 2011;15(2):1-8.
7. Seehra J,Fleming P, Newton J. Bullying in orthodontic patients and its relationship to malocclusion, self-esteem and oral health-related quality of life. Journal of orthodontics.2011;38:247-56.
8. Anemiya I, Oliveiros M, Barrientos A. Factores de riesgo de violencia escolar (bullying) severa en colegios privados de tres zonas de la sierra del Perú. An Fac Med 2009;70(4):255-8.
9. Crookston B, Merril R, Hedges S, Lister C, West J, Hall P. Victimization of Peruvian adolescents and health risk behaviors : young lives cohort.BMC Public Health.2014;14(85):1-7.
10. Shaw WC. The influence of children's dentofacial appearance on their social attractiveness as judged by peers and lay adults. Am J Orthod 1981;79:399-415.
11. Secord PF. Backman CW. Malocclusion and psychological factors. J Am Dent Assoc 1959;59:931-8.
12. Seehra J,Newton J,Di Biase A. Interceptive orthodontic treatment in bullied adolescents and its impact on self-esteem and oral-health-related quality of life. European Journal of Orthodontics 2013;35:615-21.
13. Al-Bitar Z, Al-Omari I, Sonbol H, Al-Ahmad H, Cunningham S. Bullying among Jordanian schoolchildren, its effects on school performance, and the contribution of general physical and dentofacial features. AJO-DO 2013;144(6):872-8.
14. Scheffel D, Jeremias F, Fragelli C, dos Santos L, Hebling J, de Oliveiros O. Esthetic dental anomalies motive for bullying in schoolchildren.Eur J Dent 2014;8(1):124-8.

15. Kerosuo H, Hausen H, Laine T, Shaw WC. The influence of incisal malocclusion on the social attractiveness of Young adults in Finland. *Eur J Orthod* 1995;17:505-12.
16. Cunningham NJ, Taylor M, Whitten ME, Hardesty PH, Eder K, DeLaney N. The relationship between self-perception of physical attractiveness and sexual bullying in early adolescence. *Aggress Behav* 2010;36(5):271-81.
17. Marques LS, Pordeus IA, Ramos-Jorge ML, Filogônio CA, Filogônio CB, Pereira LJ, Paiva SM. Factors associated with the desire for orthodontic treatment among Brazilian adolescents and their parentes. *BMC Oral Health* 2009;9:34.
18. Samsonyanová L, Broukal Z. A Systematic Review of Individual Motivational factors in Orthodontic Treatment: Facial Attractiveness as the Main Motivational Factor in Orthodontic Treatment. *International Journal of Dentistry* 2014:1-7.
19. Olweus D. *Bullying at school: What we know and what we can do.* Oxford:Blackwell;1993.
20. Fachin CG, Miziara CSMG. Perfil epidemiológico de niños involucrados en bullying. *Saúde, Ética & Justica* 2012;17(1):30-7.
21. Resett S. Aplicación del cuestionario de agresores/víctimas de Olweus a una muestra de adolescentes argentinos. *Revista de Psicología*. 2011;7(13):27-44.
22. Gascon-Cánovas J, Russo de Leon J, Cozar A, Heredia J. Adaptación cultural al español y baremacion del Adolescent Peer Relations (APRI) para la detección de la victimización por acoso escolar: Estudio preliminar de las propiedades psicométricas. *An Pediatr* 2016:1-9.
23. Vidourek R, King K, Merianos A. School bullying and student trauma: Fear and avoidance associated with victimization. *Journal of Prevention & intervention in the community* 2016;44(2):21-9.
24. Olweus D. Stability of aggressive reaction patterns in males. A review. *Psychological Bulletin* 1979;86(4):852-75.
25. Hughes T. Tom Browns school days,1857 Disponible en: <http://www.literature.org-authors-hughes-thomas-tom-brown's-school-days>
26. Glaze, A. Epifanías Adolescentes I. En *Púberes y Adolescentes, lecturas lacanianas* Comp. Marina Recalde. Buenos Aires. Ed. Grama 2008.

27. Hamodi C, Jiménez L. Modelos de prevención del bullying: ¿Qué se puede hacer en educación infantil? IE Revista de Investigación educativa de la REDIECH 2018;9(16):29-50.
28. Lereya S, Copeland W, Zammit S, Wolke D. Bully/victims: a longitudinal, population-based cohort study of their mental health. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2015;24:1461-71.
29. Nansel T, Overpeck M, Pilla R, Ruan W, Simons-Morton B, Scheidt P. Bullying behaviors among US youth: prevalence and association with psychosocial adjustment. *JAMA* 2001; 285(16):2094-100.
30. Wolke D, et al. Bullying and victimization of primary school children in England and Germany: prevalence and school factors. *Br J Psychol* 2001;92:673-96.
31. Terrades V. Tiroteos Masivos y los motivos de los agresores: una comparación de los Estados Unidos y naciones extranjeras. *ILSA Journal of International & Comparative Law* 2016;23(3):493-520.
32. Oliveros M, Figueroa L, Mayorga G, Cano G, Quispe Y, Barrientos A. Intimidación en colegios estatales de secundaria del Perú. *Rev Peru Pediatr* 2009;62(2):68-78.
33. Al Omari I, Al Biter Z, Sonbol H, Al Ahmad H, Cunningham S, Al Omiri M. Impact of bullying due to dentofacial features on oral health-related quality of life. *AJO-DO* 2014; 146(6):734-9.
34. Angle EH. Classification of the malocclusion. *Dental Cosmos* 1899; 41: 248–64, 350–7.
35. Ugalde F. Clasificación de la maloclusión en los planos anteroposterior, vertical y transversal. *Rev ADM* 2007;64(3):97-109.
36. Antunes LA, Gomes IF, Almeida MH, Silva EA, Calasans-Maia JD, Antunes LS. Increased overjet is a risk factor for dental trauma in preschool children. *Indian J Dent Res* 2015;26:356-60.
37. Janson G, Goizueta OE, Garib DG, Janson M. Relationship between maxillary and mandibular base lengths and dental crowding in patients with complete class II malocclusions. *Angle Orthod* 2011;81(2): 217-21.
38. Gil R, Quesada L, Benítez B, Gonzáles A. Frecuencia del apiñamiento dentario en adolescentes del área de salud Masó. *Rev Haban Cienc Méd* 2009;8(5):1-7.

39. Medina C. Prevalencia de maloclusiones dentales en un grupo de pacientes pediátricos. Acta odontol 2010; 48(1):1-8.