

**CORRELACIÓN DE LA SALUD ORAL CON LA AUTOESTIMA Y RENDIMIENTO
ACADÉMICO EN ESTUDIANTES DE LA I.E.D RODRIGO GALVÁN DE BASTIDAS
DE SANTA MARTA - 2015**

**CARLOS ALBERTO CHARRIS CRUZ
LUIS FELIPE INFANTE RODRÍGUEZ
JESÚS ANDRÉS AVENDAÑO CASTRO**

**UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ODONTOLOGÍA
SANTA MARTA D.T.C.H.
AGOSTO DE 2015**

**CORRELACIÓN DE LA SALUD ORAL CON LA AUTOESTIMA Y RENDIMIENTO
ACADÉMICO EN ESTUDIANTES DE LA I.E.D RODRIGO GALVÁN DE BASTIDAS
DE SANTA MARTA - 2015**

**CARLOS ALBERTO CHARRIS CRUZ
LUIS FELIPE INFANTE RODRÍGUEZ
JESÚS ANDRÉS AVENDAÑO CASTRO**

**Trabajo de Grado para Optar Título de:
Odontólogo**

Asesores:

**Dra. LUISA BARLIZA DE LA ROSA
Psicóloga Clínica**

**Dr. LUIS ARMANDO VILA SIERRA
Odontólogo Especialista en Salud Familiar**

**UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ODONTOLOGÍA
SANTA MARTA D.T.C.H.
AGOSTO DE 2015**

Nota de Aceptación:

Firma del Presidente de Jurado

Firma del Jurado

Firma del Jurado

Santa Marta D.T.C.H., Agosto de 2015.

AGRADECIMIENTOS

A Dios:

Por darnos la posibilidad de contribuir con su presencia y fortalecernos para realizar todas las actividades y metas propuestas en esta investigación

A los doctores Luis Vila Sierra, Luisa Barliza De la Rosa:

Director, asesor del proyecto y asesora metodológica, por su guía y acompañamiento; además de proporcionar de manera fraterna herramientas de trabajo que, en muchas ocasiones, agilizaron la investigación.

A la comunidad de la Institución Educativa Distrital Rodrigo Galván de la Bastidas: directivos, docentes, estudiantes y padres de familia por su confianza y colaboración en este proyecto.

A nuestros padres:

Por su amor, comprensión y apoyo.

A todas aquellas personas que de una u otra forma pusieron su grano de arena para la culminación de este proyecto.

CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCIÓN	9
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
1.1 PREGUNTA PROBLEMA	12
2. JUSTIFICACIÓN	13
3. OBJETIVOS	15
3.1 OBJETIVO GENERAL	15
3.2 OBJETIVO ESPECÍFICO	15
4. ESTADO DEL ARTE	16
4.1 ANTECEDENTES	21
5. MARCO CONTEXTUAL	24
5.1 MARCO CONCEPTUAL	24
5.1.1 La Adolescencia	24
5.1.1.1 Desarrollo físico	25
5.1.1.2 Desarrollo intelectual	25
5.1.1.3 Desarrollo emocional	25
5.1.1.4 Desarrollo social	25
5.1.1.5 Secuelas de la presencia de enfermedades bucales	26
5.1.1.6 Bajo rendimiento escolar	26
5.1.1.7 Dificultad para integrarse	26
5.2 MARCO TEÓRICO	27
5.2.1 SALUD ORAL	27
5.2.2.1 Enfermedades y Trastornos que se presentan en la Cavidad Bucal	28
5.2.2.1.1 Malas Posiciones Dentarias	31
5.2.2.2 Prevención y Tratamiento de las Enfermedades Oral	31
5.2.2 AUTOESTIMA	32
5.2.2.1 Cómo afecta la autoestima en los adolescentes	33
5.2.3 RENDIMIENTO ESCOLAR	34

5.2.3.1	Aspectos psicológicos en escolares adolescentes	35
5.3	MARCO JURÍDICO	35
6.	METODOLOGÍA	37
6.1	TIPO DE ESTUDIO	37
6.2	UNIVERSO, POBLACIÓN Y MUESTRA	37
6.2.1	Universo, Población y Muestra	37
6.3	CRITERIOS DE SELECCIÓN	37
6.3.1	Criterios de Inclusión	37
6.3.2	Criterios de Exclusión	37
6.4	FUENTE DE INFORMACIÓN	38
6.4.1	Primaria	38
6.4.2	Secundaria	38
6.5	INSTRUMENTO	38
6.5.1	Encuesta	38
6.5.2	Valoración clínica	39
6.5.3	Certificados de Notas	39
6.6	TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	39
6.7	PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN.	40
6.7.1	Tabulación de los Datos	40
6.8	CONSIDERACIONES ÉTICAS	40
6.8.1	Consentimiento Informado	41
7.	RESULTADOS	42
7.1	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	42
7.2	CARACTERÍSTICAS DE LAS VARIABLES: AUTESTIMA, SALUD ORAL Y RENDIMIENTO ACADÉMICO	45
7.3	CRUCE DE VARIABLES: Salud Oral / Autoestima / Rendimiento Académico.	57
8.	DISCUSIÓN	67
9.	CONCLUSIÓN	70
10.	RECOMENDACIONES	71
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	72
	ANEXOS	76

LISTA DE TABLAS

	pág.
Tabla 1. Distribución por género	42
Tabla 2. Distribución por edades	43
Tabla 3. Distribución por grado escolar	44
Tabla 4. Estratificación socioeconómica	44
Tabla 5. Características de la variable Autoestima (pregunta 1)	45
Tabla 6. Características de la variable Autoestima (pregunta 2)	46
Tabla 7. Características de la variable Autoestima (pregunta 3)	47
Tabla 8. Características de la variable Autoestima (pregunta 4)	48
Tabla 9. Características de la variable Autoestima (pregunta 5)	49
Tabla 10. Características de la variable Autoestima (pregunta 6)	50
Tabla 11. Características de la variable Autoestima (pregunta 7)	51
Tabla 12. Características de la variable Autoestima (pregunta 8)	51
Tabla 13. Características de la variable Autoestima (pregunta 9)	52
Tabla 14. Características de la variable Autoestima (pregunta 10)	53
Tabla 15. Características de la variable Autoestima (pregunta 11)	54
Tabla 16. Características de la variable Autoestima (pregunta 12)	55
Tabla 17. Características de la variable Salud Oral (Examen Clínico)	56
Tabla 18. Características de la variable Rendimiento Académico	56
Tabla 19. Correlación. Cruce de variables: Autoestima - Salud Oral – Rendimiento Académico (doce preguntas)	58

LISTA DE GRÁFICAS

	pág.
Gráfica 1. Distribución por género	42
Gráfica 2. Distribución por edades	43
Gráfica 3. Distribución por grado escolar	44
Gráfica 4. Estratificación socioeconómica	45
Gráfica 5. Características de la variable Autoestima (pregunta 1)	46
Gráfica 6. Características de la variable Autoestima (pregunta 2)	47
Gráfica 7. Características de la variable Autoestima (pregunta 3)	48
Gráfica 8. Características de la variable Autoestima (pregunta 4)	49
Gráfica 9. Características de la variable Autoestima (pregunta 5)	49
Gráfica 10. Características de la variable Autoestima (pregunta 6)	50
Gráfica 11. Características de la variable Autoestima (pregunta 7)	51
Gráfica 12. Características de la variable Autoestima (pregunta 8)	52
Gráfica 13. Características de la variable Autoestima (pregunta 9)	53
Gráfica 14. Características de la variable Autoestima (pregunta 10)	54
Gráfica 15. Características de la variable Autoestima (pregunta 11)	54
Gráfica 16. Características de la variable Autoestima (pregunta 12)	55
Gráfica 17. Características de la variable Salud Oral (Examen Clínico)	56
Gráfica 18. Características de la variable Rendimiento Académico	57

LISTA DE ANEXOS

	pág.
ANEXO A. Consentimiento Informado	76
ANEXO B. Encuesta tipo Likert	77
ANEXO C. Odontograma	78

INTRODUCCIÓN

La salud debe ser integral e integrada “Sin Salud Oral no hay salud”.

Esta fue una de las principales conclusiones del taller para la capacitación de odontólogos y profesionales no odontólogos que trabajan en atención primaria en salud en Bogotá D.C. en el programa territorios saludables, que se realizó en el marco del Convenio de Cooperación Técnica suscrito entre la Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS y la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá el 24 de febrero de 2015. (Proyecto SOFAR “Salud Oral Factores de Riesgo: feb. 2015)

La odontología tiene como misión, prevenir, mantener y devolver la salud oral a las personas para mejorar su calidad de vida. Continuamente el odontólogo debe adaptar diversos aspectos de esta profesión para conseguir este objetivo y de manera especial en los llamados grupos de «riesgo». Estos grupos se denominan así por tener ciertas características que facilitan el establecimiento de enfermedades orales con mayor frecuencia. Uno de ellos, es el de adolescentes, quienes atraviesan por una fase de cambios dramáticos que aunados a las particularidades de cada cultura, se convierten en un reto para la práctica. Las características del crecimiento y desarrollo de los adolescentes y su impacto psicosocial son muy importantes para la profesión, porque al finalizar la madurez biológica en términos dento-faciales, más la consolidación de hábitos de higiene saludables, se reflejan sobre el aspecto físico del adolescente, área muy valorada por él, que repercute de manera directa sobre su autoestima y posterior interacción social.

En odontología, los adolescentes son un grupo de referencia importante, pues en este período ocurren las principales variaciones dentales-maxilares y se consolida la identidad que definirá una actitud hacia la salud oral en el futuro. (Mafla, Ana C., 2008)¹. El adolescente en los últimos años, ha sido parte de fenómenos como la globalización, donde se promueve la cultura de la «belleza» con mayor intensidad que en años anteriores. Por tanto, es llamativo observar cada día más jóvenes con cirugías estéticas, tratamientos ortodónticos, y otros procedimientos cosméticos. Adicionalmente, el adolescente durante muchos años también se relaciona con diversas alteraciones dento-faciales

¹ Directora Grupo GIOD, Facultad de Odontología, Universidad Cooperativa de Colombia, Seccional Pasto, Colombia.

Por otra parte, en el ámbito de la educación y de la psicología existen muchos autores que se han ocupado del estudio de la autoestima, por ser ella un factor importante en el proceso de enseñanza-aprendizaje y en el desarrollo integral de la persona. Es un factor que determina la conducta y la forma de comportarse del individuo ante la sociedad, entre ello, el desempeño escolar. No obstante, el bajo desempeño escolar o académico es el resultado de múltiples factores y causas, entre los que se encuentran los de carácter individual del niño relativo a su estado de salud, el contexto familiar, la situación socioeconómica y de otros asociados al propio sistema educativo.

Una mala salud oral puede significar un bajo rendimiento a nivel escolar, ya que enfermedades dentales pueden poner a los niños en una seria desventaja en la escuela, según con un nuevo estudio la Escuela de Odontología de Ostrow². El impacto de la salud oral sobre el rendimiento académico de los niños los desfavorece, según un estudio que examinó a casi 1.500 niños de escuelas primarias y secundarias con desventaja socio-económica en Los Ángeles, al evaluar la salud bucal y sus logros académicos, junto con los registros de asistencia. Parafraseando a Enriquez (2008: 14) el bajo desempeño escolar o académico es el resultado de múltiples factores y causas, entre los que se encuentran los de carácter individual del niño relativo a su estado de salud, el contexto familiar, la situación socioeconómica y de otros asociados al propio sistema educativo.

Texeira de Abreu, en su trabajo de intervención educativa en adolescentes plantea que la educación sobre higiene bucal debe ser continuada en las escuelas para que sea efectiva y es necesario elaborar nuevas propuestas de trabajo

La importancia del presente estudio radica en determinar la correlación entre los factores salud oral - autoestima y su influencia en el rendimiento académico de un grupo de adolescentes como su principal objetivo. Para la Universidad el Magdalena significa propender por estudios que conlleven a identificar algún tipo de problema que aqueje a la comunidad de la ciudad y que brinden datos que puedan servir para direccionar las políticas públicas en aspectos tan importantes como la salud y educación, especialmente en grupos vulnerables y de alto riesgo como son los niños, niñas y adolescentes. De acuerdo con Cameron y Camerón (2006) “cualquier estrategias de desarrollo social gubernamental debe tomar en cuenta que la alfabetización de la población, empoderan a los individuos y a las comunidades para darle forma a su propio desarrollo y tiene impactos positivos en el desarrollo económico territorial” por otra parte “la salud dental tiene un papel importantísimo en la promoción, estimula el empoderamiento de todas sus autoridades locales, docentes y escolares, la participación de todos los pobladores, enfatiza la gran importancia de solidaridad y equidad como condiciones indispensables para la salud y desarrollo de nuestra población, es una forma de luchar contra la pobreza en países en desarrollo”. (Arias Palacio, 2011: 67). Así, se pretende identificar la correlación entre salud oral en la autoestima y su influencia en el rendimiento académico en los estudiantes de la I.E.D. Rodrigo Galván de la Bastidas del Distrito de Santa Marta.

² Clínicas dentales de la Facultad de Odontología Ostrow de USC

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los adolescentes sufren cambios físicos y emocionales importantes. Durante esta etapa, comienza a desarrollar su propia personalidad y opiniones, que muchas veces suelen estar influenciadas por el medio que le rodea. Por ello, el cambio en su comportamiento incluye desde el aumento de la independencia de los padres, más preocupación por su apariencia física e imagen corporal, más relación con los pares. Por ello, el accionar de los adolescentes tiende a girar en contorno a la aprobación de su grupo. En esta etapa de la vida concluye el cambio de denticiones, se hace indispensable un diagnóstico más preciso sobre problemas de oclusión y caries dental. No obstante, estos cambios pueden resultar abrumadores para el joven. La adolescencia es una edad crítica, y por este motivo es indispensable poner especial atención, dados su complejidad e impacto sobre distintos aspectos de la salud oral. Se ha establecido que alteraciones como la maloclusión en los adolescentes es elevada (Rwakatema et al. 2006 en Mafla; 2008)

La odontología tiene como misión, prevenir, mantener y devolver la salud oral a las personas para mejorar su calidad de vida. Continuamente se deben adaptar diversos aspectos de esta profesión para conseguir este objetivo y de manera especial en los llamados grupos de «riesgo». Estos grupos se denominan así por tener ciertas características que facilitan el establecimiento de enfermedades orales con mayor frecuencia. Uno de ellos, es el de adolescentes, quienes atraviesan por una fase de cambios dramáticos que aunados a las particularidades de cada cultura, se convierten en un reto para la práctica. Las características de crecimiento y desarrollo en este grupo y su impacto psicosocial son muy importantes para la profesión, porque al finalizar la madurez biológica en términos dento-faciales, más la consolidación de hábitos de higiene saludables, se reflejan sobre el aspecto físico del adolescente, área muy valorada por él, que repercute de manera directa sobre su autoestima y posterior interacción social. En este sentido, el adolescente en los últimos años, ha sido parte de fenómenos como la globalización, donde se promueve la cultura de la «belleza» con mayor intensidad que en años anteriores. (Mafla, 2008)

Artículo virtual de Colgate sostiene que, una mala salud oral puede significar un bajo rendimiento a nivel escolar, ya que enfermedades dentales pueden poner a los niños en una seria desventaja en la escuela, según con un nuevo estudio la Escuela de Odontología de Ostrow³. El impacto de la salud oral sobre el rendimiento académico de los niños los desfavorece, según un estudio que examinó a casi 1.500 niños de escuelas primarias y secundarias con desventaja socio-económica

³ Clínicas dentales de la Facultad de Odontología Ostrow de USC

en Los Ángeles, al evaluar la salud bucal y sus logros académicos, junto con los registros de asistencia.

Según datos del Plan de Desarrollo Distrital de Santa Marta 2012-2015 (p.38-39), el promedio de años de educación para la población del Magdalena es de 8,8 años, muy cerca del promedio nacional que es de 9 años, pero aún lejos de la meta 2015 que es de 10 años de educación en promedio. El bajo nivel educativo observado en el departamento del Magdalena reduce la probabilidad de alcanzar por lo menos un año de educación universitaria a menos del 16% (Romero, 2006). Además, sostiene, que los niveles de escolaridad más bajos se dan en las familias con índices de calidad de vida más bajos (Sarmiento, 2010). Dentro de las principales razones para no estudiar reportadas en la Encuesta de Calidad de Vida 2008, tienen mayor peso las razones económicas asociadas a la pobreza, como son los costos educativos altos, la falta de dinero y la necesidad de trabajar, ya sea dentro o fuera del hogar. Según el Boletín No. 163 de 2015 expedido por la Alcaldía Distrital de Santa Marta, la Institución Educativa Distrital Rodrigo de Bastidas cobija 2.572 estudiantes de los estratos 1 y 2 de 47 barrios de la Comuna 5, lo que corresponde al 2.06% del total de estudiantes matriculados en todo el distrito.

El Informe de ODM 2012, en las Prueba Saber II 2002-2007 y 2010, en Santa Marta se encuentra que el 85%, 87% y 87% de los colegios oficiales en los años respectivos se encontraron en las categorías inferior y baja, mientras que los no oficiales fueron el 52%, 43% y 40% respectivamente. Los colegios oficiales con desempeño medio fueron 11%, 10% y 10% para los años señalados y sólo el 5%, 3% y 2% tuvieron un desempeño alto. En cuanto a la prueba SABER-11, el porcentaje de colegios oficiales ubicados en las categorías inferior y baja para los años referidos es de 85%, 87% y 87% respectivamente. Estos porcentajes para los colegios no oficiales es de 52%, 43% y 40%, una gran diferencia a favor de éstos últimos. Mientras que el porcentaje de establecimientos educativos oficiales que se pueden clasificar de desempeño medio fue de 11% en 2002, 10% en 2007 y 10% en 2010. Datos de la Secretaría de Educación de Santa Marta afirma que, para 2008, las tasas de repitencia de Santa Marta entre 2002 y 2009 muestran que el problema se concentra especialmente en los niveles de secundaria y media en la zona rural y con mayores tasas en el sector oficial. (Plan de Desarrollo Distrital de Santa Marta 2012-2015 p. 41).

Como se puede deducir de lo contextualizado, la situación es más compleja de lo que pudiera parecer a primera vista para los adolescentes. Por lo anterior y después de consultar estudios que demuestran que la adolescencia es una etapa preponderante en el desarrollo integral del ser humano, se plantea la siguiente:

1.1 PREGUNTA PROBLEMA

¿Qué relación tienen la salud oral en la autoestima y el rendimiento académico en estudiantes de la I.E.D. Rodrigo Galván de las Bastidas de Santa Marta?

2. JUSTIFICACIÓN

La Institución Educativa Distrital Rodrigo Galván de Bastidas registra 2.572 estudiantes matriculados en el 2015, pertenecientes en su mayoría a los estratos 1 y 2 de 47 barrios de la Comuna 5. Según la Secretaría de Educación de Santa Marta, para 2008, sólo el 61% de las personas que iniciaron primaria lograron ingresar a la secundaria, el 31% la media y sólo el 27% logra graduarse como bachiller. El número de niños que ingresa al grado de transición es alto, la educación básica secundaria (4 grados) debería significar cerca de un 80% de la básica primaria si no existiera deserción, lo cual indica que cerca del 85% en Santa Marta debería acceder a la básica secundaria y accede el 72%. La educación media debería ser un 50% de la básica secundaria, siendo bajo el número de adolescentes que alcanzan este nivel en el departamento (63%) y en Santa Marta (72%). (Plan de Desarrollo Distrital de Santa Marta 2012-2015: p. 40)

La evolución de las tasas de repitencia de Santa Marta entre 2002 y 2009 muestra que el problema se concentra especialmente en los niveles de secundaria y media en la zona rural y con mayores tasas en el sector oficial. Es necesario destacar la reducción de la repitencia entre 2002 y 2009, fundamentalmente en secundaria que pasó de 7,8% a 2,0%, es decir una reducción del orden del 75%, mientras que en media se pasó de 3,7 a 2,1 es decir una disminución del 43% para este mismo sector oficial rural. (Plan de Desarrollo Distrital de Santa Marta 2012-2015: p. 41)

Estudios como el realizado por la compañía Colgate sostiene que, una mala salud oral puede significar un bajo rendimiento a nivel escolar, ya que enfermedades dentales pueden poner a los niños en una seria desventaja en la escuela, según informe de la Escuela de Odontología de Ostrow⁴. El impacto de la salud oral sobre el rendimiento académico de los niños los desfavorece, así quedó demostrado en este estudio que examinó a casi 1.500 niños de escuelas primarias y secundarias con desventaja socio-económica en Los Ángeles, al evaluar la salud bucal y sus logros académicos, junto con los registros de asistencia. Parafraseando a Enriquez (2008: 14) el bajo desempeño escolar o académico es el resultado de múltiples factores y causas, entre los que se encuentran los de carácter individual del niño relativo a su estado de salud, el contexto familiar, la situación socioeconómica y de otros asociados al propio sistema educativo.

La importancia del presente estudio radica en determinar la correlación entre los factores salud oral - autoestima y su influencia en el rendimiento académico de un grupo de adolescentes como

⁴ Clínicas dentales de la Facultad de Odontología Ostrow de USC

su principal objetivo. Para la Universidad el Magdalena significa propender por estudios que conlleven a identificar algún tipo de problema que aqueje a la comunidad de la ciudad y que brinden datos que puedan servir para direccionar las políticas públicas en aspectos tan importantes como la salud y educación, especialmente en grupos vulnerables y de alto riesgo como son los niños, niñas y adolescentes. De acuerdo con Cameron y Camerón (2006) “cualquier estrategias de desarrollo social gubernamental debe tomar en cuenta que la alfabetización de la población, empoderan a los individuos y a las comunidades para darle forma a su propio desarrollo y tiene impactos positivos en el desarrollo económico territorial” por otra parte “la salud dental tiene un papel importantísimo en la promoción, estimula el empoderamiento de todas sus autoridades locales, docentes y escolares, la participación de todos los pobladores, enfatiza la gran importancia de solidaridad y equidad como condiciones indispensables para la salud y desarrollo de nuestra población, es una forma de luchar contra la pobreza en países en desarrollo”. (Arias Palacio, 2011: 67). Así, se pretende identificar la correlación entre salud oral en la autoestima y su influencia en el rendimiento académico en los estudiantes de la I.E.D. Rodrigo Galván de la Bastidas del Distrito de Santa Marta.

Para los proponentes, un estudio de carácter social y práctico, de corte transversal que les permita desarrollar y extender su conocimiento más allá de su quehacer profesional de odontología; es aunar esfuerzos con programas sociales y pedagógicos que contribuyen a identificar falencias y buscar mecanismos de contingencias en aquellos aspectos que afecte a un grupo tan vulnerables y susceptible como es los adolescentes y su entorno académico.

A la comunidad del Distrito de Santa Marta, datos estadísticos que le permitan a los entes gubernamentales, conocer y direccionar planes estratégicos asertivos para afrontar cualquier anomalía identificada durante el estudio.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación Salud Oral - Autoestima - Rendimiento Académico de los estudiantes de la Institución Educativa Distrital Rodrigo Galván de Bastidas de Santa Marta.

3.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

- Analizar el nivel de autoestima y rendimiento académico de los estudiantes de la I.E.D. Rodrigo Galván de Bastidas Santa Marta.
- Identificar problemas de salud oral de los estudiantes del colegio I.E.D Rodrigo Galván de Bastidas de Santa Marta.
- Correlacionar, salud oral – autoestima y rendimiento escolar.

4. ESTADO DEL ARTE

La Educación en Colombia

Según estudio de Iregui B.; Melo B. & Ramos F. (2006: 1-2), desde comienzos de los noventa, la educación en Colombia adquirió mayor importancia dentro del debate público, gracias al fortalecimiento del proceso de descentralización, derivado de la Constitución Política de 1991 y sus normas reglamentarias. Como resultado de este proceso, los recursos destinados a educación aumentaron gradualmente y de manera significativa, pasando de 3.3% del PIB en 1993 a 5.1% del PIB en 2004. Durante este período también se ajustaron los mecanismos de distribución territorial de las transferencias y las normas que regulan la carrera docente. Al evaluar los resultados del sistema educativo público durante los últimos años, se observan aumentos importantes en los niveles de cobertura en primaria y secundaria, pero no se registran mayores avances en la calidad de los planteles oficiales. Esta situación resulta paradójica en la medida en que se ha venido desarrollando un proceso de descentralización que ha aumentado considerablemente los recursos para el sector. No obstante, a priori no se puede establecer si estos recursos se están utilizando ineficientemente, o si aún faltan recursos para poder lograr mejores niveles de calidad, o si existen otro tipo de factores que afectan el desempeño académico de los estudiantes de los establecimientos públicos. Varios estudios han abordado el problema del rendimiento académico y la eficiencia del sector educativo (por ejemplo, Heinesen y Graversen, 2005; Hanushek, 1986, 1989). Dentro de los factores que afectan el rendimiento académico se han destacado las condiciones socioeconómicas de los alumnos, las características físicas de los planteles educativos, la formación de los docentes y sus esquemas de remuneración e incentivos, entre otros. Para el caso colombiano, se han realizado diversos trabajos que analizan la calidad de la educación y sus determinantes (por ejemplo, Piñeros y Rodríguez, 1998; Gaviria y Barrientos, 2001; Núñez, Steiner, Cadena y Pardo, 2002; Barrera y Gaviria, 2003; Mina, 2004), la estructura salarial y los incentivos de los docentes (por ejemplo, Gaviria y Umaña, 2002; Borjas y Acosta, 2002; Umaña, 2004), y la politización de la educación (por ejemplo, Duarte, 1996), entre otros aspectos. Aparte de los estudios que analizan los factores que pueden incidir sobre el rendimiento académico, se han realizado otros trabajos sobre educación en Colombia que analizan los indicadores de desempeño del sector o estudian algún aspecto o problema particular. Por ejemplo, Marcelo y Ariza (2005) estudian la evolución de los resultados de la educación en Colombia; Sarmiento, Alonso, Duncan y Garzón (2005) evalúan la gestión de los colegios en concesión en Bogotá; Sarmiento, Tovar y Alam (2002) analizan la situación de la educación básica, media y superior en

Colombia; Vargas y Sarmiento (1997) y Vergara y Simpson (2001) hacen una evaluación de la descentralización de los servicios de educación.

Al comenzar la década del noventa, la educación emerge como un factor de acumulación de capital humano y movilidad social que representa uno de los elementos claves del proceso de crecimiento y desarrollo económico. Si bien en este momento se observan avances en las coberturas educativas, la oferta de cupos sigue siendo insuficiente, especialmente en educación secundaria y superior en donde tradicionalmente ha jugado un papel complementario el sector privado. Así mismo, se observa un mejoramiento en el nivel educativo de los docentes que no se reflejó en una mayor calidad del sistema educativo, entre otras razones por la insuficiencia de requisitos para acceder a las facultades de educación, los mecanismos de selección y capacitación de docentes y la baja calidad de las escuelas de formación de profesores. En alguna medida, los problemas relativos a la selección de docentes están asociados a lo que Duarte (1996) denomina la politización de la administración de la educación oficial. Este fenómeno ha llevado a que en la práctica los procesos de nombramiento y promoción de maestros estén intermediados por políticos, a pesar de la existencia de normas para regular la carrera docente. Con la Constitución de 1991 y la Ley 60 de 1993 se fortaleció el proceso de descentralización política y administrativa y se aumentaron gradualmente los recursos asignados para educación y salud. Mediante dichas normas, se estableció un nuevo marco legal para el cálculo de las transferencias de la Nación (Situado Fiscal y Participaciones Municipales) a las regiones y se establecieron los criterios para su distribución territorial. Desde el punto de vista regional y local, los departamentos y municipios empiezan a jugar un papel más activo en la administración y ejecución de estos recursos. De otro lado, a principios de 1994 se promulgó la Ley General de Educación para regular la prestación de los servicios educativos de acuerdo con los principios de la nueva Constitución Política. Al final de la década del noventa se observa que, con excepción de las principales ciudades, la cobertura en primaria dista de ser universal. Así mismo, se observa que en el nivel preescolar no hay mayores avances y que el acceso a la educación por regiones y rangos de ingreso continúa siendo inequitativo. La calidad de la educación pública en el nivel básico se considera deficiente a tal punto que no se alcanzan los requerimientos mínimos establecidos en el país. Con base en diversos estudios, el Plan de Desarrollo “Cambio Para Construir la Paz” (DNP, 1999), de la administración Pastrana, señala como factores determinantes del bajo rendimiento académico del estudiante, el nivel socioeconómico de la familia, que es el más importante, las variables escolares, la insuficiente dotación de textos y la falta de medios pedagógicos y de promoción de la lectura. Para mejorar la equidad y eficiencia del sistema educativo, dicho Plan fijó como objetivos el aumento de la relación alumno docente, el traslado de maestros al interior de un municipio o entre los municipios de un mismo departamento y la revisión del esquema de financiación del sector. Sobre este último aspecto, se considera necesaria la sustitución del mecanismo de subsidios a la oferta por el de subsidios a la demanda y la revisión de la fórmula para calcular el monto de las transferencias territoriales. En respuesta a estos objetivos, el Acto Legislativo 1 de 2001 reformó el sistema de transferencias a las regiones y unificó en una sola bolsa los recursos por situado

fiscal, participación de los municipios en los ingresos corrientes de la nación y transferencias complementarias, para crear el denominado Sistema General de Participaciones (SGP). La Ley 715 del mismo año, asignó los recursos del SGP y definió las competencias que en materia de educación y salud deben ejercer los diferentes niveles de gobierno. Así mismo, la Ley señaló que las transferencias para educación deberían distribuirse entre departamentos, municipios y distritos, con base en los criterios de población atendida, y población por atender en condiciones de eficiencia y equidad. (Iregui B.; Melo B. & Ramos F. 2006: 6)

Sin embargo, el estudio de Irregui & otros (2006: 8) revela que durante los últimos años la situación del sector no ha experimentado mayores cambios. No obstante, el gobierno actual desarrolla un programa de ampliación de la cobertura en un millón y medio de cupos para el nivel educativo básico, el cual será atendido con una política de racionalización del gasto y un mejor manejo de los recursos físicos y humanos asignados al sector. Del mismo modo, se trabaja en la incorporación de cuatrocientos mil nuevos estudiantes de educación superior otorgando créditos blandos a las personas de bajos recursos y desarrollando un esquema de garantías basado en el ingreso futuro del estudiante. En relación con el mejoramiento de la calidad del sistema educativo, el gobierno hace énfasis en la definición de estándares mínimos de calidad y en los procesos de evaluación de desempeño de los docentes y de los resultados para los grados 5 y 9.

A través del tiempo se observa un deterioro en la calidad de los colegios públicos, que se expresa tanto en una reducción en el porcentaje de instituciones educativas oficiales ubicadas en la categoría alta, como en un aumento en el porcentaje de colegios en la categoría baja. Para el promedio del país, entre 1980 y el año 2003, el porcentaje de colegios oficiales en la categoría baja ascendió de 43% a 61.8%. Simultáneamente, algunos colegios no oficiales mejoraron la calidad. Así, mientras en 1980 el 23.3% de estos colegios se ubicó en la categoría alta, en el 2003 este porcentaje subió a 30.8%. Sin embargo, también se observa que el porcentaje de los colegios privados en la categoría baja subió de 36.4% a 46.9% entre 1980 y el año 2003 (Irregui & otros 2006: 40).

Para el año 2003, mientras el 30.9% de los colegios privados estaban ubicados en estas tres categorías, solo el 8.8% de los colegios públicos lograron esta clasificación. Es importante anotar que de los 134 colegios ubicados en la categoría muy superior, solo cinco eran oficiales, lo cual indica que la educación de mejor calidad en Colombia es suministrada por el sector privado. Si bien la mejor educación del país es ofrecida por instituciones privadas, es importante resaltar que un alto porcentaje de colegios no oficiales presenta resultados deficientes. En los últimos años cerca del 70% de estos establecimientos se ubicó en las categorías media, baja e inferior, lo cual sugiere que el suministro de la educación por parte del sector privado no siempre es garantía de calidad, por lo que una política de privatización de este servicio no necesariamente aseguraría mejores resultados. Con relación a la educación oficial se observa que entre 1997 y el año 2003 más del 90% de los colegios públicos se clasificó en las categorías media, baja, inferior y muy

inferior con más del 60% de los establecimientos en las tres últimas. Este hecho sugiere que los resultados de la educación pública en términos de calidad son deficientes y que no se han logrado avances importantes en los últimos años a pesar de los recursos crecientes asignados por el Estado para este sector. Vale la pena destacar el caso de algunos departamentos, en donde los colegios oficiales ubicados en las categorías baja, inferior y muy inferior superan el 80%, como en el caso de Atlántico, Bolívar, Caquetá, Cesar, Chocó, La Guajira y Sucre. Así mismo, llama la atención como dentro de las instituciones educativas oficiales, las de Bogotá son las que mejor rendimiento académico registran en el país. Para el año 2003, el 30% de los colegios oficiales de Bogotá se clasificó en las categorías muy superior, superior y alta y el 52% en la categoría media. (Irregui & otros 2006: 41).

Según el Plan de Desarrollo Distrital de Santa Marta 2012-2015: “Equidad para todos: Primero Los Niños y Las Niñas” (p. 41) En Colombia la tasa de repitencia es de 3,1% y 3,2% para el Departamento de Magdalena. Los datos muestran que las tasas de repitencia son mayores en los primeros grados. La UNESCO señala que esto puede estar relacionado con problemas en la enseñanza y el aprendizaje inicial de la lectura y la escritura (UNESCO-OREALC, 1992: p. 140-141).

La Educación en el Departamento del Magdalena

Según datos del Plan de Desarrollo Distrital de Santa Marta 2012-2015 (p. 38-39), el promedio de años de educación para la población del Magdalena es de 8,8 años, muy cerca del promedio nacional que es de 9 años, pero aún lejos de la meta 2015 que es de 10 años de educación en promedio. El bajo nivel educativo observado en el departamento del Magdalena reduce la probabilidad de alcanzar por lo menos un año de educación universitaria a menos del 16% (Romero, 2006). Además, sostiene, que los niveles de escolaridad más bajos se dan en las familias con índices de calidad de vida más bajos (Sarmiento, 2010). Dentro de las principales razones para no estudiar reportadas en la Encuesta de Calidad de Vida 2008, tienen mayor peso las razones económicas asociadas a la pobreza, como son los costos educativos altos, la falta de dinero y la necesidad de trabajar, ya sea dentro o fuera del hogar.

La Educación en el Distrito de Santa Marta

El Informe de ODM 2012, en las Prueba Saber II 2002-2007 y 2010, en Santa Marta se encuentra que el 85%, 87% y 87% de los colegios oficiales en los años respectivos se encontraron en las categorías inferior y baja, mientras que los no oficiales fueron el 52%, 43% y 40% respectivamente. Los colegios oficiales con desempeño medio fueron 11%, 10% y 10% para los años señalados y sólo el 5%, 3% y 2% tuvieron un desempeño alto. En cuanto a la prueba SABER-

11, el porcentaje de colegios oficiales ubicados en las categorías inferior y baja para los años referidos es de 85%, 87% y 87% respectivamente. Estos porcentajes para los colegios no oficiales es de 52%, 43% y 40%, una gran diferencia a favor de éstos últimos. Mientras que el porcentaje de establecimientos educativos oficiales que se pueden clasificar de desempeño medio fue de 11% en 2002, 10% en 2007 y 10% en 2010. Según datos del Plan de Desarrollo 2012-2015 el Distrito de Santa Marta registra 124.020. Datos de la Secretaría de Educación de Santa Marta afirma que, para 2008, las tasas de repitencia de Santa Marta entre 2002 y 2009 muestran que el problema se concentra especialmente en los niveles de secundaria y media en la zona rural y con mayores tasas en el sector oficial. (Plan de Desarrollo Distrital de Santa Marta 2012-2015 p. 41).

Según el Boletín No. 163 de 2015 expedido por la Alcaldía Distrital de Santa Marta, la Institución Educativa Distrital Rodrigo de Bastidas cobija 2.572 estudiantes de los estratos 1 y 2 de 47 barrios de la Comuna 5, lo que corresponde al 2.06% del total de estudiantes matriculados en todo el distrito.

De acuerdo con los resultados del censo de población desescolarizada, aplicado en el 2010, por la Universidad del Magdalena y el Consejo Noruego para Refugiados, en 5 barrios de la Comuna 5, de Santa Marta, se encontraron 1.255 desescolarizados, equivalente al 27% la población en edad entre 5 y 24 años, de los cuales a la fecha, sólo 59 aparecen en el SIMAT. De esta población desescolarizada, 317 niños y niñas tienen entre 5 y 13 años y 809, entre 14 y 24 años. El 33% de la población desescolarizada corresponde a población víctima del delito de desplazamiento (Plan de Desarrollo del Distrito de Santa Marta 2012-2015: “Equidad para todos: Primero Los Niños y Las Niñas”: 120).

La baja calidad educativa es un problema que enfrenta la ciudad. Un indicador validado oficialmente, el de los resultados de la prueba SABER que para el grado 11 establece que en los últimos años el porcentaje de colegios oficiales del Distrito en los niveles bajo, inferior y muy inferior oscila entre el 86% en el 2008; 87.5% en el 2009; 85.3% en el 2010; y el 74.7% en el 2011. Un sólo colegio se encuentra clasificado en superior y dos en alto. (Plan de Desarrollo del Distrito de Santa Marta 2012-2015: “Equidad para todos: Primero Los Niños y Las Niñas”: p. 121).

Otros factores asociados a la calidad educativa es la infraestructura de los colegios. El 33% urge de reparaciones importantes, la dotación de laboratorios (44 sedes no los tienen), en 33 sedes no hay biblioteca y aulas de informática casi inexistentes o en malas condiciones. La enseñanza del inglés es de bajo nivel así como el número de niños por computador (1 PC por cada 31 niños) y la inversión distrital en educación (12.600/número en el cuatrienio): indicadores que muestran que la educación oficial debe ser sometida a un proceso de transformaciones para que realmente sea de calidad. (Plan de Desarrollo del Distrito de Santa Marta 2012-2015: “Equidad para todos: Primero Los Niños y Las Niñas”: 122)

4.1 ANTECEDENTES

Existen estudios de diferentes autores que referencian la educación en Colombia; no obstante, estos giran sobre el entorno socio-político; el aspecto de la salud es abordado desde un contexto general y la salud oral no ha sido la prioridad, mucho menos su impacto en la autoestima y su repercusión en el rendimiento académico de los estudiantes. Estos aspectos específicos podrían estar generando alguna injerencia negativa en el rendimiento de los estudiantes y a su vez en la calidad de la educación. Se puede establecer que todos los estudios giran en torno a la pobreza como un factor relevante, pero solo en pocos se explicita que es lo que se entiende por “condición de pobreza”. En los estudios donde se explicita el completo de pobreza (aquellos basados en la encuesta CASEN⁵), este concepto se restringe solamente a la precariedad de los ingresos. La literatura nacional que aborda la multidimensionalidad del abandono escolar aún es escasa. Esto es así principalmente en dos aspectos. En primer lugar, aún no es posible comprender adecuadamente como los factores que han sido identificados en los diversos ámbitos estudiados interactúan o se encadenan entre sí para llevar al abandono escolar. Tampoco se ha explicitado adecuadamente en que forma o formas son que la condición de pobreza llega a constituirse como un factor de riesgo y encadenarse con otros factores para influir el abandono escolar.

Algunos estudios (Mafla: 2008) evalúa el cambio bio-psicosociales y salud oral de los adolescentes, (Raymundo de Andrade & otros) se remite al impacto de la salud oral en la calidad de vida de niños en edad pre-escolar. No obstante, no se evidencian estudios sobre la salud oral y su influencia en la autoestima y correlación con bajo rendimiento escolar. Por ello, el presente trabajo es *su generis* en el tema, relacionado y consecuente con algunos estudios recientes, no publicados, de estudiantes de la Universidad del Magdalena; de los cuales vale la pena destacar los siguientes resultados:

Correlación Factores Psicológicos (Ansiedad / Depresión) y Desgaste Dental en Niños de 6 a 9 Años de Edad de la Institución Educativa Distrital Cristo Rey de Santa Marta – Colombia, 2015. (Fajardo Luquez, Laura; Betancourt Pacheco, Rafael; Almendrales Tejada Clareth). Estudio observacional, cuantitativo, transversal (no publicado). Se estudió una población de 182 niños y niñas. **Objetivo:** determinar la correlación entre desgaste dental y factores psicológicos (ansiedad y depresión), en niños y niñas entre 6-9 años de edad. **Resultados:** Persona responsable la madre con un 70% (n=55) y el 23,1% (n= 18) al padre. El 51,3% (n=40) trabaja. Prevalencia por género de los niños: masculino con un el 53,0% (n=41). La prevalencia por estrato social: 1 con 92,3% (n=72). El 65,4% (n=51) no viven en casa propia. Horario de tareas: la tarde con un 85,9% (n=67). El estado de salud en general del niño, el 89,7% (n=70) es buena. Desgaste dental (rango de 0-4): el 59,0% (n=46) nivel 3; el 28,1% (n=22) nivel 4; el 10,3% (n=8) nivel 2; el 1,3% (n=1) y sólo el 1,3% (n=1) nivel 0. Las características emocionales: El 89,7% (n=70) ansiedad moderada y el 1,3% (n=1) ansiedad severa. Depresión: El 61,5% (n=48) depresión moderada y el 38,5% (n=30)

⁵ Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional

depresión leve. **Conclusión:** Si existe correlación entre factores psicológicos (ansiedad – depresión) en los niños y niñas de la I.E.D Cristo Rey de Santa Marta-Colombia, de 6 a 9 años de edad; convirtiéndose en detonante para acelerar ese proceso de desgaste natural de los dientes, afectando la vida y desarrollo normal. **Recomendaciones:** Aplicar estos estudios en otras instituciones educativas, especialmente públicas, en comunas vulnerables, con el objeto de recopilar datos estadísticos que sirvan de base para las políticas públicas de educación y salud.

Desgaste Dental Asociado a Factores Psicológicos en niños en 6 y 9 años de edad (Camacho Medina, Luz E, & otros: 2013). Estudio descriptivo, de tipo cuantitativo observacional, realizado en el Instituto Gabriela Mistral de Gaira de la Ciudad de Santa Marta por estudiantes de la Universidad del Magdalena. **Objetivo:** caracterizar el desgaste dental en la población infantil comprendida entre 6 y 9 años de edad asociados a factores psicológicos. La muestra fue compuesta por 73 niños y sus correspondientes padres de familia. Se utilizó dos instrumentos: el primero: un cuestionario estructurado para determinar aspectos psicológicos asociados a estados emocionales y síntomas de ansiedad y depresión. Segundo: examen clínico para determinar el desgaste dental para evaluar el grado de severidad. **Los resultados:** Edad promedio 6 años 34.6% (n=25); prevalencia del sexo masculino 53.4% (n=39). Prevalencias persona responsable: madre 74% (n=54). Vive con padre y madre: 66.3% (n=44). El 65.8% (n= 48) presenta desgaste dental; donde el 39.7% (n= 29) son niños y 26.1% niñas (n=19). Nivel de desgaste: Grado 0: 35.6% (n=26); Grado 1: 27.4% (n=20); Grado 2: 19.2% (n=14); Grado 3: 12.3% (n=9) y Grado 4: 5.5% (n=4). Diagnóstico Depresión: Leve 43.8% (n=32); Moderada 56.2% (n=41). Diagnóstico Ansiedad: Leve 11% (n=8); Moderada: 89% (n=65). **Conclusiones:** El 100% de los niños con atrición presenta ansiedad; el 65.8% presenta desgaste dental fisiológico. **Recomendaciones:** Realizar estudio para determinar si existe o no, correlación entre factores psicológicos (ansiedad – depresión) y desgaste dental.

Adolescencia: Cambios Bio-Psicosociales y Salud Oral. Mafla, Ana Cristina (2008). **Metodología:** En la base Pubmed del National Center for Biotechnology Information, se hizo una búsqueda de artículos de 1997 hasta 2007, para obtener datos sobre adolescencia en un plano bio-psicosocial. **Resultados:** Los cambios hormonales incrementan peso, talla, masa muscular y ósea, e incluyen la adquisición de los caracteres sexuales secundarios. En relación con la salud oral, la incidencia de caries y enfermedad periodontal aumenta durante estos años. En términos de las características psicosociales, los adolescentes afirman su identidad en este tiempo. Hay una evolución del autoerotismo a la heterosexualidad, muestran fluctuaciones de humor, actitudes sociales reivindicatorias, y hay una separación progresiva de sus padres y preferencia por asociarse con sus pares. Estos cambios pueden llevar a problemas como alcoholismo, uso de sustancias psicoactivas y embarazo. **Conclusiones:** Los adolescentes sufren cambios físicos y emocionales importantes. La adolescencia es una edad crítica, y por este motivo es indispensable poner especial atención, dados su complejidad e impacto sobre distintos aspectos de la salud oral. Sería válido

aplicar estrategias practicadas en otros países para mejorar la salud bucodental durante estos años, incluir enseñanzas sobre la adolescencia en los programas de salud a nivel universitario.

Autoestima y rendimiento académico en estudiantes de enfermería de Poza Rica, Veracruz, México (Cruz Núñez, Fabiola & Abel Quinones Urquijo, Abel). Fue un estudio correlacional con valor explicativo. La autoestima fue valorada con la aplicación del Inventario de Autoestima de Coopersmith. En cuanto al rendimiento académico, se obtuvieron los promedios ponderados semestrales a través del kardex. Resultados: el 19% de los estudiantes tiene autoestima alta, de los cuales el 16% obtiene un rendimiento académico entre bueno y excelente, y el 3%, entre regular y bajo. Lo cual permite inferir, con Rogers (2000) la importancia del concepto de sí mismo y de autoestima positiva en los procesos cognitivos y afectivos de los estudiantes. De ahí la necesidad de incrementaren el universitario su nivel de autoestima.

5. MARCO CONTEXTUAL

5.1 MARCO CONCEPTUAL

La salud debe ser integral e integrada “Sin Salud Oral no hay salud”. Esta fue una de las principales conclusiones del taller para la capacitación de odontólogos y profesionales no odontólogos que trabajan en atención primaria en salud en Bogotá D.C. en el programa territorios saludables, que se realizó en el marco del Convenio de Cooperación Técnica suscrito entre la Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS y la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá el 24 de febrero de 2015; para contribuir con el desarrollo del Eje III de la Política de Salud Oral de Bogotá “Fortalecimiento de la gestión del talento humano Odontológico”. (Proyecto SOFAR “Salud Oral Factores de Riesgo: feb. 2015)

La odontología tiene como misión, prevenir, mantener y devolver la salud oral a las personas para mejorar su calidad de vida. Continuamente se deben adaptar diversos aspectos de esta profesión para conseguir este objetivo y de manera especial en los llamados grupos de «riesgo». Estos grupos se denominan así por tener ciertas características que facilitan el establecimiento de enfermedades orales con mayor frecuencia. Uno de ellos, es el de adolescentes, quienes atraviesan por una fase de cambios dramáticos que aunados a las particularidades de cada cultura, se convierten en un reto para la práctica. Las características de crecimiento y desarrollo en este grupo y su impacto psicosocial son muy importantes para la profesión, porque al finalizar la madurez biológica en términos dento-faciales, más la consolidación de hábitos de higiene saludables, se reflejan sobre el aspecto físico del adolescente, área muy valorada por él, que repercute de manera directa sobre su autoestima y posterior interacción social. (Mafla, 2008)

5.1.1 La Adolescencia

La adolescencia, esos años desde la pubertad hasta la edad adulta, se pueden dividir a groso modo en tres etapas: *adolescencia* temprana, generalmente entre los 12 y 13 años de edad; *adolescencia* media, entre los 14 y 16 años de edad; y *adolescencia* tardía, entre los 17 y 21 años de edad. Además del crecimiento fisiológico, de estos años se pueden extraer siete *tareas clave de desarrollo* intelectual, psicológico y social. El propósito fundamental de estas tareas es formar la propia identidad y prepararse para la edad adulta. (Healthy Children.org.: Mayo 2015).

5.1.1.1 Desarrollo físico

La pubertad se define como los cambios biológicos de la adolescencia. Aproximadamente en la adolescencia media, si no antes, se completa la mayor parte del crecimiento fisiológico de los jóvenes; ya tienen o casi alcanzaron su estatura y peso de adultos y ahora cuentan con la capacidad física de tener bebés. (Healthy Children.org.: Mayo 2015).

5.1.1.2 Desarrollo intelectual

La mayoría de los niños y niñas entran a la adolescencia todavía percibiendo el mundo a su alrededor en términos concretos: Las cosas son correctas o no, maravillosas o terribles. Raras veces ven más allá del presente, lo que explica la incapacidad de los adolescentes jóvenes de considerar las consecuencias que sus acciones tendrán a largo plazo.

Al final de la adolescencia, muchos jóvenes han llegado a apreciar las sutilezas de las situaciones e ideas y a proyectarse hacia el futuro. Su capacidad de resolver problemas complejos y sentir lo que los demás piensan se ha agudizado considerablemente. Pero debido a que todavía no tienen experiencia en la vida, hasta los adolescentes mayores aplican estas destrezas que recién encontraron de manera errática y por lo tanto, pueden actuar sin pensar. (Healthy Children.org.: Mayo 2015).

5.1.1.3 Desarrollo emocional

Si se puede decir que los adolescentes tienen un motivo para existir (además de dormir los fines de semana y limpiar el refrigerador), sería afirmar su independencia. Esto les exige distanciarse de mamá y papá. La marcha hacia la autonomía puede tomar muchas formas: menos afecto expresivo, más tiempo con los amigos, comportamiento polémico, desafiar los límites; la lista puede continuar. Pero aún los adolescentes frecuentemente se sienten confundidos sobre abandonar la seguridad y protección del hogar. Pueden estar indecisos anhelando su atención, solo para regresar al mismo punto. (Healthy Children.org.: Mayo 2015).

5.1.1.4 Desarrollo social

Hasta ahora, la vida de un niño se ha desarrollado principalmente dentro de la familia. La adolescencia tiene el efecto de una roca que cae al agua, ya que su círculo social repercute hacia afuera para incluir amistades con los miembros del mismo sexo, del sexo opuesto, diferentes grupos sociales y étnicos y otros adultos, como un maestro o entrenador favorito. Finalmente, los adolescentes desarrollan la capacidad de enamorarse y formar relaciones amorosas. (Healthy Children.org.: Mayo 2015).

No todos los adolescentes entran y salen de la adolescencia a la misma edad o muestran estas mismas conductas. Lo que es más, durante gran parte de su adolescencia, un joven puede ir más allá en algunas áreas del desarrollo que en otras. Por ejemplo, una chica de quince años de edad puede parecer físicamente un adulto joven, pero todavía puede actuar mucho como una niña ya que es hasta el final de la adolescencia que el desarrollo intelectual, emocional y social empieza a alcanzar al desarrollo físico. (Healthy Children.org.: Mayo 2015).

5.1.1.5 Secuelas de la presencia de enfermedades bucales

La expresión salud dental hace referencia a todos los aspectos de la salud y al funcionamiento de nuestra boca, especialmente de los dientes y de las encías. Además de permitirnos comer, hablar y reír (tener buen aspecto), los dientes y las encías deben carecer de infecciones que puedan causar caries, inflamación de la encía, pérdida de los dientes y mal aliento. (Arias Palacios, 2011, p. 34)

La salud de nuestros dientes y boca está relacionada de muchas maneras con la salud y el bienestar general. La capacidad de masticar y tragar la comida es esencial para obtener los nutrientes necesarios que permiten disfrutar de un buen estado de salud. Aparte de las consecuencias sobre el estado nutricional, una mala salud dental también puede afectar de manera negativa a la capacidad de comunicación y a la autoestima. Las enfermedades dentales provocan problemas económicos y sociales debido a que los tratamientos son costosos y que el dolor de dientes causa bajas en la escuela (niños/as) como en el trabajo (adultos) (Arias Palacios, p. 35). Los problemas bucodentales inciden en la autoestima de los niños/as, ya que tienen temor tanto al hablar, como al sonreír. Con respecto a la fonética, la mala dicción conlleva dificultad de pronunciación de algunas palabras y escapes de las eses. (Arias Palacios, p. 33)

5.1.1.6 Bajo rendimiento escolar

La pérdida prematura de los dientes causada por el deterioro dental puede causarles una serie de problemas a los niños. Los pequeños pueden sufrir una reducción del desarrollo general y del desarrollo del habla. Los escolares pueden faltar a clases en exceso, ser incapaces de concentrarse y desarrollar baja autoestima. Aproximadamente 51 millones de horas escolares al año se pierden debido a problemas dentales o enfermedades afines. La investigación indica que la mala salud oral puede producir bajo rendimiento escolar, baja calidad en las relaciones sociales y menos éxito en el futuro. El dolor de dientes distrae al niño y puede impedir que se concentre en el trabajo escolar. (Klaus A. 1995 en Arias 2011 p. 33)

5.1.1.7 Dificultad para integrarse

Esto puede ser explicado dentro de un universo de posibilidades, porque no han sido gestadas desde el seno de la comunidad misma. Las herramientas y las pedagogías participativas en salud

se orientan hacia el desarrollo de capacidades y criterios, favorecen la autoestima, potencian la comunicación y la construcción colectiva y validan el aprendizaje adquirido. En otras palabras, se integra un proceso con protagonistas comprometidos: padres por la salud de sus hijos, maestros y odontólogos por la salud bucal de la población. La salud bucal colectiva debe ante todo reconocer las capacidades del ser humano y desde allí es donde se debe trabajar en la búsqueda de oportunidades para el pleno desarrollo. (Rivera y Donovan 2000 en Arias 2011 p. 33).

5.2 MARCO TEÓRICO

5.2.1 SALUD ORAL

La expresión salud dental hace referencia a todos los aspectos de la salud y al funcionamiento de nuestra boca, especialmente de los dientes y de las encías. Además de permitirnos comer, hablar y reír (tener buen aspecto), los dientes y las encías deben carecer de infecciones que puedan causar caries, inflamación de la encía, pérdida de los dientes y mal aliento. La caries, también conocida como cavidad dental, es la enfermedad más común de los dientes. Los principales factores para el control de la caries son la higiene bucal, el uso de flúor y el consumo moderado de alimentos cariogénicos. (Artículo virtual Salud Dental)

A los dientes también les afecta el “desgaste de los dientes” o erosión. Se trata de un proceso normal que se produce con la edad, a medida que se pierde el esmalte de los dientes debido a su exposición repetida a ácidos distintos de los que produce la placa. La atrición (desgaste mecánico) y la abrasión son otras formas de deterioro de los dientes. La atrición se produce cuando los dientes se erosionan debido al contacto con otros dientes. La abrasión es provocada por factores mecánicos externos como un lavado de los dientes incorrecto. Las enfermedades periodontales, también conocidas como enfermedades de las encías, están provocadas a una infección e inflamación de la encía (gingiva), de los tejidos conectivos periodontales y del hueso alveolar. Las enfermedades periodontales pueden provocar la pérdida de los dientes. (Artículo virtual Salud Dental)

La salud de nuestros dientes y boca está relacionada de muchas maneras con la salud y el bienestar general. La capacidad de masticar y tragar la comida es esencial para obtener los nutrientes necesarios que permiten disfrutar de un buen estado de salud. Aparte de las consecuencias sobre el estado nutricional, una mala salud dental también puede afectar de manera negativa a la capacidad de comunicación y a la autoestima. Las enfermedades dentales provocan problemas económicos y sociales debido a que los tratamientos son costosos y que el dolor de dientes causa bajas en la escuela (niños) como en el trabajo (adultos). (Artículo virtual Salud Dental).

En los últimos años ha habido una reducción en la incidencia de caries en la mayoría de los países europeos. Un aumento de la higiene bucal, incluyendo un cepillado diario y el uso del hilo dental

para quitar la placa, así como el uso de pasta de dientes con flúor, combinado con revisiones dentales periódicas, parece ser los responsables de la mejora. Las revisiones dentales regulares pueden ayudar a detectar y controlar problemas potenciales. Controlar y eliminar regularmente la placa puede ayudar a disminuir la incidencia de caries. Si hay poca placa, la cantidad de ácidos formados será insignificante y no se producirá la caries. (Artículo virtual Salud Dental)

5.2.2.1 Enfermedades y Trastornos que se presentan en la Cavidad Bucal

La caries dental y la enfermedad periodontal son dos de los problemas más significativos de la Salud Pública Bucal. Sin embargo no son las únicas enfermedades y trastornos que se presentan en la cavidad bucal también existen las denominadas no cariosas que afectan el trastorno y la erupción de los dientes (ejem: fluorosis dental) enfermedades de la pulpa, y los tejidos periapicales, anomalías dentofaciales, lesiones en la mucosa bucal, cáncer de la cavidad oral y maloclusiones que afectan a la población.

Existen diferentes procesos destructivos crónicos, además de la caries dental, que determinan una pérdida irreversible de los tejidos mineralizados dentarios. Dentro de este marco se pueden considerar las siguientes alteraciones: abrasión, atrición, abfracción y erosión (Barrancos, 2006).

➤ Caries dental

En el último siglo, la investigación científica ha permitido establecer un concepto mucho más detallado de la naturaleza de la caries dental, ya que actualmente se reconoce que una cavidad es la última manifestación de una infección bacteriana. Las bacterias presentes en la boca forman una comunidad compleja que se adhiere a la superficie del diente en forma de una biopelícula, comúnmente denominada placa dental. Una biopelícula cariogénica puede contener millones de bacterias, entre las cuales el estreptococo mutans es uno de los componentes críticos. Esta bacteria puede fermentar los hidratos de carbono para formar ácido láctico, los ciclos repetidos de la generación ácida pueden dar lugar a la disolución microscópica de minerales del esmalte del diente y a la formación de una mancha blanca o marrón opaca en la superficie del esmalte. El desarrollo de la caries depende de la frecuencia en el consumo de carbohidratos, las características de los alimentos, el tiempo de exposición, eliminación de la placa y la susceptibilidad del huésped. Existen especies de lactobacilos, actinomicetos y otros estreptococos que generan ácidos dentro de la placa y pueden contribuir al proceso carioso. (Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica de las Patologías Bucales; 2012: 14).

➤ Abrasión

El término clínico de abrasión dental, se utiliza para describir la pérdida patológica de tejido mineralizado dentario provocada por acciones mecánicas anormales producida por objetos

extraños introducidos en forma repetida en la boca y que contactan con los dientes. Según la etología el patrón de desgaste puede ser difuso o localizado (Barrancos, 2006).

La prevalencia de abrasión depende de factores inherentes al paciente, específicamente respecto del cepillado dental como: técnica, frecuencia, tiempo, fuerza aplicada, sitio de la arcada dentaria donde comienza el cepillado y a factores inherentes al material realizado para la higiene dental como: tipo de material, dureza y características de las cerdas del cepillo, flexibilidad y largo del mango del cepillo, el poder abrasivo, el pH y la cantidad de pasta dental utilizada (Barrancos, 2006).

➤ **Atrición**

La atrición dental o popularmente desgaste dental, es el desgaste fisiológico de los tejidos duros dentarios por el contacto diente-diente, sin interposición de sustancias y elementos extraños, junto o por separado. Este contacto ocurre cuando los dientes contactan entre sí, por ejemplo, durante la deglución o el habla, y el desgaste resultante se produce en caras oclusales y bordes incisales (Barrancos, 2006).

Los puntos de contacto entre las caras proximales también se desgastan por atrición durante la masticación y determinan la formación de facetas de contacto. En los bordes incisales el proceso es claramente evidenciable por la pérdida de la “flor de lis” cuando las piezas dentarias del sector anterior entran en oclusión (Barrancos, 2006).

El grado de atrición se asocia con el “envejecimiento” de las piezas dentarias. Clínicamente este tipo de pérdida de sustancia se observa como formación de facetas de aspecto brillante y pulido (Barrancos, 2006).

➤ **Erosión**

Es el proceso de destrucción gradual de una superficie por procesos electrolíticos o químicos. Se entiende por erosión dental la pérdida de tejidos mineralizados dentarios por procesos químicos que no incluyen la acción de microorganismos. Los ácidos responsables de la erosión dental no son producto del metabolismo de la flora bucal, si no que provienen de la dieta y fuentes ocupacionales o intrínsecas. La erosión dental se clasifica según el origen de estos ácidos en extrínsecas: se produce por la acción de ácidos exógenos, intrínseca: se produce por la acción del ácido gástrico endógeno en contacto con las piezas dentarias durante vómitos, regurgitaciones o reflujos repetidos; idiopática: se produce por el efecto de ácidos de origen desconocido (Barrancos, 2006).

➤ **Abfracción**

Estas lesiones en forma de cuña en la unión cemento-adamantina se observan en piezas dentales individuales o en varias piezas no adyacentes. Se considera que son resultado de fuerzas oclusales excéntricas que producen flexión de la pieza dental.

Según la teoría de la flexión dental las fuerzas masticatorias o parafuncionales en áreas de oclusión defectuosa expondrían uno o varios dientes a fuerzas comprensivas. Estas fuerzas “se focalizan” en el límite de unión amelocementaria, donde provocan microfracturas en el esmalte y la dentina. Estas microfracturas se propagan en sentido perpendicular al eje mayor del diente hasta que se produce el desmoronamiento del esmalte y la dentina. Las lesiones o defectos resultantes tienen forma de cuña o borde afilados (Barrancos, 2006).

➤ **La Atrición**

La atrición es el desgaste fisiológico de la dentición como resultado de los contactos oclusales entre los dientes superiores e inferiores; es fisiológica cuando es parte de un componente del envejecimiento. Cuando la pérdida de tejido dentario llega a ser excesiva; causada por un proceso que NO es cariogénico, como resultado de bruxismo, la atrición llega a ser patológica.

Hoy se conoce la naturaleza multicausal de los trastornos cráneo mandibulares que incluyen a la articulación temporomandibular (ATM) y se destacó la influencia que las alteraciones oclusales y los trastornos psíquicos y emocionales desempeñan en su etiología, en el control neuromuscular facial y la postura mandibular. Los tejidos de la ATM, así como las demás partes del sistema estomatognático se encuentran normalmente protegidos por los reflejos nerviosos básicos y por el control neuromuscular a través de la coordinación de las fuerzas musculares. Por tanto, todo lo que pueda producir sobrecarga muscular repetida como las interferencias oclusales, los estados psíquicos como la frustración y la ansiedad, y los hábitos parafuncionales pueden ocasionar desórdenes funcionales del sistema, generalmente conocidos como disfunción temporomandibular. (Domínguez Torres & otros, 2013)

El grado de atrición que presenta una persona depende de la fuerza de oclusión, es decir, del grado de desarrollo de los músculos masticatorios. Es un contacto dentario distinto de los de la masticación y deglución inconsciente hasta que se hace del conocimiento del paciente, el primero en detectarlo es el dentista al observar el desgaste exagerado de los dientes (facetas) en áreas funcionales y desgaste moderado en áreas no funcionales, ensanchamiento de las zonas oclusales y reducción de la dimensión vertical de la cara, en ocasiones el hábito pasa desapercibido por el paciente y son los familiares quienes lo alertan pues pasa por diferentes etapas: silencioso, sonoro y molesto.(Cardentye García & otros, 2014)

➤ **Fluorosis dental**

Se reconoce ampliamente que el fluoruro controla eficazmente la caries dental, acelerando la remineralización de las lesiones incipientes del esmalte o bien alterando la glucólisis (proceso por el cual las bacterias cariógenas metabolizan los hidratos de carbono para producir ácido). Sin embargo, ésta es una hipocalcificación del esmalte dental o de la dentina producida por una ingestión crónica de cantidades excesivas de fluoruro durante el periodo de desarrollo dentario. Clínicamente, varía en apariencia desde pequeñas líneas blancas en la superficie del esmalte (visibles únicamente en la revisión cercana), que no alteran la estructura dentaria, hasta manchas oscuras (pardas con estrías y/o punteado que lesionan la morfología dentaria). Es más frecuente en la dentición permanente, suele manifestarse con mayor gravedad en los dientes que se mineralizan ulteriormente; asimismo, los dientes homólogos presentan un grado de afectación semejante. En la fluorosis, la función ameloblástica se caracteriza por una interrupción del depósito de la matriz orgánica que trae como resultado la formación de prismas de esmalte irregulares. La presencia de fluorosis dental varía de acuerdo a los factores extrínsecos como son: zona geográfica, temperatura, clima, dieta, edad en que el individuo ha consumido el flúor, tiempo de consumo, concentración ingerida, frecuencia de ingestión y altitud de la localidad. (Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica de las Patologías Bucales; 2012: 15).

➤ **Gingivitis:**

La gingivitis aguda provoca el enrojecimiento y terma facción de la encía conjuntamente con una hemorragia. Los agentes que causan estas inflamaciones son las bacterias ubicadas en la cavidad bucal, que se presentan por la falta de aseo, por la presencia de alimento semisólidos, sarro, en partes poco afianzadas (Oribes Sánchez, Percy Manuel)

Clases de gingivitis:

- a. Gingivitis crónica: También ataca a la encía con diversos signos inflamatorios.
- b. Gingivitis ulcerosa: Es muy dolorosa y frecuente provoca un sabor podrido y fiebre, el tejido se hace negro por el dolor, es imposible la alimentación.

5.2.2.1.1 Malas Posiciones Dentarias

En los niños las malas posiciones dentarias se dan con mucha frecuencia, las causas son de naturaleza diversa, como la pérdida precoz de los dientes de leche a causa de la caries. (Oribes Sánchez, Percy Manuel)

5.2.2.2 Prevención y Tratamiento de las Enfermedades Oral

Se previene lavando los dientes a fondo con una técnica correcta, incluido el masaje de las encías. Las placas dentales deben ser eliminados regularmente por odontólogos ya que este se dará cuenta

se hay alteraciones ya existentes. Estas serán controladas con un tratamiento adecuado y al tiempo. (Oribes Sánchez, Percy Manuel)

➤ **Higiene dental correcta:**

La causa principal de las enfermedades dentales y de las encías se produce por los depósitos de sustancias bacterianas y estas producen la caries, gingivitis y otras enfermedades; por eso es muy importante hacerse una adecuada higiene dental.

Para controlar estas enfermedades hay cuatro pilares muy importantes.

- Higiene dental
- Alimentación correcta
- Aporte del flúor
- Controles odontológicos regulares.

La higiene dental sólo se consigue mediante una técnica correcta del lavado. La higiene debe empezar en los niños, a partir de los dos años aproximadamente, con la ayuda incondicional de los padres, para los niños lo más apropiado es el método de rotación ya que es efectivo y rápido de aprender, consiste en cepillar la superficie de los dientes superiores e inferiores, haciendo un movimiento de rotación con el cepillo y las superficies de masticación

5.2.2 AUTOESTIMA

Rogers (1991) en Cruz Núñez & Quiñones Urquijo (2012: 26) define la autoestima como un conjunto organizado y cambiante de percepciones que el sujeto señala y reconoce como descriptivo de sí. Plantea que la educación debe formar estudiantes capaces de aprender por sí mismos y de adaptarse a un mundo en constante transformación. Santrock (2006) en Cruz Núñez & Quiñones Urquijo (2012: 26) comenta que la baja autoestima puede estar presente en muchos problemas psicológicos, así como también en el rendimiento académico o profesional, puesto que la opinión que tenga el estudiante de su rendimiento influirá en su autoevaluación y a su vez en su autoestima. Si piensa que no vale para nada, que no está capacitado ni puede alcanzar alguna meta, es difícil que se esfuerce y trabaje para lograrla.

La adolescencia es uno de los periodos más críticos para el desarrollo de la autoestima; es la etapa en la que la persona necesita hacerse con una firme *identidad*, es decir, saberse individuo distinto a los demás, conocer sus posibilidades, su talento y sentirse valioso como persona que avanza hacia un futuro. Durante la adolescencia se manifiestan ciertos cambios a nivel socio-afectivo, físico y cognoscitivo, se desarrollan además la capacidad de reflexionar y pensar sobre uno/a mismo/a y de aceptar una nueva imagen corporal. Al hacerlo, el o la adolescente se formula una serie de preguntas sobre sí mismo, por ejemplo “¿soy atractivo?” “¿soy inteligente?” “¿soy aceptado por mis compañeros?” Gradualmente empieza a separar lo que cree que es verdad sobre

sí mismo/a de lo que considera erróneo y a formularse sus propios conceptos sobre su persona. Cuanto mayor sea la aceptación que se siente, tanto en la familia como en los/as compañeros/as, mayores serán las posibilidades de éxito. En la adolescencia tanto el grupo familiar, el de la escuela, los amigos, los medios de comunicación contribuyen a moldear la autoestima. Pero en esta etapa se conjugan otros elementos, pues durante la adolescencia la autoestima tiende a debilitarse. Una buena dosis de autoestima es uno de los recursos más valiosos de que puede disponer un adolescente. Y lo que es más, si el adolescente termina esta etapa de su vida con una autoestima fuerte y bien desarrollada podrá entrar en la vida adulta con buena parte de los cimientos necesarios para llevar una existencia productiva y satisfactoria. (Tomado de Artículo virtual *Autoestima en la Adolescencia*)

5.2.2.1 Cómo afecta la autoestima en los adolescentes

Condiciona el aprendizaje. El joven con poca autoestima, o también llamada autoestima negativa, está poco motivado e interesado en aprender, encuentra poca satisfacción en el esfuerzo porque no confía en sus posibilidades de obtener éxito. Cuando valora y le da importancia a su capacidad para aprender, experimenta mayor confianza en sí mismo y puede desplegar esfuerzos tendentes al logro de sus objetivos.

Ayuda en la superación de dificultades. El adolescente con autoestima positiva es capaz de enfrentarse a problemas y fracasos, porque dispone de la energía necesaria para confiar en superar los obstáculos.

Fundamenta la responsabilidad. La confianza en uno mismo constituye la base para ser capaz de responder a las exigencias de la vida cotidiana.

Favorece la creatividad. El adolescente que se valora y confía en sí mismo, puede explorar nuevas posibilidades, se arriesga con respuestas creativas y originales.

Posibilita la relación social. El justo aprecio y respeto por uno mismo genera seguridad personal, dota de atractivo personal y facilita las relaciones con los demás en relación de igualdad, sin sentimientos de inferioridad o superioridad.

Determina la autonomía. El adolescente que se considera con adecuados niveles de autosuficiencia es capaz de tomar decisiones. Quien se acepta y se siente bien consigo mismo es capaz de enfrentarse a retos de forma independiente. Cuando el nivel de autoestima es bajo son dependientes, incapaces de tomar decisiones, sin opinión y sin criterio.

Afianza la personalidad. El sujeto se siente seguro de sus posibilidades como ser independiente (seguro, confiado y autoaceptado) y como ser social (confía, valora y acepta a los demás).

5.2.3 RENDIMIENTO ESCOLAR

Para Ruiz Lázaro, P.J.⁶ (2013) Un adolescente tiene problemas “escolares” cuando están presentes problemas que afectan a su aprovechamiento escolar. Cuando los problemas escolares persisten en el tiempo, se puede llegar al fracaso escolar, con implicaciones para el desarrollo biopsicosocial del individuo y su entorno. La etiología es multifactorial. El diagnóstico se basará en la historia clínica, centrada sobre todo en la anamnesis biopsicosocial y complementada, según sea necesario, con exploración física, estudio neuropsicológico y pruebas complementarias. Según Ruiz Lazaro la intervención será multisistémica y multimodal. Habitualmente se integrarán tratamientos biológicos, psicosociales y psicoeducativos, integrados en un plan de actuación coordinado multidisciplinar e interinstitucional. La mejor forma de prevenir no sólo es comprobar continuamente el buen funcionamiento del menor en el área física, psicoemocional y social, detectando precozmente necesidades que satisfacer y problemas a los que hacer frente, sino intervenir fortaleciendo los recursos

Enriquez Guerra (2008: 15) sostiene que, el bajo rendimiento y la deserción escolar es, el resultado de un proceso en el que intervienen múltiples factores y causas, algunos de los cuales son característicos de los niños y jóvenes y de sus situaciones socioeconómicas (factores extraescolares) y de otros asociados a las insuficiencias del propio sistema educativo (factores intraescolares). Para ésta autora el bajo desempeño escolar está influenciado por diferentes factores y causas que se convierten en problemáticos que requieren ser analizadas de forma rendimiento escolar está influenciado por diferentes factores y causas que se convierten en problemáticas que requieren ser analizadas en forma integral, de tal manera que los diferentes actores sociales involucrados en estos procesos participen activamente (Enriquez Guerrero, 2008: 16).

Por otra parte, un artículo virtual de Colgate sostiene que, una mala salud oral puede significar un bajo rendimiento a nivel escolar, ya que enfermedades dentales pueden poner a los niños en una seria desventaja en la escuela, según con un nuevo estudio la Escuela de Odontología de Ostrow⁷. El impacto de la salud oral sobre el rendimiento académico de los niños los desfavorece, según un estudio que examinó a casi 1.500 niños de escuelas primarias y secundarias con desventaja socioeconómica en Los Ángeles, al evaluar la salud bucal y sus logros académicos, junto con los registros de asistencia. La mala salud oral no sólo parece estar relacionada con rendimientos bajos, sino que además los problemas dentales también parecen causar más ausencias en la escuela y una mayor pérdida de trabajo para los padres. En promedio los niños de primaria pierden por este tipo de problemas un total de 6 días al año y los niños de secundaria perdieron 2.6 días, por lo tanto los problemas de salud bucal son un factor muy importante en las ausencias escolares. Siendo un factor importante sobre este problema la falta de accesibilidad a la atención dental, ya que un once por

⁶ Doctor en Medicina. Pediatra. Consulta Joven “Espacio-20”. Centro de Salud Manuel Merino. Alcalá de Henares. Servicio Madrileño de Salud

⁷ Clínicas dentales de la Facultad de Odontología Ostrow de USC

ciento de los niños tenían un acceso limitado a esta atención, ya sea debido a la falta de seguro, falta de transporte u otros obstáculos.

Por ello los especialistas recomiendan a los programas de salud oral que deben estar más integrados en otros programas de salud, educativos y sociales, especialmente aquellos que se basan sobre la escolaridad.

5.2.3.1 Aspectos psicológicos en escolares adolescentes

La adolescencia transcurre en el segundo decenio de la vida, desde los 10 hasta los 19 años y se define este período como una época en que el individuo progresa desde la aparición inicial de las características sexuales secundarias hasta la madurez sexual. Los procesos psicológicos y los patrones de identificación del individuo se desarrollan a partir de los de un niño a las de una persona adulta. Se realiza una transición del estado de dependencia social y económica total a un estado de relativa independencia. Durante esta etapa existe un mayor nivel de desarrollo de los procesos psíquicos- cognoscitivos; se adquiere mayor nivel de racionalidad; aparece una nueva modalidad, la autoobservación; la memoria evoluciona hacia una forma más racional, permitiéndoles fijar más sólidamente el material demostrativo que se les presente a través de los medios audiovisuales. Los adolescentes son capaces de crear sus propios recursos nemotécnicos y de crear estrategias propias del aprendizaje, el pensamiento pasa de ser abstracto, con más capacidad de elaboración de conceptos y juicios. Para que ocurra este desarrollo de los procesos psíquicos cognoscitivos, la materia escolar debe promover una actividad regulada de forma cognitiva y metacognitiva, así como también permitir una apropiación activa, crítica, reflexiva y creadora de los contenidos, debe contribuir a desarrollar en los adolescentes la posibilidad de buscar, producir conocimientos, problematizar, transformar y crear. (Moreno Castañeda, MI; Bravo Licuort M. p. 3)

5.3 MARCO JURÍDICO

Constitución Política de Colombia. Artículo 44. La Convención sobre los Derechos del Niño contempla, además, en su artículo 19 la obligación de los estados de adoptar “todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación”. Además, de velar para que “ningún niño sea sometido a torturas ni a otros trato o penas crueles, inhumanos o degradantes” estipulado en el artículo 37.

Congreso de la República de Colombia. Ley 12 de 1991. Se establece que “el entorno que un menor necesita para desarrollar sus capacidades físicas, intelectuales o cognitivas, emocionales, sociales y de autoestima, requiere tanto de una atención médica o una educación adecuadas, como de un medio social y familiar sano y seguro, una alimentación equilibrada (...) instando a los

gobiernos de todos los países a que dicho desarrollo saludable de los niños y las niñas esté entre las prioridades de cada una de las naciones integrantes.

Superintendencia Nacional de Salud, Resolución 1776 de 2008. Por medio de la cual se determina la escala de sanciones y procedimientos por incumplimiento a los preceptos señalados en el artículo 9 de la Ley 1146 de 2007: *Atención Integral en Salud*.

Ministerio de Salud. Norma 412 de 2000. Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento, se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública.

Ley 60 de 1993. Por la cual se dictan normas orgánicas sobre la distribución de competencias de conformidad con los artículos 151 y 288 de la Constitución Política y se distribuyen recursos según los artículos 356 y 357 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones. Se fortaleció el proceso de descentralización política y administrativa y se aumentaron gradualmente los recursos asignados para educación y salud. Derogada por el artículo 113, ley 715 de 2001. Reglamentada parcialmente por el Decreto Nacional 1168 de 1996.

Ley General de Educación – 1994. Para regular la prestación de los servicios educativos de acuerdo con los principios de la nueva Constitución Política.

Ley 0715 de Diciembre 21 de 2001

Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de servicios de educación y salud, entre otros.

Acto Legislativo 1 de 2001. Reformó el sistema de transferencias a las regiones y unificó en una sola bolsa los recursos por situado fiscal, participación de los municipios en los ingresos corrientes de la nación y transferencias complementarias, para crear el denominado Sistema General de Participaciones (SGP).

6. METODOLOGÍA

6.1 TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio exploratorio de enfoque mixto y transversal. Exploratorio porque se trata de un estudio piloto que busca ampliar y consolidar datos estadísticos acerca del tema, consecuente con los que se viene realizando un grupo de estudiantes de la Universidad del Magdalena. Mixto porque describe los hallazgos textuales encontrados a partir de un datos cuantitativos, analizar el estado actual vigente; transversal en un tiempo y espacio específico establecer la correlación salud oral-autoestima y rendimiento académico.

6.2 UNIVERSO, POBLACIÓN Y MUESTRA

6.2.1 Universo, Población y Muestra:

El universo estuvo constituida por 2.572 estudiantes de la Institución Educativa Distrital Rodrigo Galván de Bastidas. La población estudiantes que cumplieran con los criterios exigidos, la cual consto por el 3,75 % del total de estudiantes. La cual estuvo constituida por 56 mujeres y 40 hombres. La muestra aleatoria simple, se trató de estudiar la mayor cantidad de niños y niñas posible; no obstante, debido a la crisis del paro nacional y el tiempo se obtuvo una muestra final de 96 estudiantes.

6.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN:

6.3.1 Criterios de Inclusión

- Personas que den su consentimiento informado
- Niños y niñas matriculados actualmente en la Institución
- Niños y niñas que cumplieron con los tres instrumentos requeridos para el estudio

6.3.2 Criterios de Exclusión

- Niños que sus padres no dieron su consentimiento
- Niños y niñas cuyo estado de salud impide la comunicación
- Padres cuyo estado de salud impide la comunicación
- Niños y niñas que no llenaron los tres instrumentos requeridos para el estudio

6.4 FUENTE DE INFORMACIÓN

6.4.1 Primaria

Se obtuvo a través de tres fuentes: 1) encuesta, 2) examen oral y 3) certificados de notas (boletines). La encuesta, se trata de un test tipo escala de Likert. El examen clínico mecánico para evaluar el estado de salud oral y por último los certificados de notas suministrados por la institución de los niños y niñas que cumplían con los dos primeros requisitos, aplicado a niños y niñas de la I.E.D. Rodrigo Galván de Bastidas de Santa Marta.

6.4.2 Secundaria

Obtenida a través de artículos y estudios encontrados en la Web, en la base de datos de: MEDLINE/PubMed, SciELO, EBSCO, EMBASE y SPORTDiscus, Realdy.

6.5 INSTRUMENTO

6.5.1 Encuesta:

Consta de doce preguntas tipo Escala de Likert (Anexo B), los parámetros utilizados van desde: *Totalmente de acuerdo, De acuerdo, Ni acuerdo ni en desacuerdo, En desacuerdo, Totalmente en desacuerdo.*

La Escala de Likert es una escala psicométrica comúnmente utilizada en cuestionarios, y es la escala de uso más amplio en encuestas para la investigación. Cuando respondemos a un elemento de un cuestionario elaborado con la técnica de Likert, lo hacemos especificando el nivel de acuerdo o desacuerdo con una declaración. La escala se llama así por Rensis Likert, que publicó un informe describiendo su uso, en el año de 1932.

La escala de Likert es un método de escala bipolar que mide tanto el grado positivo, neutral y negativo de cada enunciado. La escala de Likert, al ser una escala que mide actitudes, es importante que pueda aceptar que las personas tienen actitudes favorables, desfavorables o neutras a las cosas y situaciones lo cual es perfectamente normal en términos de información. Debido a ello es importante considerar siempre que una escala de actitud puede y debe estar abierta a la posibilidad de aceptar opciones de respuestas neutrales. Ejemplo:

Esta clase es muy aburrida				
1	2	3	4	5
Nada de acuerdo	Poco de acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Muy de acuerdo	Completamente de acuerdo
-2	-1	0	+1	+2

Se considera una escala de tipo ordinal, ya que no podemos asumir que los sujetos perciban las respuestas como equidistantes, aunque podría asumirse si cada elemento se acompaña de una escala visual horizontal en la cual deba marcar su respuesta, y en la que cada respuesta esté situada de forma equidistante.

No obstante, para la valoración en el presente estudio se correlacionará cada pregunta del test de la evaluación de la autoestima con el resultado del odontograma y consecuentemente con los certificados de notas escolares para realizar un análisis cualitativo.

6.5.2 Valoración clínica

Con la participación activa de los proponentes, se realizó una brigada de salud oral para identificar algunas patologías de enfermedad dental primaria en los estudiantes. Asimismo se hizo Promoción y Prevención del cuidado de los dientes y la salud oral, se incluyó motivación y educación resaltando su importancia. Se evaluó lesiones cariosas y no cariosas como abrasión, abfracción, erosión, hipomeralización, fluorosis, cuyos resultados se plasmaron en un odontograma (Anexo C), otorgándole un valor numérico para su respectiva tabulación, con la clasificación de 1: sano; 2: patología de salud oral (enfermedad primaria). Además se realizó

6.5.3 Certificados de Notas

Una vez aplicado los dos instrumentos anteriores (encuesta y examen clínico oral) se procedió a solicitar formalmente ante la institución educativa los certificados de notas de los estudiantes que cumplieron con estos requisitos; para lo cual se utilizó el método cuantitativo para medir la escala de promedio de 0.0 a 10, correspondiendo el 10 a la máxima nota y el 0.0 a la mínima, preestablecida por el Ministerio de Educación Nacional para medir el rendimiento de los estudiantes, siendo el siguiente:

Ítem	Notas	Valoración
1	10 – 9.0	Excelente (E)
2	8.9-8.0	Sobresaliente (S)
3	7.9-6.0	Aceptable (A)
4	5.9-3.9	Insuficiente (I)
5	3.8-0.0	Deficiente (D)

6.6 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Para la recolección fue necesario establecer varias fases; la primera consistió con una visita formal a la Institución Educativa Distrital Rodrigo Galván de Bastidas de Santa Marta – Colombia, se hizo la presentación e inducción del estudio a la Directiva. Previa aprobación, se seleccionaron los cursos, cuyos niños y niñas, cumplieran con las características de inclusión. Se organizó una lista con los datos de los niños y niñas seleccionados. En la segunda visita se abordó a los padres o representante legal de los menores; se hizo la presentación e inducción del proyecto, recalando la

importancia, objetivo y beneficio del mismo; además, se hizo énfasis en que la participación era voluntaria.

En una segunda fase, que se desarrolló durante varias visitas a la institución educativa, se procedió a aplicar el primer instrumento (cuestionario) a 150 niños y niñas. Posteriormente se organizó la brigada de salud oral; no obstante, debido a que para la fecha se presentó un paro nacional de educadores, no fue posible que coincidirán los alumnos encuestados con los niños y niñas evaluados en el examen clínico. Luego de evaluar los resultados de los dos primeros instrumentos, se pudo establecer que no todos cumplían con los requisitos de inclusión, quedando finalmente 96 niños y niñas de los cuales se solicitó los certificados de calificación para llevar a cabo la correlación.

6.7 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN.

Se realizó la recolección de datos en la Institución Educativa Distrital Rodrigo Galván de Bastidas de Santa Marta-Colombia, con la participación de niños y niñas estudiantes de esta institución, se obtuvo una población de 150 de los cuales 96 cumplieron con los parámetros de inclusión; el sistema utilizado fue el muestreo aleatorio simple.

6.7.1 Tabulación de los Datos

El procesamiento y tabulación de los datos de la información se realizó mediante el programa Microsoft Excel®. Los estimadores generados en consideración de los objetivos planteados se utilizó el Programa SSPS®, existirá asociación y/o correlación estadísticamente significativa, a un nivel mayor de **0,05**.

Como parte esencial de la información se analizaron las variables: sexo, edad, autoestima, salud oral, rendimiento académico.

6.8 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Es importante hacer énfasis que el presente estudio corresponde a un proyecto de investigación mixta y transversal como requisito de grado de la Universidad del Magdalena para optar al título de Odontólogo. Según las consideraciones éticas de la Declaración de Helsinki y la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud y Protección Social de la república de Colombia, la investigación: *Correlación de la Salud Oral con la Autoestima y Rendimiento Académico En Estudiantes de la I.E.D Rodrigo Galván de Bastidas de Santa Marta - 2015*, no representa riesgos para la salud humana, tanto física, mental y psicológica de las personas que en ella participaron. Se tuvo especial cuidado en garantizar la confidencialidad de los datos.

6.8.1 Consentimiento Informado

Los padres de familia y o representante legal de los menores participante del estudio darán de manera voluntaria su consentimiento para participar, esto se realizará por medio de la firma del documento “*Consentimiento Informado*”, donde se describe en que consiste el estudio y los procedimientos a realizar. Además, se explicó que la información recogida será confidencial y su usos es únicamente con fines investigativos (Anexo A).

7. RESULTADOS

Para el presente estudio denominado: *Correlación de la Salud Oral con la Autoestima y Rendimiento Académico en Estudiantes de la I.E.D Rodrigo Galván de Bastidas de Santa Marta – 2015*, se encuestó a 96 niños y niñas, el muestreo aleatorio simple. Para efecto del objetivo central se requirió la utilización de tres instrumentos: 1) un test tipo escala de Likert, 2) examen clínico mecánico para evaluar el estado de salud oral y 3) certificados de notas suministrados por la institución educativa. Además de las variables autoestima, salud oral, rendimiento académico, se caracterizó la distribución por género, edad, grado escolar y estratificación social.

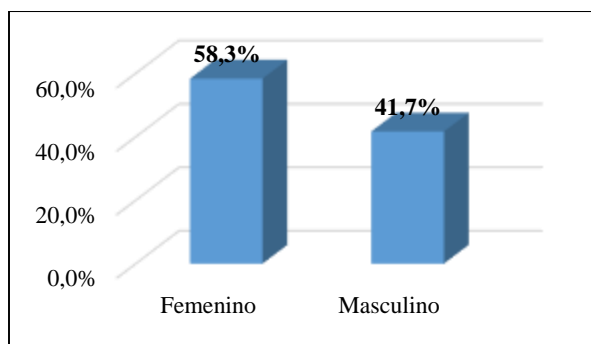
7.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

La información sociodemográfica obtenida permitió establecer que el porcentaje global de los encuestados corresponde al 3,75% (n=96/2572) del número total de estudiantes de la Institución Educativa Distrital Rodrigo Galván de Bastidas de Santa Marta – Colombia.

La participación por género corresponde un 58,3% (n=56) al femenino y 41,7% (n=40) al masculino, como se puede observar en la Tabla 1.

Tabla 1. Distribución por género

Género	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Femenino	56	58,3	58,3	58,3
Masculino	40	41,7	41,7	100,0
Total	96	100,0	100,0	

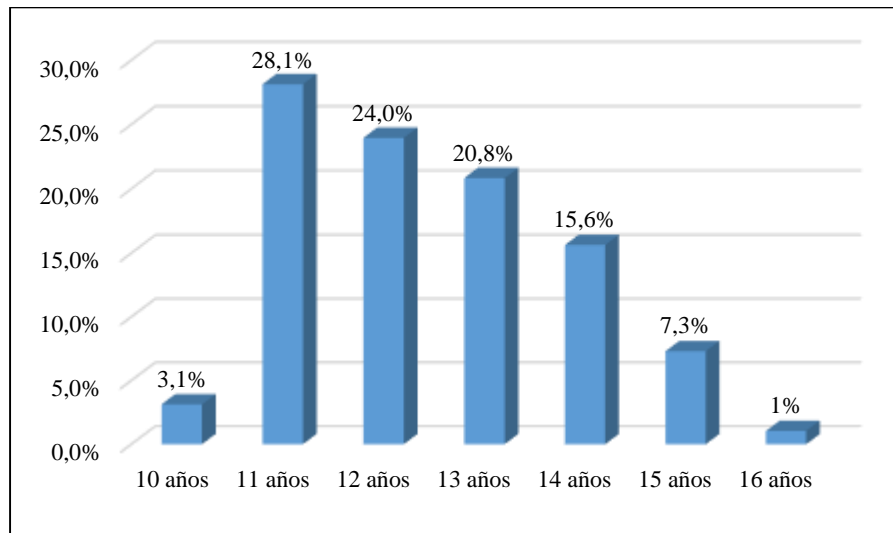


La gráfica 1 representa el comportamiento porcentual por género; observándose mayor participación del género femenino frente al masculino (58,3% / 41,7%)

En la Tabla 2 muestra el resultado del comportamiento por edades, el rango de 10 a 16 años y la distribución se presenta de la siguiente manera: el 28,1% (n=27) están en edad de 11; el 24,0% (n=23) 12 años; el 20,8% (n=20) 13 años; el 15,6% (n=15) 14 años; el 7,3% (n=7) 15 años; el 3,1% (n=3) 10 años y sólo el 1,0% (n=1) 16 años de edad.

Tabla 2. Distribución por edades

Edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
10	3	3,1	3,1	3,1
11	27	28,1	28,1	31,3
12	23	24,0	24,0	55,2
13	20	20,8	20,8	76,0
14	15	15,6	15,6	91,7
15	7	7,3	7,3	99,0
16	1	1,0	1,0	100,0
Total	96	100,0	100,0	

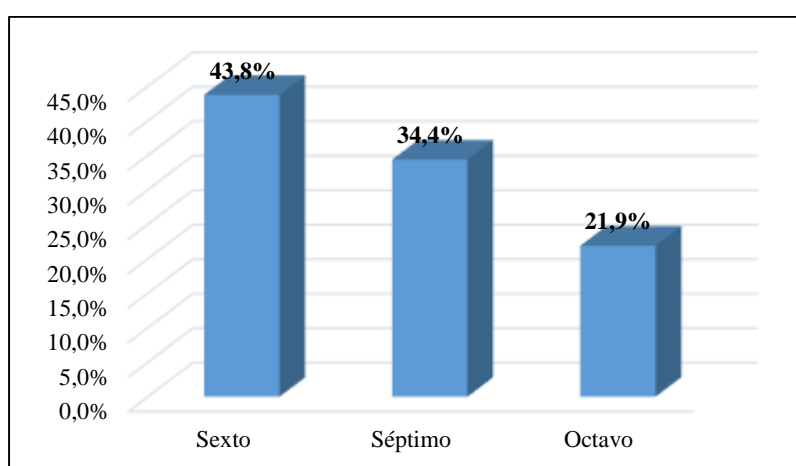


La gráfica 2 muestra el comportamiento porcentual de las edades de los estudiantes encuestados, apreciándose que el mayor índice se encuentra en las edades de 11, 12 y 13 años con una participación de 28,1%, 24,0% y 20,8% respectivamente; seguida por la edad de 14 años con un 15,6%; mientras que las de menor participación son: 16, 10 y 15 con una participación porcentual del 1,0%, 3,1% y 7,3% respectivamente.

La Tabla 3, correspondiente a participación por grado escolar se puede observar que corresponde a tres primeros cursos del nivel básica secundaria; y la participación se presenta con mayor índice en el grado sexto con un 43,8% (n=42) seguido del grado séptimo con un 34,4% (n=33) y octavo con un 21,8% (n=21)

Tabla 3. Distribución por grado escolar

Grado	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sexto	42	43,8	43,8	43,8
Séptimo	33	34,4	34,4	78,1
Octavo	21	21,8	21,9	100,0
Total	96	100,0	100,0	

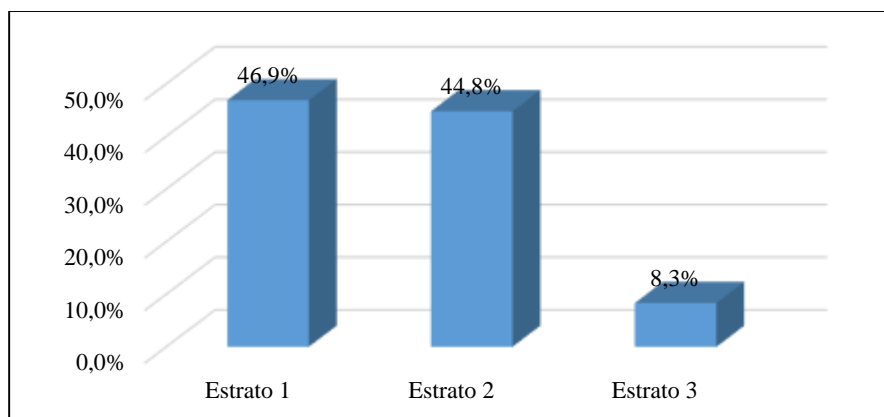


La gráfica 3 muestra el valor porcentual de participación por curso, observándose que corresponde a los tres primeros cursos de la educación básica secundaria, con la siguiente distribución: 43,8% grado sexto; 34,4% grado séptimo y 21,9% grado octavo.

La Tabla 4 corresponde a la estratificación socioeconómica de los participantes, con los siguientes resultados: el 46,9% (n=45) estrato 1; el 44,8% (n=43) 2 y el 8,3% (n=8) estrato 3.

Tabla 4. Estratificación socioeconómica

Estrato	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1	45	46,9	46,9	46,9
2	43	44,8	44,8	91,7
3	8	8,3	8,3	100,0
Total	96	100,0	100,0	



La Gráfica 4, como se puede observar, muestra la distribución por estrato socioeconómico de los encuestados; donde el 46,9% de los estudiantes pertenecen al estrato 1; el 44,8% al estrato 2 y sólo el 8,3% pertenecen al estrato 3.

7.2 CARACTERÍSTICAS DE LAS VARIABLES: AUTOESTIMA, SALUD ORAL Y RENDIMIENTO ACADÉMICO

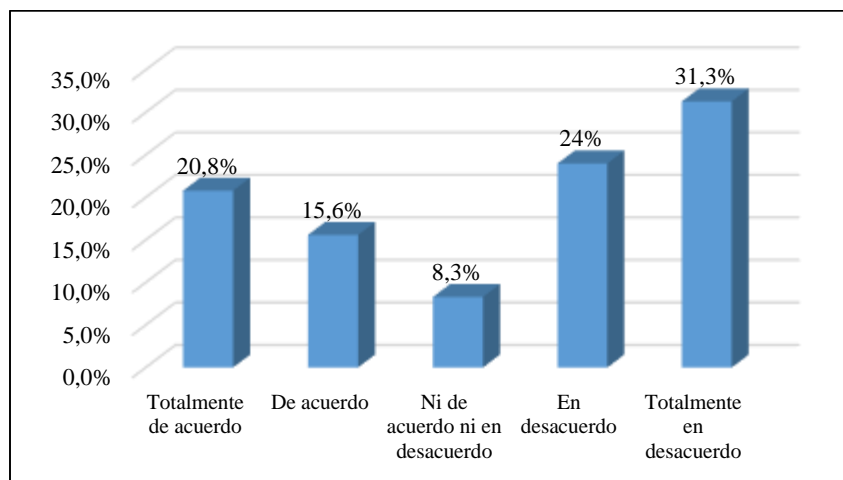
Consecuente con los objetivos específicos, se caracterizó las variables: Autoestima (Tabla 5-16), Salud Oral (Tabla 17) y Rendimiento Académico (Tabla 18), según cada instrumento aplicado a 96 estudiantes de la I.E.D. Rodrigo Galván de Bastidas de la ciudad de Santa Marta y, posteriormente, hacer la correlación y determinar el objetivo central. Para tal efecto, se tuvo en cuenta los siguientes criterios: la variable Autoestima tiene cinco posibilidades que cualifican las actitudes de los estudiantes frente a cada pregunta; la variable Salud Oral (enfermedad oral de primer nivel) se clasificó como: 1: sano; 2: patología de salud oral y la variable Rendimiento Académico, se tuvo como base el método cuantitativo para medir la escala de promedio de 0.0 a 10, correspondiendo de 10-9.0 (Excelente); 8.9-8.0 Sobresaliente; 7.9-6.0 (Aceptable); 5.9-3.9 (Insuficiente); 3.8-0.0 Deficiente, establecida por el Ministerio de Educación Nacional .

La Tabla 5 correspondiente a la primera pregunta, del test que evalúa la Autoestima en los estudiantes, si al faltarle un diente le afectaría asistir al colegio: el 31.3% (n=30) afirma estar *Totalmente en Desacuerdo*; el 24,0% (n=23) *En Desacuerdo*; 20.8% (n=20) *Totalmente de acuerdo*; el 15.6% (n=15) *De Acuerdo* y el 8,3% (n=8) *Ni de acuerdo ni en desacuerdo*.

Tabla 5. Características de la variable Autoestima (pregunta 1)

1. ¿Crees que si te faltara un diente, te afectaría para ir al colegio?	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Totalmente de acuerdo	20	20,8	20,8	20,8

De acuerdo	15	15,6	15,6	36,5
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	8	8,3	8,3	44,8
En desacuerdo	23	24,0	24,0	68,8
Totalmente en desacuerdo	30	31,3	31,3	100,0
Total	96	100,0	100,0	

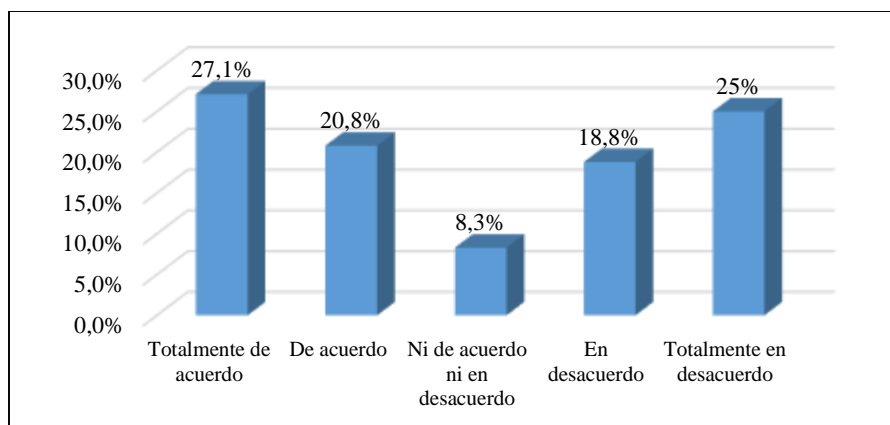


La gráfica 5, muestra el comportamiento porcentual de la primera pregunta del test, donde el resultado mayor se encuentra en el ítem *Totalmente en Desacuerdo* con un 31,3% seguido con el 24% *En Desacuerdo*; el 20,8% *Totalmente de acuerdo*; el 15,6% *De acuerdo* y 8,3% *Ni acuerdo ni en desacuerdo*.

La Tabla 6 correspondiente a la pregunta 2 del test de Autoestima, si tuviera un diente negro, hablaría igual con tus compañeros, los resultados se presentan de así: el 27,1% (n=26) afirma estar *Totalmente de acuerdo*; el 25,0% (n=24) *Totalmente en desacuerdo*; el 20,8% (n=20) *De acuerdo*; 18,8% (n=18) *En desacuerdo* y 8,3% (n=8) *Ni de acuerdo ni en desacuerdo*.

Tabla 6. Características de la variable Autoestima (pregunta 2)

2. ¿Si tuvieras un diente de adelante negro, hablarías igual con tus compañeros y amigos?	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Totalmente de acuerdo	26	27,1	27,1	27,1
De acuerdo	20	20,8	20,8	47,9
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	8	8,3	8,3	56,3
En desacuerdo	18	18,8	18,8	75,0
Totalmente en desacuerdo	24	25,0	25,0	100,0
Total	96	100,0	100,0	

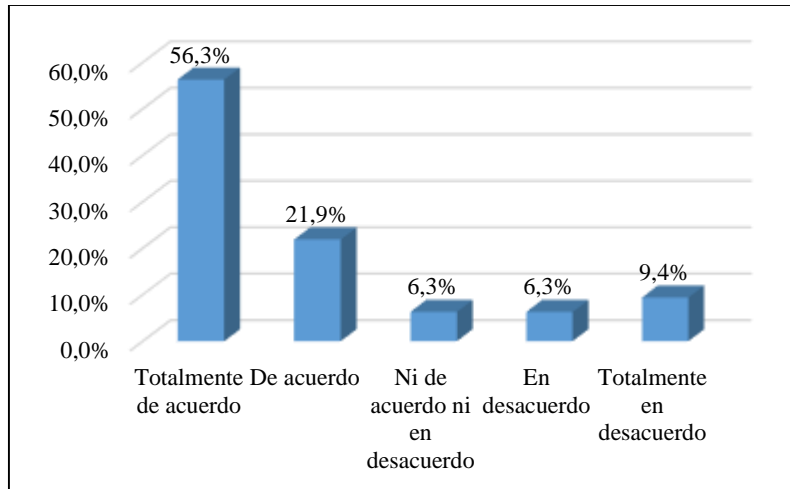


La gráfica 6, muestra el comportamiento porcentual de la pregunta 2 del test, apreciándose la siguiente distribución: el 27,1% afirma estar *Totalmente de acuerdo*; el 25,0% *Totalmente en desacuerdo*; el 20,8% *De acuerdo*; 18,8% *En desacuerdo* y el 8,3% *Ni de acuerdo ni en desacuerdo*.

La Tabla 7 representa la pregunta 3, si tener mal aliento al momento al hablar con los compañeros les afecta; se presentaron los siguientes resultados: el 56,3% de los estudiantes (n=54) afirma estar *Totalmente de acuerdo*; el 21,9% (n=21) responde *De acuerdo*; el 9,4% (n=9) afirma *Totalmente en desacuerdo*; los ítem *En acuerdo* y *Ni de acuerdo ni en desacuerdo* cada una están con un 6,3% (n=6) cada una.

Tabla 7. Características de la variable Autoestima (pregunta 3)

3. ¿Te afectaría tener mal aliento al momento de hablar con tus compañeros?	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Totalmente de acuerdo	54	56,3	56,3	56,3
De acuerdo	21	21,9	21,9	78,1
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	6	6,3	6,3	84,4
En desacuerdo	6	6,3	6,3	90,6
Totalmente en desacuerdo	9	9,4	9,4	100,0
Total	96	100,0	100,0	

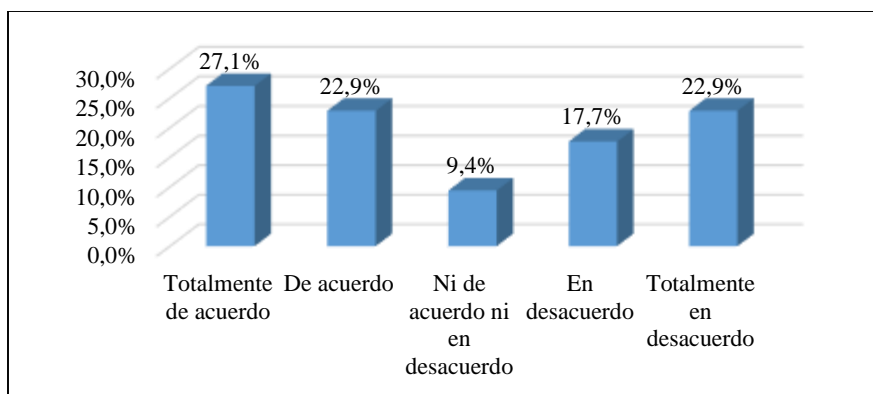


En la gráfica 7 representa la escalad de valores porcentual de la pregunta 3, se observa que el mayor porcentaje, el 56,3% (n=54) afirma estar *Totalmente de acuerdo*; el 21,9% (n=21) *De acuerdo*; el 9,4% *Totalmente en desacuerdo* y con un 6,3% cada una, los ítem *En desacuerdo* y *Ni de acuerdo ni en desacuerdo*.

En referencia a la pregunta 4 (Tabla 8) del test de Autoestima, evalúa si tuvieras un defecto en la boca te cubrirías para evitar que te vieran; se presentan los siguientes resultados: el 27,1% (n=26) respondió estar *Totalmente de acuerdo*; el 22,9% (n=22) *De acuerdo* y el mismo porcentaje se presenta para *Totalmente de acuerdo*; el 17,7% (n=17) *En desacuerdo* y el 9,4% (n=9) *Ni de acuerdo ni en desacuerdo*.

Tabla 8. Características de la variable Autoestima (pregunta 4)

4. ¿Si tuvieras un defecto en tu boca te cubrirías con la mano para evitar que te vieran?	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Totalmente de acuerdo	26	27,1	27,1	27,1
De acuerdo	22	22,9	22,9	50,0
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	9	9,4	9,4	59,4
En desacuerdo	17	17,7	17,7	77,1
Totalmente en desacuerdo	22	22,9	22,9	100,0
Total	96	100,0	100,0	

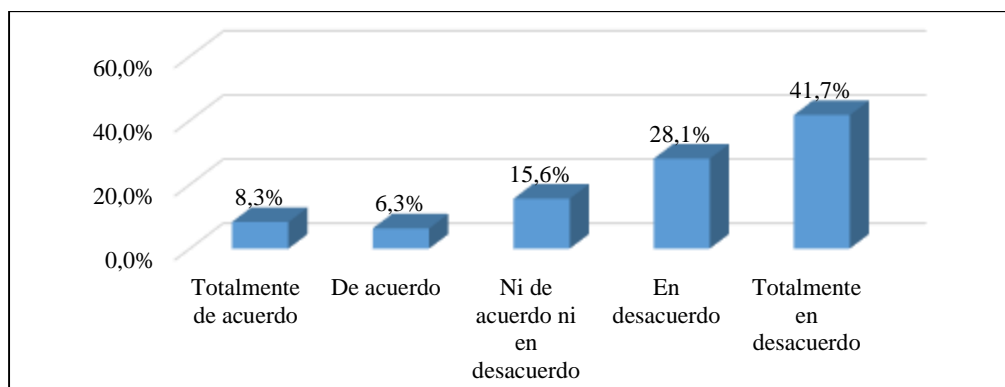


La gráfica 8, representa el valor porcentual de la pregunta 4 y, como puede observarse, la distribución se presenta más o menos pareja: el 27,1% corresponde al ítem *Totalmente de acuerdo*; un 22,9% corresponde a *De acuerdo* y el mismo porcentaje se presenta para *Totalmente de acuerdo*; el 17,7% *En desacuerdo* y el 9,4% *Ni de acuerdo ni en desacuerdo*.

El resultado de la Tabla 9, correspondiente a la pregunta 5, crees que te rechazarían por tu boca del test de Autoestima se presenta así: el 41,7% (n=40) afirma que está *Totalmente en desacuerdo*; el 28,1% (n=27) *En desacuerdo*; el 15,6% (n=15) *Ni de acuerdo ni en desacuerdo*; el 8,3% (n=8) *Totalmente de Acuerdo* y el 6,3% (n=6) *De acuerdo*.

Tabla 9. Características de la variable Autoestima (pregunta 5)

5. ¿Crees que te rechazarían por tu boca?	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Totalmente de acuerdo	8	8,3	8,3	8,3
De acuerdo	6	6,3	6,3	14,6
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	15	15,6	15,6	30,2
En desacuerdo	27	28,1	28,1	58,3
Totalmente en desacuerdo	40	41,7	41,7	100,0
Total	96	100,0	100,0	

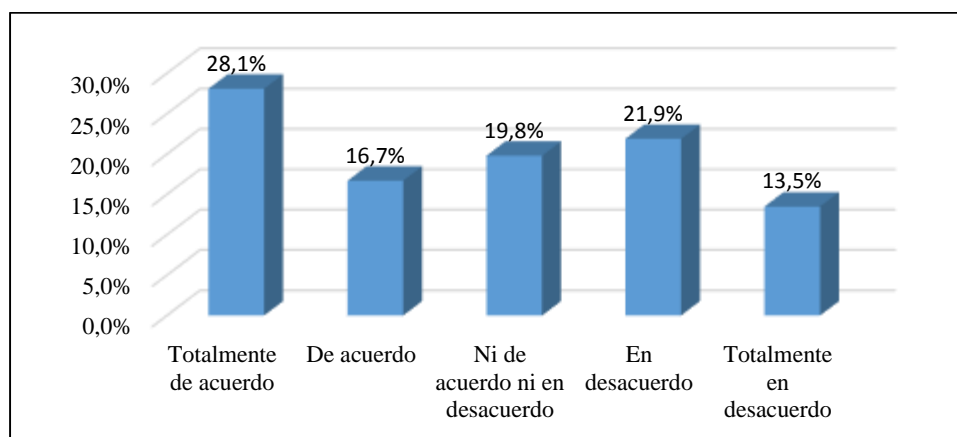


En la gráfica 8 se puede observar claramente el valor porcentual arrojado por la pregunta 5 del test de Autoestima: Donde prevalece el ítem *Totalmente en desacuerdo* con un 41,7%, seguido con *En desacuerdo* con un 28,1%; en menor porcentaje aparecen *Ni de acuerdo ni en desacuerdo* con un 15,6%; *Totalmente de acuerdo* un 8,3% y finalmente con un 6,3% *De acuerdo*.

La Tabla 10 representa la pregunta 6 de test de Autoestima donde se cuestiona si considera que con una linda sonrisa se tiene más amigos; los resultados se muestran de la siguiente manera: el 28,1% (n=27) responde *Totalmente de acuerdo*; el 21,9% (n=21) *En desacuerdo*; el 19,8% (n=19) *Ni acuerdo ni en desacuerdo*; el 16,7% (n=16) *De acuerdo* y el 13,5% (n=13) *Totalmente en desacuerdo*.

Tabla 10. Características de la variable Autoestima (pregunta 6)

6. ¿Crees que teniendo una linda sonrisa tendrás más amigos?	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Totalmente de acuerdo	27	28,1	28,1	28,1
De acuerdo	16	16,7	16,7	44,8
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	19	19,8	19,8	64,6
En desacuerdo	21	21,9	21,9	86,5
Totalmente en desacuerdo	13	13,5	13,5	100,0
Total	96	100,0	100,0	



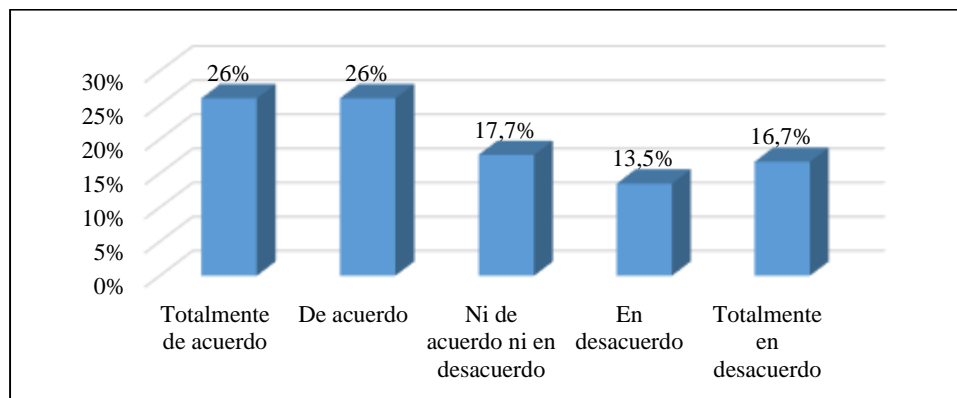
La representación gráfica 10, muestra porcentualmente los valores arrojados por la pregunta 6, como se puede observar, el 28,1% representa *Totalmente de acuerdo*; el 21,9% *En desacuerdo*; el 19,8% *Ni acuerdo ni en desacuerdo*; el 16,7% *De acuerdo* y el 13,5% *Totalmente en desacuerdo*.

La Tabla 11, correspondiente a la pregunta 7 del test de Autoestima que evalúa si con una mala higiene oral tendrían menos amigos; el 26,0% (n=25) de los afirmaron estar *Totalmente de*

acuerdo; este mismo valor se presenta en el ítem *De acuerdo*; el 17,7% (n=17) *Ni acuerdo ni en desacuerdo*; el 16,7% (n=16) *Totalmente en desacuerdo* y el 13,5% (n=13) *En desacuerdo*.

Tabla 11. Características de la variable Autoestima (pregunta 7)

7. ¿Crees que teniendo una mal higiene oral tendrás menos amigos?	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Totalmente de acuerdo	25	26,0	26,0	26,0
De acuerdo	25	26,0	26,0	52,1
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	17	17,7	17,7	69,8
En desacuerdo	13	13,5	13,5	83,3
Totalmente en desacuerdo	16	16,7	16,7	100,0
Total	96	100,0	100,0	



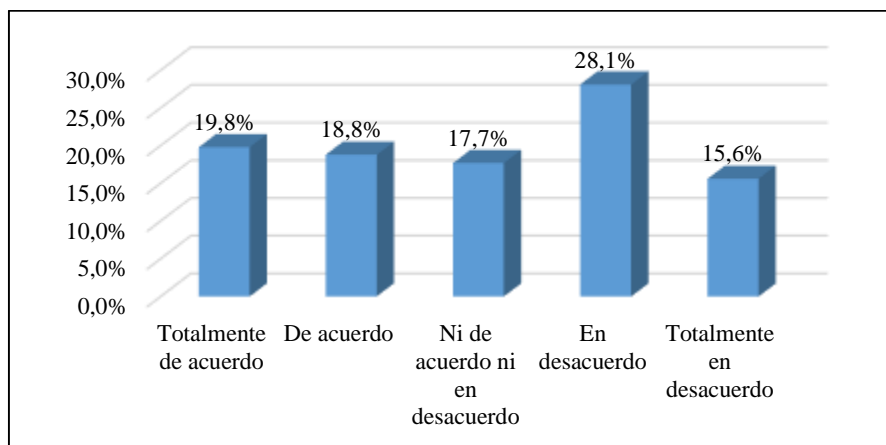
En la gráfica 11 se puede establecer porcentualmente los valores del resultado de la pregunta 7; donde se observa una distribución uniforme en las respuesta *Totalmente de acuerdo* y *De acuerdo*, cada una, con 26,0%; el 17,7% *Ni acuerdo ni en desacuerdo*; el 16,7% *Totalmente en desacuerdo* y el 13,5% *En desacuerdo*.

La Tabla 12 representa el comportamiento de la pregunta 8 del test de Autoestima, crees que tus dientes afecta la relación con tus amigos y compañeros: el 28,1% (n=27) de los estudiantes encuestados afirmaron estar *En desacuerdo*; el 19,8% (n=19) *Totalmente de acuerdo*; 18,8% (n=18) *De acuerdo*; el 17,7% (n=17) *Ni de acuerdo ni en desacuerdo*; el 15,6% (n=15) *Totalmente de acuerdo*.

Tabla 12. Características de la variable Autoestima (pregunta 8)

8. ¿Crees que la apariencia de tus dientes afecta tu relación con tus compañeros y amigos?	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Totalmente de acuerdo	19	19,8	19,8	19,8

De acuerdo	18	18,8	18,8	38,5
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	17	17,7	17,7	56,3
En desacuerdo	27	28,1	28,1	84,4
Totalmente en desacuerdo	15	15,6	15,6	100,0
Total	96	100,0	100,0	

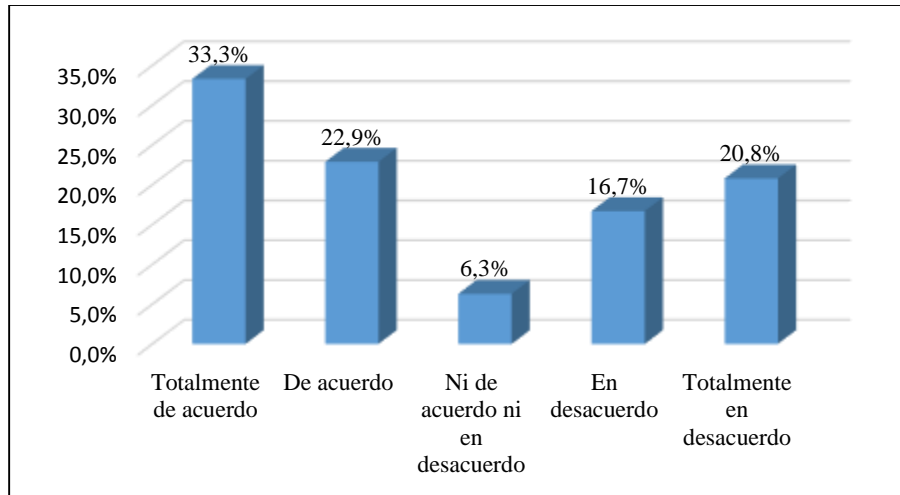


La gráfica 12 muestra los valores porcentuales del resultado de la pregunta 8, donde se observa una leve mayoría en el ítem *En desacuerdo* con un 28,1%; el resto de las preguntas presentan, como se puede observar una distribución ligeramente uniforme: *Totalmente de acuerdo*; 18,8% (n=18) *De acuerdo*; el 17,7% (n=17) *Ni de acuerdo ni en desacuerdo*; el 15,6% (n=15) *Totalmente de acuerdo*.

La Tabla 13 refleja los resultados de la pregunta 9 del test de Autoestima, acerca de si pudieran cambiar algo de su apariencia física, lo harían; se presenta de la siguiente forma: el 33,3% (n=32) de los estudiantes encuestados afirmaron estar *Totalmente de acuerdo*; el 22,9% (n=22) *De acuerdo*; el 20,8 (n=20) *Totalmente en desacuerdo*; el 16,7% (n=16) *En desacuerdo* y el 6,3% (n=6) *Ni de acuerdo ni en desacuerdo*.

Tabla 13. Características de la variable Autoestima (pregunta 9)

9. ¿Si pudieras cambiar algo de tu aspecto físico, lo cambiarías?	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Totalmente de acuerdo	32	33,3	33,3	33,3
De acuerdo	22	22,9	22,9	56,3
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	6	6,3	6,3	62,5
En desacuerdo	16	16,7	16,7	79,2
Totalmente en desacuerdo	20	20,8	20,8	100,0
Total	96	100,0	100,0	

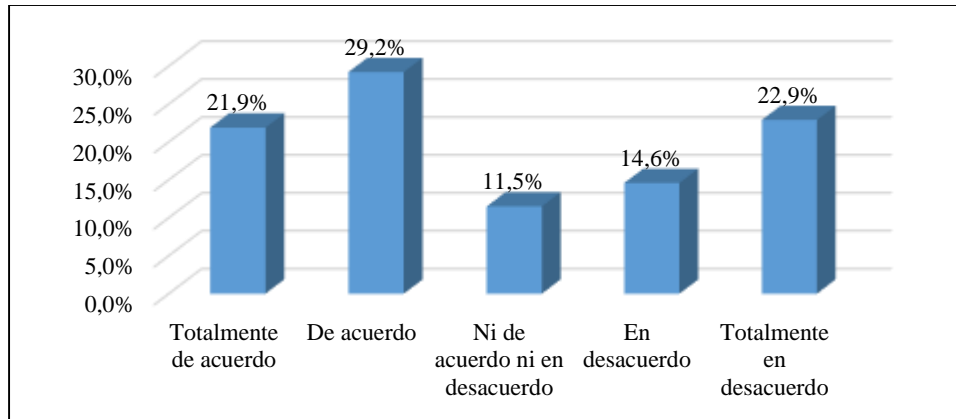


En la gráfica 13 queda plasmado el valor porcentual de la pregunta 9, donde se puede apreciar el comportamiento de la variable se inclina ligeramente hacia los ítem *Totalmente de acuerdo* y *De acuerdo* con un 33,3% y un 22,9% respectivamente frente a *Totalmente en desacuerdo* y *En desacuerdo* con un 20,8 y un 16,7% respectivamente y finalmente un 6,3% *Ni de acuerdo ni en desacuerdo*.

La Tabla 14, que evalúa los resultados de la pregunta 10 del test de Autoestima, te preocupa la impresión de los compañeros y amigos tenga de ti; arroja los siguientes datos: El 29,2% (n=28) de los estudiantes encuestados afirmaron estar *De acuerdo*; el 22,9% (n=22) *Totalmente en desacuerdo*; 21,9% (n=21) *Totalmente de acuerdo*; el 14,6% (n=14) *En desacuerdo*; el 11,5% (n=11) *Ni de acuerdo ni en desacuerdo*.

Tabla 14 Características de la variable Autoestima (pregunta 10)

10. ¿Te preocupa la impresión que tus amigos y compañeros tenga de ti?	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Totalmente de acuerdo	21	21,9	21,9	21,9
De acuerdo	28	29,2	29,2	51,0
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	11	11,5	11,5	62,5
En desacuerdo	14	14,6	14,6	77,1
Totalmente en desacuerdo	22	22,9	22,9	100,0
Total	96	100,0	100,0	

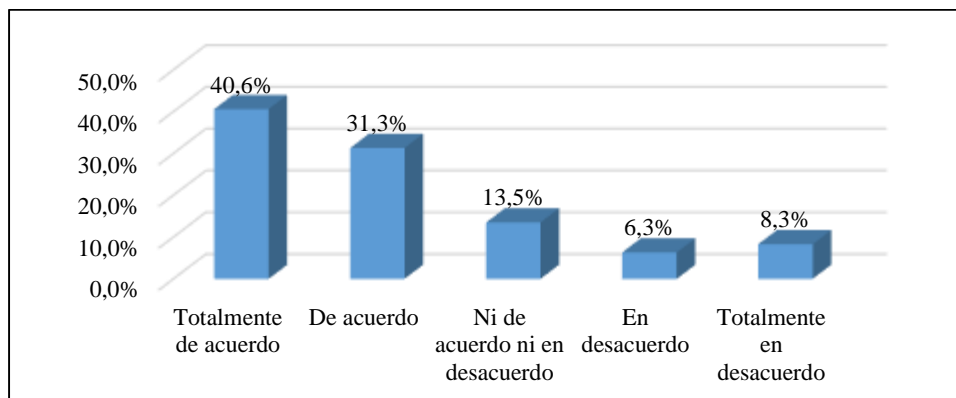


La gráfica 14 representa el valor porcentual de los resultados de la pregunta 10, donde se puede establecer los siguientes: el 29,2% corresponde a *De acuerdo*; el 22,9% a *Totalmente en desacuerdo*; el 21,9% a *Totalmente de acuerdo*; el 14,6% a *En desacuerdo*; el 11,5% a *Ni de acuerdo ni en desacuerdo*.

La Tabla 15 representa los resultados de la pregunta 11 del test de Autoestima que evalúa qué tan contento estas con tus dientes, con los siguientes valores: el 40,9% (n=39) de los encuestados afirma estar *Totalmente de acuerdo*; el 31,3% (n=30) *De acuerdo*; el 13,5% (n=13) *Ni de acuerdo ni en desacuerdo*; el 8,3% (n=8) *Totalmente en desacuerdo* y el 6,3% (n=6) *En desacuerdo*.

Tabla 15. Características de la variable Autoestima (pregunta 11)

11. ¿Te sientes contento con tus dientes?	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Totalmente de acuerdo	39	40,6	40,6	40,6
De acuerdo	30	31,3	31,3	71,9
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	13	13,5	13,5	85,4
En desacuerdo	6	6,3	6,3	91,7
Totalmente en desacuerdo	8	8,3	8,3	100,0
Total	96	100,0	100,0	

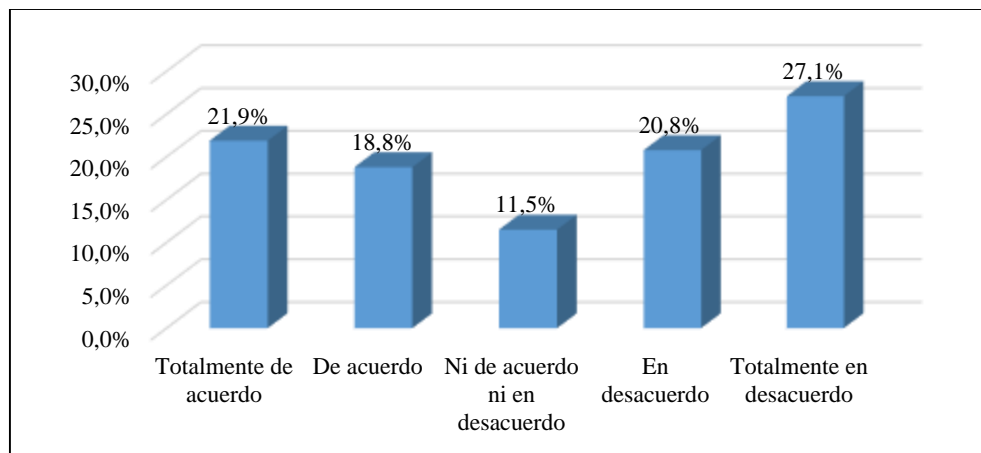


La gráfica 15 muestra el comportamiento porcentual del resultado de la pregunta 11, observándose un comportamiento numérico descendente de izquierda a derecha, en el que el ítem *Totalmente de acuerdo* presenta el mayor porcentaje con un 40,9%, seguido con *De acuerdo* con el 31,3%. En menor porcentaje se presenta en los ítems *Ni de acuerdo ni en desacuerdo* con un 13,5%; *Totalmente en desacuerdo* con 8,3% y *En desacuerdo* el 6,3%.

La Tabla 16 contiene los resultados de la pregunta 12 del test de Autoestima que evalúa si se ha sentido mal por alguna broma de sus compañeros acerca de los dientes, presentando el siguiente comportamiento: el 27,1% (n=26) corresponde al ítem *Totalmente en desacuerdo*; 21,9% (n=21) *Totalmente de acuerdo*; el 20,8% (n=20) *En desacuerdo*; el 18,8% (n=18) *De acuerdo*; el 11,5% (n=11) *Ni de acuerdo ni en desacuerdo*.

Tabla 16. Características de la variable Autoestima (pregunta 12)

¿Te has sentido mal por alguna broma que tus compañeros han hecho de tus dientes?	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Totalmente de acuerdo	21	21,9	21,9	21,9
De acuerdo	18	18,8	18,8	40,6
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	11	11,5	11,5	52,1
En desacuerdo	20	20,8	20,8	72,9
Totalmente en desacuerdo	26	27,1	27,1	100,0
Total	96	100,0	100,0	

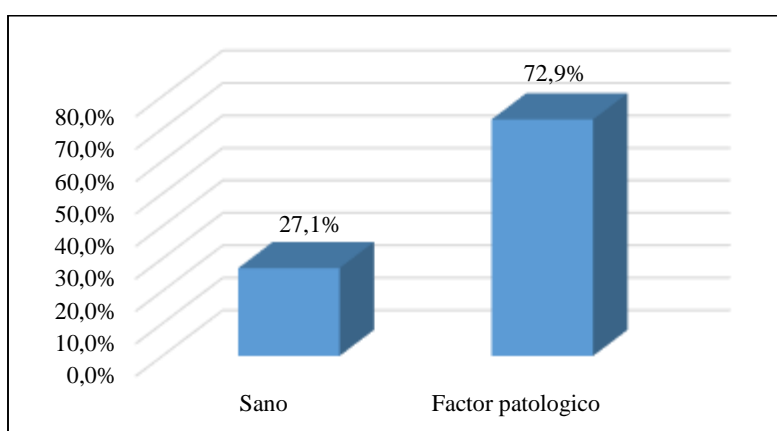


La gráfica 16 que representa los valores porcentuales de la pregunta 12; donde se puede apreciar cierta distribución ligeramente uniforme, no sobresaliendo ninguno de los ítem; no obstante el mayor porcentaje se presenta con un 27,1% *Totalmente en desacuerdo*; 21,9% *Totalmente de acuerdo*; el 20,8% *En desacuerdo*; el 18,8% *De acuerdo*; el 11,5% *Ni de acuerdo ni en desacuerdo*.

La Tabla 17 permite determinar los siguientes resultados respecto a las características de la variable Salud Oral, con la clasificación de 1: sano y 2: factor patológico; el 72,9% (n=70) de los estudiantes que se les practicó la revisión oral presenta algún tipo de *factor patológico* (enfermedad primaria oral); el 27,1% (n=26) se presenta *sano*.

Tabla 17. Características de la variable Salud Oral (Examen Clínico)

Examen clínico	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sano	26	27,1	27,1	27,1
Factor patológico	70	72,9	72,9	100,0
Total	96	100,0	100,0	

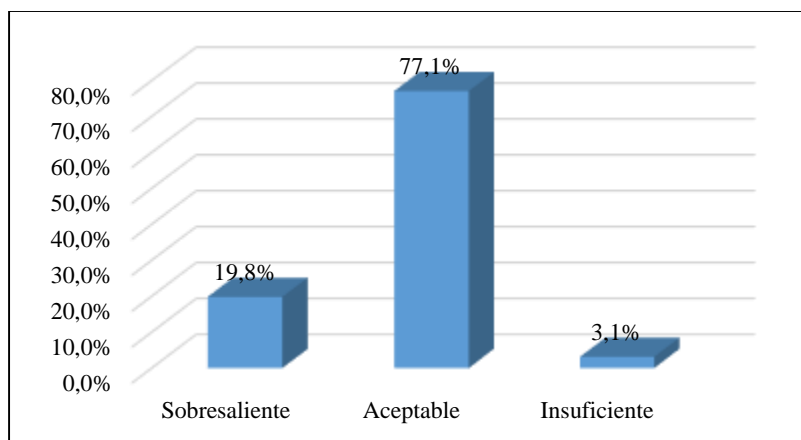


La gráfica 17 representa porcentualmente la variable Salud Oral, en la que puede advertir un valor significativo, el 72,9% de los niños y niñas que hacen parte de la muestra, presentan algún tipo de factor patológico (enfermedad primaria); el 27,1% se presentan como elementos sanos.

La Tabla 18 determina los resultados de la variable Rendimiento Académico, se tuvo en cuenta el método cuantitativo de calificación del MEN, la escala de promedio de 0.0 a 10, así: 10-9.0 (Excelente); 8.9-8.0 (Sobresaliente); 7.9-6.0 (Aceptable); 5.9-3.9 (Insuficiente); 3.8-0.0 Deficiente; arrojando los siguientes resultados: el 77,1% (n=70) de los estudiantes encuestados se ubican en el rango de *Aceptable*; el 19,8% (n=19) *Sobresaliente* y un 3,1% (n=3) *Insuficiente*.

Tabla 18. Características de la variable Rendimiento Académico

Rendimiento Académico	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sobresaliente	19	19,8	19,8	19,8
Aceptable	74	77,1	77,1	96,9
Insuficiente	3	3,1	3,1	100,0
Total	96	100,0	100,0	



La gráfica 18 representa porcentualmente la variable Rendimiento Académico, donde se puede apreciar que un gran porcentaje se ubica en el rango de *Aceptable* con un 77,1%; un 19,8% *Sobresaliente* y un 3,1% *Insuficiente*.

7.3 CRUCE DE VARIABLES: Salud Oral / Autoestima / Rendimiento Académico

Consecuente con el objetivo central del estudio, determinar la correlación entre las variables Salud Oral - Autoestima y Rendimiento Académico en los estudiantes de la I.E.D. Rodrigo Galván de Bastidas; se tomó una a una, cada preguntas (doce) que conforman el Test de Autoestima, en orden preestablecido, se realizó el cruce con la variable Salud Oral (Odontograma), que para efectos del presente trabajo se clasificó: 1 sano y 2: variable en salud oral; seguidamente, a la misma pregunta se hizo el cruce Autoestima / Rendimiento Académico (Certificado de notas escolares). Se utilizó la prueba χ^2 asumiendo un límite de **0,05** para la significación.

Como se puede observar en la Tabla 19, se presentan los resultados del cruce entre las variables Salud Oral/Autoestima y Autoestima/Rendimiento Académico; cada una de las preguntas presentan el resultado de las dos variables respectivamente: **1** (0,574) (0,581); **2** (0,135) (0,507); **3** (0,68) (0,325); **4** (0,405) (0,954); **5** (0,648) (0,809); **6** (0,350) (0,235); **7** (0,589) (**0,07**); **8** (0,734) (0,270); **9** (0,530) (**0,000**); **10** (0,146) (0,264); **11** (0,852) (0,377); **12** (0,274) (0,238)

Estableciéndose que en el cruce de las variables Salud Oral/Autoestima, para el presente estudio, no existen una correlación, debido a que los resultados se muestran superiores a 0,05. No obstante, en el cruce de las variables Autoestima/Rendimiento Académico, se presenta una correlación en las pregunta 7 (¿Crees que teniendo una mal higiene oral tendrás menos amigos?) y 9 (¿Si pudieras cambiar algo de tu aspecto físico, lo cambiarías?).

Tabla 19. Correlación. Cruce de variables: Autoestima - Salud Oral – Rendimiento Académico (doce preguntas)

Test de Autoestima		Examen clínico		Total
		Sano	Variable en salud oral	
1. ¿Crees que si te faltara un diente, te afectaría para ir al colegio?	Totalmente de acuerdo	3,1%	17,7%	20,8%
	De acuerdo	4,2%	11,5%	15,6%
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	2,1%	6,3%	8,3%
	En desacuerdo	6,3%	17,7%	24,0%
	Totalmente en desacuerdo	11,5%	19,8%	31,3%
Total		27,1%	72,9%	100,0%

<i>Pruebas de Chi-cuadrado</i>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	2,904 ^a	4	,574
No. de casos válidos	96		

De acuerdo a la pregunta No 1, de la encuesta se logra evidenciar, que el mayor porcentaje en personas sanas fue totalmente en desacuerdo con un 11,5% y las personas que presentaron alguna variable en salud oral el mayor porcentaje esta en totalmente en desacuerdo con 19,8%

Test de Autoestima		Rendimiento Académico			Total
		Sobresaliente	Aceptable	Insuficiente	
1. ¿Crees que si te faltara un diente, te afectaría para ir al colegio?	Totalmente de acuerdo	4,2%	15,6%	1,0%	20,8%
	De acuerdo	5,2%	9,4%	1,0%	15,6%
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo		8,3%		8,3%
	En desacuerdo	5,2%	17,7%	1,0%	24,0%
	Totalmente en desacuerdo	5,2%	26,0%		31,3%
Total		19,8%	77,1%	3,1%	100,0%

<i>Pruebas de Chi-cuadrado</i>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	6,597 ^a	8	,581
No. de casos válidos	96		

En la pregunta No 1 de la encuesta, se logra observar que la mayoría de los encuestados presentan notas aceptables con un 77,1 % del total de la población, y la mayoría estuvo totalmente en desacuerdo con un 31,3 %.

Test de Autoestima		Examen clínico		Total
		Sano	Variable en salud oral	
2. ¿Si tuvieras un diente de adelante negro, hablarías igual con tus compañeros y amigos?	Totalmente de acuerdo	6,3%	20,8%	27,1%
	De acuerdo	5,2%	15,6%	20,8%
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	5,2%	3,1%	8,3%
	En desacuerdo	6,3%	12,5%	18,8%
	Totalmente en desacuerdo	4,2%	20,8%	25,0%
Total		27,1%	72,9%	100,0%

Pruebas de Chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	7,011 ^a	4	,135
No. de casos válidos	96		

De acuerdo a la pregunta No 2, de la encuesta se logra evidenciar, que el mayor porcentaje en personas sanas fue totalmente de acuerdo con un 6,3% y las personas que presentaron alguna variable en salud oral el mayor porcentaje esta en totalmente de acuerdo con 20,8%

Test de Autoestima		Rendimiento Académico			Total
		Sobresaliente	Aceptable	Insuficiente	
2. ¿Si tuvieras un diente de adelante negro, hablarías igual con tus compañeros y amigos?	Totalmente de acuerdo	5,2%	21,9%		27,1%
	De acuerdo	3,1%	17,7%		20,8%
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	1,0%	7,3%		8,3%
	En desacuerdo	6,3%	11,5%	1,0%	18,8%
	Totalmente en desacuerdo	4,2%	18,8%	2,1%	25,0%
Total		19,8%	77,1%	3,1%	100,0%

Pruebas de Chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	7,279 ^a	8	,507
No. de casos válidos	96		

En la pregunta No 2 de la encuesta, se logra observar que la mayoría de los encuestados con notas aceptables respondieron totalmente de acuerdo con 21,9% y los encuestados con notas sobresalientes respondieron totalmente de acuerdo con 5,2% dando como resultado un 27,1% del total de encuestados.

Test de Autoestima		Examen clínico		Total
		Sano	Variable en salud oral	
3. ¿Te afectaría tener mal aliento al momento de hablar con tus compañeros?	Totalmente de acuerdo	16,7%	39,6%	56,3%
	De acuerdo	5,2%	16,7%	21,9%
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4,2%	2,1%	6,3%
	En desacuerdo	1,0%	5,2%	6,3%
	Totalmente en desacuerdo		9,4%	9,4%
Total		27,1%	72,9%	100,0%

<i>Pruebas de Chi-cuadrado</i>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	8,724 ^a	4	,068
No. de casos válidos	96		

De acuerdo a la pregunta No 3 de la encuesta, se logra evidenciar, que el mayor porcentaje en personas sanas fue totalmente de acuerdo con un 16,7% y las personas que presentaron alguna variable en salud oral el mayor porcentaje esta en totalmente de acuerdo con 39,6% dando como resultado un 56,3% del total de los encuestados.

Test de Autoestima		Rendimiento Académico			Total
		Sobresaliente	Aceptable	Insuficiente	
3. ¿Te afectaría tener mal aliento al momento de hablar con tus compañeros?	Totalmente de acuerdo	9,4%	45,8%	1,0%	56,3%
	De acuerdo	6,3%	13,5%	2,1%	21,9%
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	2,1%	4,2%		6,3%
	En desacuerdo	2,1%	4,2%		6,3%
	Totalmente en desacuerdo		9,4%		9,4%
Total		19,8%	77,1%	3,1%	100,0%

<i>Pruebas de Chi-cuadrado</i>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	9,211 ^a	8	,325
No. de casos válidos	96		

En la pregunta No 3 de la encuesta, se logra observar que la mayoría de los encuestados con notas aceptables respondieron totalmente de acuerdo con 45,8% y los encuestados con notas sobresalientes respondieron totalmente de acuerdo con 9,4% dando como resultado un 56,3% del total de encuestados.

Test de Autoestima		Examen clínico		Total
		Sano	Variable en salud oral	
4. ¿Si tuvieras un defecto en tu boca te cubrirías con la mano para evitar que te vieran?	Totalmente de acuerdo	7,3%	19,8%	27,1%
	De acuerdo	7,3%	15,6%	22,9%
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	1,0%	8,3%	9,4%
	En desacuerdo	7,3%	10,4%	17,7%
	Totalmente en desacuerdo	4,2%	18,8%	22,9%
Total		27,1%	72,9%	100,0%

Pruebas de Chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	4,005 ^a	4	,405
No. de casos válidos	96		

De acuerdo a la pregunta No 4 de la encuesta, se logra evidenciar, que el mayor porcentaje en personas sanas fue totalmente de acuerdo, de acuerdo, en desacuerdo con un 7,3% y las personas que presentaron alguna variable en salud oral el mayor porcentaje esta en totalmente de acuerdo con 19,8%.

Test de Autoestima		Rendimiento Académico			Total
		Sobresaliente	Aceptable	Insuficiente	
4. ¿Si tuvieras un defecto en tu boca te cubrirías con la mano para evitar que te vieran?	Totalmente de acuerdo	6,3%	19,8%	1,0%	27,1%
	De acuerdo	5,2%	16,7%	1,0%	22,9%
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	2,1%	7,3%		9,4%
	En desacuerdo	3,1%	13,5%	1,0%	17,7%
	Totalmente en desacuerdo	3,1%	19,8%		22,9%
Total		19,8%	77,1%	3,1%	100,0%

Pruebas de Chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	2,648 ^a	8	,954
No. de casos válidos	96		

En la pregunta No 4 de la encuesta, se logra observar que la mayoría de los encuestados con notas aceptables respondieron totalmente de acuerdo con 19,8% y los encuestados con notas sobresalientes respondieron totalmente de acuerdo con 6,3%.

Test de Autoestima		Examen clínico		Total
		Sano	Variable en salud oral	
5. ¿Crees que te rechazarían por tu boca?	Totalmente de acuerdo	1,0%	7,3%	8,3%
	De acuerdo	3,1%	3,1%	6,3%
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4,2%	11,5%	15,6%
	En desacuerdo	7,3%	20,8%	28,1%
	Totalmente en desacuerdo	11,5%	30,2%	41,7%
Total		27,1%	72,9%	100,0%

Pruebas de Chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	2,480 ^a	4	,648
No. de casos válidos	96		

De acuerdo a la pregunta No 5 de la encuesta, se logra evidenciar, que el mayor porcentaje en personas sanas fue totalmente en desacuerdo, con un 11,5% y las personas que presentaron alguna variable en salud oral el mayor porcentaje esta en totalmente en desacuerdo con 30,2%.

Test de Autoestima		Rendimiento Académico			Total
		Sobresaliente	Aceptable	Insuficiente	
5. ¿Crees que te rechazarían por tu boca?	Totalmente de acuerdo	2,1%	6,3%		8,3%
	De acuerdo		6,3%		6,3%
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3,1%	12,5%		15,6%
	En desacuerdo	6,3%	19,8%	2,1%	28,1%
	Totalmente en desacuerdo	8,3%	32,3%	1,0%	41,7%
Total		19,8%	77,1%	3,1%	100,0%

Pruebas de Chi-cuadrado			
	Valor	gl.	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	4,508 ^a	8	,809
No. de casos válidos	96		

En la pregunta No 5 de la encuesta, se logra observar que la mayoría de los encuestados con notas aceptables respondieron en desacuerdo con 32,3% y los encuestados con notas sobresalientes respondieron en desacuerdo con 8,3%, y los encuestados con notas insuficientes respondieron en desacuerdo con un 2,1%.

Test de Autoestima		Examen clínico		Total
		Sano	Variable en salud oral	
6. ¿Crees que teniendo una linda sonrisa tendrás más amigos?	Totalmente de acuerdo	11,5%	16,7%	28,1%
	De acuerdo	4,2%	12,5%	16,7%
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	5,2%	14,6%	19,8%
	En desacuerdo	3,1%	18,8%	21,9%
	Totalmente en desacuerdo	3,1%	10,4%	13,5%
Total		27,1%	72,9%	100,0%

Pruebas de Chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	4,438 ^a	4	,350
No. de casos válidos	96		

Test de Autoestima		Rendimiento Académico			Total
		Sobresaliente	Aceptable	Insuficiente	
6. ¿Crees que teniendo una linda sonrisa tendrás más amigos?	Totalmente de acuerdo	5,2%	22,9%		28,1%
	De acuerdo	2,1%	14,6%		16,7%
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	7,3%	11,5%	1,0%	19,8%
	En desacuerdo	2,1%	17,7%	2,1%	21,9%
	Totalmente en desacuerdo	3,1%	10,4%		13,5%
Total		19,8%	77,1%	3,1%	100,0%

Pruebas de Chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	10,453 ^a	8	,235
No. de casos válidos	96		

En la pregunta No 6 de la encuesta, se logra observar que la mayoría de los encuestados con notas aceptables respondieron totalmente de acuerdo con 22,9% y los encuestados con notas sobresalientes respondieron Ni de acuerdo ni en desacuerdo con 7,3%, y los encuestados con notas insuficientes respondieron en desacuerdo con un 2,1%.

Test de Autoestima		Examen clínico		Total
		Sano	Variable en salud oral	
7. ¿Crees que teniendo una mal higiene oral tendrás menos amigos?	Totalmente de acuerdo	6,3%	19,8%	26,0%
	De acuerdo	8,3%	17,7%	26,0%
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	6,3%	11,5%	17,7%
	En desacuerdo	4,2%	9,4%	13,5%
	Totalmente en desacuerdo	2,1%	14,6%	16,7%
Total		27,1%	72,9%	100,0%

Pruebas de Chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	2,819 ^a	4	,589
No. de casos válidos	96		

De acuerdo a la pregunta No 7 de la encuesta, se logra evidenciar, que el mayor porcentaje en personas sanas fue totalmente de acuerdo, con un 8,3% y las personas que presentaron alguna variable en salud oral el mayor porcentaje esta en totalmente de acuerdo con 19,8%.

Test de Autoestima		Rendimiento Académico			Total
		Sobresaliente	Aceptable	Insuficiente	
7. ¿Crees que teniendo una mal higiene oral tendrás menos amigos?	Totalmente de acuerdo	4,2%	21,9%		26,0%
	De acuerdo	7,3%	18,8%		26,0%
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3,1%	14,6%		17,7%
	En desacuerdo	2,1%	8,3%	3,1%	13,5%
	Totalmente en desacuerdo	3,1%	13,5%		16,7%
Total		19,8%	77,1%	3,1%	100,0%

Pruebas de Chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	21,106 ^a	8	,007
No. de casos válidos	96		

En la pregunta No 7 de la encuesta, se logra observar que la mayoría de los encuestados con notas aceptables respondieron totalmente de acuerdo con 21,9% y los encuestados con notas sobresalientes respondieron de acuerdo con 7,3%, y los encuestados con notas insuficientes respondieron en desacuerdo con un 3,1%.

Test de Autoestima		Examen clínico		Total
		Sano	Variable en salud oral	
8. ¿Crees que la apariencia de tus dientes afecta tu relación con tus compañeros y amigos?	Totalmente de acuerdo	4,2%	15,6%	19,8%
	De acuerdo	6,3%	12,5%	18,8%
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3,1%	14,6%	17,7%
	En desacuerdo	9,4%	18,8%	28,1%
	Totalmente en desacuerdo	4,2%	11,5%	15,6%
Total		27,1%	72,9%	100,0%

Pruebas de Chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	2,008 ^a	4	,734
No. de casos válidos	96		

De acuerdo a la pregunta No 8 de la encuesta, se logra evidenciar, que el mayor porcentaje en personas sanas fue en desacuerdo, con un 9,4% y las personas que presentaron alguna variable en salud oral el mayor porcentaje esta en desacuerdo con 18,8%.

Test de Autoestima		Rendimiento Académico			Total
		Sobresaliente	Aceptable	Insuficiente	
8. ¿Crees que la apariencia de tus dientes afecta tu relación con tus compañeros y amigos?	Totalmente de acuerdo	4,2%	15,6%		19,8%
	De acuerdo	3,1%	15,6%		18,8%
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	2,1%	15,6%		17,7%
	En desacuerdo	7,3%	17,7%	3,1%	28,1%
	Totalmente en desacuerdo	3,1%	12,5%		15,6%
Total		19,8%	77,1%	3,1%	100,0%

Pruebas de Chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	9,927 ^a	8	,270
No. de casos válidos	96		

En la pregunta No 8 de la encuesta, se logra observar que la mayoría de los encuestados con notas aceptables respondieron en desacuerdo con 17,7% y los encuestados con notas sobresalientes respondieron en desacuerdo con 7,3%, y los encuestados con notas insuficientes respondieron en desacuerdo con un 3,1%.

Test de Autoestima		Examen clínico		Total
		Sano	Variable en salud oral	
9. ¿Si pudieras cambiar algo de tu aspecto físico, lo cambiarías?	Totalmente de acuerdo	9,4%	24,0%	33,3%
	De acuerdo	6,3%	16,7%	22,9%
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo		6,3%	6,3%
	En desacuerdo	6,3%	10,4%	16,7%
	Totalmente en desacuerdo	5,2%	15,6%	20,8%
Total		27,1%	72,9%	100,0%

Pruebas de Chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	3,170 ^a	4	,530
No. de casos válidos	96		

De acuerdo a la pregunta No 9 de la encuesta, se logra evidenciar, que el mayor porcentaje en personas sanas fue totalmente de acuerdo, con un 9,4% y las personas que presentaron alguna variable en salud oral el mayor porcentaje esta en totalmente de acuerdo con 24,0% del total de la población.

Test de Autoestima		Rendimiento Académico			Total
		Sobresaliente	Aceptable	Insuficiente	
9. ¿Si pudieras cambiar algo de tu aspecto físico, lo cambiarías?	Totalmente de acuerdo	2,1%	30,2%	1,0%	33,3%
	De acuerdo	2,1%	19,8%	1,0%	22,9%
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	1,0%	4,2%	1,0%	6,3%
	En desacuerdo	10,4%	6,3%		16,7%
	Totalmente en desacuerdo	4,2%	16,7%		20,8%
Total		19,8%	77,1%	3,1%	100,0%

Pruebas de Chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	28,167 ^a	8	,000
No. de casos válidos	96		

En la pregunta No 9 de la encuesta, se logra observar que la mayoría de los encuestados con notas aceptables respondieron totalmente de acuerdo con 30,2% y los encuestados con notas sobresalientes respondieron en desacuerdo con 10,4%.

Test de Autoestima		Examen clínico		Total
		Sano	Variable en salud oral	
10. ¿Te preocupa la impresión que tus	Totalmente de acuerdo	9,4%	12,5%	21,9%
	De acuerdo	7,3%	21,9%	29,2%

amigos y compañeros tenga de ti?	Ni de acuerdo ni en desacuerdo		11,5%	11,5%
	En desacuerdo	4,2%	10,4%	14,6%
	Totalmente en desacuerdo	6,3%	16,7%	22,9%
Total		27,1%	72,9%	100,0%

<i>Pruebas de Chi-cuadrado</i>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	6,809 ^a	4	,146
No. de casos válidos	96		

De acuerdo a la pregunta No 10 de la encuesta, se logra evidenciar, que el mayor porcentaje en personas sanas fue totalmente de acuerdo, con un 9,4% y las personas que presentaron alguna variable en salud oral el mayor porcentaje esta en totalmente de acuerdo con 12,5% del total de la población.

Test de Autoestima		Rendimiento Académico			Total
		Sobresaliente	Aceptable	Insuficiente	
10. ¿Te preocupa la impresión que tus amigos y compañeros tenga de ti?	Totalmente de acuerdo	7,3%	13,5%	1,0%	21,9%
	De acuerdo	3,1%	25,0%	1,0%	29,2%
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	1,0%	9,4%	1,0%	11,5%
	En desacuerdo	5,2%	9,4%		14,6%
	Totalmente en desacuerdo	3,1%	19,8%		22,9%
Total		19,8%	77,1%	3,1%	100,0%

<i>Pruebas de Chi-cuadrado</i>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	10,012 ^a	8	,264
No. de casos válidos	96		

En la pregunta No. 10, la población sobresaliente evidencia mayor porcentaje en totalmente de acuerdo 7,3%, la población aceptable presenta mayor porcentaje en De acuerdo 25,0% y en la población insuficiente se encuentra un 1,0% en totalmente de acuerdo, de acuerdo y ni de acuerdo ni en desacuerdo.

Test de Autoestima		Examen clínico		Total
		Sano	Variable en salud oral	
11. ¿Te sientes contento con tus dientes?	Totalmente de acuerdo	12,5%	28,1%	40,6%
	De acuerdo	7,3%	24,0%	31,3%
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3,1%	10,4%	13,5%
	En desacuerdo	1,0%	5,2%	6,3%
	Totalmente en desacuerdo	3,1%	5,2%	8,3%

Total	27,1%	72,9%	100,0%
--------------	--------------	--------------	---------------

<i>Pruebas de Chi-cuadrado</i>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	1,357 ^a	4	,852
No. de casos válidos	96		

En esta tabla, se evidencia que la población sana tiene mayor porcentaje en totalmente de acuerdo 12,5%; los que tienen una variable en salud se presentan con un porcentaje de 28,1% estando totalmente de acuerdo.

Test de Autoestima		Rendimiento Académico			Total
		Sobresaliente	Aceptable	Insuficiente	
11. ¿Te sientes contento con tus dientes?	Totalmente de acuerdo	6,3%	33,3%	1,0%	40,6%
	De acuerdo	5,2%	24,0%	2,1%	31,3%
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	6,3%	7,3%		13,5%
	En desacuerdo	1,0%	5,2%		6,3%
	Totalmente en desacuerdo	1,0%	7,3%		8,3%
Total		19,8%	77,1%	3,1%	100,0%

<i>Pruebas de Chi-cuadrado</i>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	8,606 ^a	8	,377
No. de casos válidos	96		

En esta tabla, se presenta que en la población sobresaliente hay un porcentaje del 6.3% en totalmente de acuerdo y ni de acuerdo ni en desacuerdo, en la población aceptable se presenta mayor porcentaje en totalmente de acuerdo 33,3%, y en la población insuficiente 2,1% de acuerdo.

Test de Autoestima		Examen clínico		Total
		Sano	Variable en salud oral	
12. ¿Te has sentido mal por alguna broma que tus compañeros han hecho de tus dientes?	Totalmente de acuerdo	9,4%	12,5%	21,9%
	De acuerdo	6,3%	12,5%	18,8%
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	2,1%	9,4%	11,5%
	En desacuerdo	3,1%	17,7%	20,8%
	Totalmente en desacuerdo	6,3%	20,8%	27,1%
Total		27,1%	72,9%	100,0%

<i>Pruebas de Chi-cuadrado</i>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	5,133 ^a	4	,274
No. de casos válidos	96		

En esta pregunta, en la población sana se evidencia un mayor porcentaje en totalmente de acuerdo 9,4% y en la población con variable en salud oral se presentó un 20,8% en totalmente desacuerdo.

Test de Autoestima		Rendimiento Académico			Total
		Sobresaliente	Aceptable	Insuficiente	
12. ¿Te has sentido mal por alguna broma que tus compañeros han hecho de tus dientes?	Totalmente de acuerdo	3,1%	18,8%		21,9%
	De acuerdo	2,1%	16,7%		18,8%
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3,1%	8,3%		11,5%
	En desacuerdo	7,3%	11,5%	2,1%	20,8%
	Totalmente en desacuerdo	4,2%	21,9%	1,0%	27,1%
Total		19,8%	77,1%	3,1%	100,0%

<i>Pruebas de Chi-cuadrado</i>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	10,408 ^a	8	,238
No. de casos válidos	96		

En esta pregunta, la población sobresaliente destacó un 7,3% en desacuerdo. Dentro de la población aceptable se destacó un 21,9% en totalmente en desacuerdo. Dentro de la población insuficiente hay mayor porcentaje en desacuerdo con un 2,1%.

8. DISCUSIÓN

El presente estudio, cuyo objetivo principal fue determinar la relación Salud Oral-Autoestima y Rendimiento Académico, tuvo como muestra 96 niños y niñas de la I.E.D Rodrigo Galván de Bastidas de Santa Marta.

De la crisis de la educación en Colombia se escribe y habla en todos los medios; no obstante esta situación no es nueva, estudios como el de Iregui, Melo, & Ramos (2006: 1-2) demuestra que los esfuerzos que han venido haciendo desde comienzos de los noventa, cuando adquirió mayor importancia dentro del debate público, gracias al fortalecimiento del proceso de descentralización, derivado de la Constitución Política de 1991 y sus normas reglamentarias. Gracias a ello, los recursos destinados a educación aumentaron gradualmente y de manera significativa..

Es así como en el sistema educativo público durante los últimos años se observan aumentos importantes en los niveles de cobertura en primaria y secundaria. No obstante, según el mismo Iregui & otros (2006: 1-2), no se registran mayores avances en la calidad de los planteles oficiales. Esta situación resulta paradójica en la medida en que se ha venido desarrollando un proceso de descentralización que ha aumentado considerablemente los recursos para el sector. Así se tiene que, el deterioro en la calidad de los colegios públicos, que se expresa tanto en una reducción en el porcentaje de instituciones educativas oficiales ubicadas en la categoría alta, como en un aumento en el porcentaje de colegios en la categoría baja.

A nivel internacional varios estudios han abordado el problema del rendimiento académico y la eficiencia del sector educativo (por ejemplo, Heinesen y Graversen, 2005; Hanushek, 1986, 1989). Dentro de los factores que afectan el rendimiento académico se han destacado las condiciones socioeconómicas de los alumnos, las características físicas de los planteles educativos, la formación de los docentes y sus esquemas de remuneración e incentivos, entre otros. Para el caso colombiano, se han realizado diversos trabajos que analizan la calidad de la educación y sus determinantes (por ejemplo, Piñeros y Rodríguez, 1998; Gaviria y Barrientos, 2001; Núñez, Steiner, Cadena y Pardo, 2002; Barrera y Gaviria, 2003; Mina, 2004).

Sin embargo, pese a existir estudios de diferentes autores, la mayoría giran sobre el entorno socio-político y se presentan de forma segmentada; así, se tiene que entre los factores considerados como influyentes en el rendimiento académico, las condiciones socioeconómica de los estudiantes, las estructuras y características de los planteles educativos, la formación de los docentes y sus

esquemas de remuneración e incentivos; incluso algunos como Duarte (1196) politización de la educación, todos sin lugar a dudas, importantes. Es posible que estos todos aspectos específicos podrían estar generando alguna injerencia negativa en el rendimiento de los estudiantes y a su vez en la calidad de la educación. Sin embargo todos tiene un factor en común: giran alrededor de la pobreza, sin que se llegue a explicar este término; por lo regular, los estudios donde se explicita el completo de pobreza son aquellos basados en la encuesta CASEN, que lo restringen solamente a la precariedad de los ingresos.

Pese a todo ello, la calidad de la educación sigue en decadencia, a través del tiempo se viene observando un deterioro en la calidad de la educación, especialmente en los colegios públicos, que se expresa tanto en una reducción en el porcentaje de instituciones educativas oficiales ubicadas en la categoría alta, como en un aumento en el porcentaje de colegios en la categoría baja. La educación en la ciudad de Santa Marta, no es diferente al resto del país, el Informe de ODM 2012, en las Prueba Saber II 2002-2007 y 2010, arroja que el 85%, 87% y 87% de los colegios oficiales en los años respectivos se encontraron en las categorías inferior y baja. Se considera que la baja calidad educativa en la ciudad de Santa Marta es un problema que se debe enfrentar desde la administración pública.

Para ello, se viene trabajando en proyectos que abordan, desde otra perspectiva, esta problemática social; (Fajardo Luquez, Betancourt Pacheco, Almendrales Tejeda. 2015); estudia la correlación entre factores psicológicos (ansiedad y depresión) con salud oral, en una institución educativa de la ciudad de Santa Marta, cuyo resultado demostró que sí existe correlación entre factores psicológicos (ansiedad – depresión) en los niños y niñas en edades de 6 a 9 años de una institución educativa de la ciudad; convirtiéndose en detonante para acelerar ese proceso de desgaste natural de los dientes, afectando la vida y desarrollo normal. Estudio de Mafla (2008), concluyó que los adolescentes sufren cambios físicos y emocionales importantes y por este motivo es indispensable poner especial atención, dados su complejidad e impacto sobre distintos aspectos de la salud oral. Estudio de Cruz Núñez & otros, arrojó que el 19% de los estudiantes analizados, tenían la autoestima alta, de los cuales el 16% obtiene un rendimiento académico entre bueno y excelente, y el 3%, entre regular y bajo.

Los resultados para la muestra, del presente estudio, arrojan que no existe correlación entre los factores Salud Oral y Autoestima. Pese a que el 72,9% de los estudiantes presentan algún tipo de patología (de nivel primario), los resultados demuestran que la mayoría se encuentran contento con sus dientes y, en general, ésta no afecta, aparentemente, la autoestima ni las relaciones sociales en la escuela de estos niños y niñas. Llama la atención que la participación por género corresponde en mayor porcentaje al femenino (58,3%), se pensaría que por ser niñas podría tener alguna incidencia importante. No obstante, se debe tener en cuenta que, la mayoría, el 75,1%, de los alumnos se encuentra en edades de 11, 12 y 13 años, es decir, adolescencia temprana. El 78,2%

cursan los grado sexto y séptimo, lo que indican que están iniciando su segundo nivel de educación básica. El 91,7% pertenecen a los estratos 1 y 2.

El análisis de la variable Rendimiento Académico arroja que el 77,1% de los estudiantes encuestados se ubican en el rango de *Aceptable*; el 19,8% *Sobresaliente* y un 3,1% *Insuficiente*.

Estos datos permiten llevar a inferir que, estos niños y niñas, posiblemente no cuenten con una formación, o en su defecto, información pertinente del tema de salud oral, porque no relacionan que tener mal aliento puede estar ligado alguna patología a enfermedad oral de segundo nivel e incluso la salud corporal; además de lo engorroso que puede resultar para las demás personas o relacionar la pérdida de uno de sus dientes con baja calidad de vida. Por ello, tal vez debido a contexto socioeconómico, estos niños y niñas no tengan un criterio claro acerca de lo que puede significar Autoestima en su “yo” personal y cómo asumirlo en sus vidas, curricular y/o extra-curricular.

Ahora bien, al analizar el cruce entre las tres variables (Salud Oral/Autoestima/Rendimiento Académico); se presente una correlación en dos ítem que podría afectar negativamente el rendimiento académicos de los estudiantes y parecería caer en contradicción; a los niños no le importa que le falte un diente; sin embargo, el tener una mala higiene oral les hace pensar que tendrán menos amigos, tal vez, tratando el tema más de forma que de fondo. Además, están dispuestos a cambiar aspecto de su físico con los que no se sienten a gusto. Corroborando un poco con lo expuesto acerca de la formación e información; siendo la escuela el escenario ideal para forjar una educación íntegra, jóvenes con proyección, vale la pena seguir intentando este proyecto en otro grupo etareo de adolescentes y cursos superiores

9. CONCLUSIÓN

Para concluir el presente ejercicio investigativo, se puede afirmar que, la crisis de la educación en Colombia es multifactorial y por lo tanto su tratamiento debe ser integral; desde lo social hasta lo económico, con la participación no sólo de la comunidad educativa, es decir, docentes y estudiantes, sino también de los padres de familia, ya que es el hogar donde se recibe la primera formación; por ello, los padres deben ser objetos de estudio y formación; de allí que, la reestructuración de la educación debe ser desde éste, es decir, la raíz de muchas de los problemas se germinan desde el hogar. La escuela es el escenario ideal para la continuación de esa formación, que debe ser integral.

Por ello, aunque el presente estudio no reflejó que, factores como la salud oral influyera negativamente en la autoestima y a su vez afectara el rendimiento académico; es posible rescatar algunos datos que llevan a dilucidar que se debe seguir en la búsqueda de posibles factores que intervienen negativamente en la calidad de la educación; por ello se debe continuar aplicando este tipo de estudio a un grupo de mayor rango de edad de cursos más avanzados que posibiliten datos más cercanos a la realidad; es posible que el grupo trabajado, en su condición de adolescencia temprana, aún no tienen esa capacidad para discernir algunos comportamientos. Por ello, la tarea consiste en no desfallecer. Que sea la escuela el escenario donde convergen todos los actores sociales para enfrentar la crisis de calidad y como afirma Texeira de Abreu en su trabajo de intervención educativa en adolescente, “la educación sobre higiene bucal debe ser continuada en las escuelas para que sea efectiva y es necesario elaborar nuevas propuestas de trabajo”

Para cerrar, es conveniente resaltar una de las principales conclusiones del taller y capacitación para odontólogos realizada el pasado febrero de 2015 en la ciudad de Bogotá. La salud debe ser integral e integrada “Sin Salud Oral no hay salud”. Por ello, la tarea debe continuar en la búsqueda de alternativa para una solución efectiva. La salud dental tiene un papel importantísimo en la promoción, estimula el empoderamiento de todas sus autoridades locales, docentes y escolares, la participación de todos los pobladores, enfatiza la gran importancia de solidaridad y equidad como condiciones indispensables para la salud y desarrollo de nuestra población, es una forma de luchar contra la pobreza en países en desarrollo”. (Arias Palacio, 2011: 67).

10. RECOMENDACIONES

- Integrar a los padres de familia a actividades de Promoción y Prevención de las enfermedades bucales en sus hijos.
- Mancomunada e interinstitucionalmente, a través de mecanismos de atención como por ejemplo las redes social, para educar en salud oral a los adolescentes de la etapa temprana.
- Para la Universidad del Magdalena, crear una brigada de salud oral periódicamente en los colegios oficiales de la ciudad.
- A los docentes, informarse un poco sobre salud oral, no necesariamente tienen que ser “duchos” en la materia, con información tan simple como realizar un cepillado correcto de la dentadura están haciendo un valioso aporte a sus alumnos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu Texeira de. *Análisis dos profissionais de saúde bucal do Secretaria Municipal de saúde de Curitiba na abordagem em adolescente*. Saúde Bucal 2004; (sn) [consulta 8 diciembre 2004] en: <http://www.bases.bireme.br/04revistas/sanhtm>
- Alcaldía Distrital de Santa Marta. *Boletín No. 163 del 9 de marzo de 2015*. Consultado el 12 de junio de 2015 de <http://www.santamarta.gov.co/web/en/mayor-of-santa-marta-d-t-c-h/42-alcaldia-de-santa-marta-d-t-c-h/contenido-espanol/noticias/1248-boletin163-inician-obras-de-mejoramiento-de-la-infraestructura-fisica-de-la-i-e-d-rodriego-de-bastidas.html>
- Alcaldía Distrital de Santa Marta. *Plan de Desarrollo 2012-2015 “Equidad para Todos, Primero los Niños y las Niñas”*. Consultado el 25 de mayo de 2015 de: <http://www.santamarta.gov.co/docs/PDD.pdf>
- Arias Palacios, Ruth Marisol (2011). *Características de las Prácticas de Prevención y las Patologías Bucodentales, en los Niños/as de Sexto y Séptimo de Educación Básica de las Escuelas del Sector de Pugacho durante El Período 2007 – 2009*. Universidad Técnica del Norte. Chile. Consultado el 15 de julio de 2015 de: <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/2173/3/TESIS%20221.pdf>
- Barrancos, J. & Barranco, P. (2006) *Operatoria dental: integración clínica*. Editorial medica panamericana. 4ta Edición. Buenos Aires, Argentina
- Barrera, F. y Gaviria, A. (2003). *Efficiency of Colombian schools. Fedesarrollo Documento de trabajo, septiembre*. Tomado de: <http://www.fedesarrollo.org/contenido/articulo.asp?chapter=90&article=323>
- Borjas, G. y Acosta. O.L. (2002). *Recursos públicos y educación en los años noventa*. En Alesina, A. (Editor). *Reformas institucionales en Colombia*, Fedesarrollo en coedición Alfaomega Colombiana S.A, Bogotá.
- Camacho Medina, Luz Elena; Espeleta Palacio, Saidith; Rivas Castro, Grace Paola; Tobias Oliver, Adriana (2013). *Desgaste Dental Asociado a Factores Psicológicos en niños en 6 y 9 años de edad*. Trabajo de Grado para optar al título de Odontólogo.
- Cameron, J., & Cameron, S. (2006). *The economic benefits of increased literacy*. En UNESCO, *Education for All Global Monitoring Report*. Norwich.
- Cardentey García, Juan; Carmona Concepción Juan A.; González García, Xiomara; González Rodríguez, Raidel; Dunia, M. (2014). *Atrición dentaria en la oclusión permanente*. Labrador Falero. Rev Ciencias Médicas Vol.18, No. 4, Pinar del Río, jul.-ago. 2014

- Colgate. (2013). *Una Mala Salud Dental afecta el Bienestar de los Niños*. <http://vidayestilo.terra.com/salud/salud-bucal/actualidades/una-mala-salud-dental-afecta-el-bienestar-de-los-ninos,967f6992403e1410VgnVCM3000009af154d0RCRD.html>
- Crespo Mafrán, María Isabel; Riesgo Cosme, Yalili de la Caridad; Laffita Lobaina, Yaline; Torres Márquez, Pedro Alejandro & Márquez Filiú, Maricel. *Promoción de salud bucodental en educandos de la enseñanza primaria. Motivaciones, estrategias y prioridades odontopediátricas*. MEDISAN, (13-1), 2009. Consultado el 21 de mayo de 2015 de: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_1_09/san14109.pdf
- Cruz Núñez, Fabiola & Abel Quinones Urquijo, Abel (2012). *Autoestima y rendimiento académico en estudiantes de enfermería de Poza Rica, Veracruz, México*. Universidad de Antioquia – Facultad de Educación. Uni-pluri/versidad, Vol. 12, No. 1, 2012. Consultado el 18 de julio de 2015 de: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/unip/article/view/13275/11894>
- Dirección General de Epidemiología. Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica de las Patologías Bucales. (2012). Secretaría de Salud Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. México. Consultado el 10 de agosto de 2015 de: http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/vig_epid_manuales/20_2012_Manual_PatBucales_vFinal.pdf
- Domínguez Torres, L.; Guerra Pérez, P. E.; Castañeda Molerio, R. (2013). *La disfunción temporomandibular y su relación con la ansiedad y los hábitos parafuncionales*. *Mediciego*. P. 19 (2)
- Duarte, J. (1996). *La Debilidad del Ministerio de Educación y la Politización de la Educación en Colombia: Dos Problemas a Enfrentar en el Plan Decenal*. Coyuntura Social, No.14, Bogotá, Mayo.
- Enriquez Guerrero, Carolina Lucero. (2008). *Factores de Riesgos Asociados a bajo rendimiento en escolares de dos Instituciones Educativas Públicas de Bogotá*. Trabajo de Grado especialista Magister en Epidemiología. Universidad CES de Medellín. Consultado el 20 de julio de 2015 de: <http://bdigital.ces.edu.co:8080/dspace/bitstream/123456789/316/2/Factores%20de%20Riesgo%20Asociados%20a%20Bajo%20Rendimiento%20Academico.pdf>
- EUFIC (2006). *Salud Dental*. Consultado el 19 de julio de 2015 de: <http://www.eufic.org/article/es/expid/basics-salud-dental/>
- Fajardo Luquez, Laura; Betancourt Pacheco, Rafael; Almendrales Tejeda Clareth. (2015). *Correlación Factores Psicológicos (Ansiedad / Depresión) y Desgaste Dental en Niños de 6 a 9 Años de Edad de la Institución Educativa Distrital Cristo Rey de Santa Marta – Colombia, 2015*. Trabajo de Grado (No publicado). Universidad del Magdalena. Santa Marta.
- Fernández M, Mena L, Riviere J. *Fracaso y abandono escolar en España*. Barcelona: Fundación “La Caixa”; 2010.

- Gaviria, A. y Umaña, C. (2002). *Estructura salarial de los docentes públicos en Colombia, Coyuntura Social*. No. 26, Mayo.
- Gobernación del Departamento del Magdalena. *ODM 2012*. Consultado en: http://www.pnud.org.co/sitio.shtml?apc=jAa-2--&x=67112#.VWeyn9J_NHw
- Hanushek, E. (1986). *The economics of schooling: production and efficiency in public schools*. *Journal of Economic Literature* 24: 1141 - 1177.
- Healthy Children.org. (Mayo 2015). *Etapas de la Adolescencia*. Consultado el 21 de mayo de 2015 de: <http://www.healthychildren.org/spanish/ages-stages/teen/paginas/stages-of-adolescence.aspx>
- Heinesen, E. y Graversen, B.K. (2005). *The Effect of School Resources on Educational Attainment: Evidence from Denmark*. *Bulletin of Economic Research*, Vol. 57, No. 2, p. 109-43, abril.
- Instituto de Salud Libertad. *Autoestima en la Adolescencia*. Lima – Perú. Consultado el 18 de julio de 2015 de: <http://www.saludlibertad.com/autoestima-en-adolescentes>
- Iregui B., Ana María; Melo B., Ligia; Ramos F., Jorge. (2006). *Evaluación y análisis de eficiencia de la educación en Colombia*. Banco de la Republica. Consultado el 18 de julio de 2015 de <http://www.banrep.gov.co/docum/ftp/borra381.pdf>
- Klaus, A. (1995). *Práctica de la dinámica de Grupos*. Barcelona: Española.
- Mafla, Ana Cristina. *Adolescencia: Cambios Bio-Psicosociales y Salud Oral*. Colombia Médica, Vol. 39 N° 1, 2008 (Enero-Marzo). p. 41. Consultado el 20 de mayo de 2015 de: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/549/940>
- Marcelo, D. y Ariza, N. (2005). *Evolución de los resultados de la educación en Colombia (1997-2003)*. Departamento Nacional de Planeación, Archivos de Economía 286, julio.
- Marchesi A. *El fracaso escolar en España*. Madrid: Alianza; 2002.
- Mina, A. (2004). *Factores asociados al logro educativo a nivel municipal*. Universidad de los Andes, Documento CEDE 2004-15, marzo.
- Moreno Castañeda, MI; Bravo Licuort M. *Psicología de actuación en la adolescencia y su influencia en el desarrollo psíquico*. En: Moreno Castañeda, MI. *Psicología del desarrollo*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2003: 78-80
- Núñez, J.; Steiner, R.; Cadena, X. y Pardo, R. (2002). *¿Cuáles colegios ofrecen mejor educación en Colombia?* Departamento Nacional de Planeación, Archivos de Economía 193, junio.
- OCDE Informe español. *PISA 2009*. Programa para la evaluación internacional de los alumnos. Madrid: Ministerio de Educación; 2010.
- Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud: *Proyecto SOFAR "Salud Oral Factores de Riesgo: feb. 2015*. Consultado el 19 de julio de 2015 de: http://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=2362:proyecto-sofar-salud-oral-factores-de-riesgo&Itemid=100021
- Oribes Sánchez, Percy Manuel. *Enfermedades Dentales* (Tomado de: Nerval Johhon, Karl, 1972. Enciclopedia Médica de Salud: Edit. Asnetver & la Enciclopedia LEXUS 2000) consultado el 12 de agosto de 2015 de: <http://www.monografias.com/trabajos82/enfermedades-dentales/enfermedades-dentales.shtml>

- Piñeros, L. y Rodríguez, A. (1998). *Los insumos escolares en la educación secundaria y su efecto sobre el rendimiento académico de los estudiantes: Un estudio en Colombia*. Banco Mundial, Departamento de Desarrollo Humano, LCSHD Paper Series No. 36, diciembre.
- ¿Qué es la escala de tipo Likert? Consultado el 19 de julio de 2015 de: http://es.slideshare.net/rebeca_11/qu-es-la-escala-de-tipo-likert
- Rivera, M. y Donavan, P. (2000). *El Diagnóstico Participativo*. Quito: s.e.
- Rogers, Carl (1991). *Libertad y creatividad en la educación en la década del ochenta*. 2ª edición. Buenos Aires: Paidós.
- Romero P., Julio. (2006). *Movilidad social, educación y empleo: Los retos de la política económica del departamento del Magdalena*. Documentos de Trabajo sobre Economía Regional, No. 74. Banco de la República. Consultado de: http://www.banrep.gov.co/docum/Lectura_finanzas/pdf/DTSER-74.pdf
- Ruiz Lázaro, P.J. (2013). *Los problemas escolares en la adolescencia*. Consultado el 21 de mayo de 2015 de: <http://www.pediatriaintegral.es/numeros-anteriores/publicacion-2013-03/los-problemas-escolares-en-la-adolescencia/>
- Rwakatema DS, Nganga PM, Kemoli AM. *Prevalence of malocclusion among 12-15-year-olds in Moshi, Tanzania, using Bjork's criteria*. East Afr Med J. 2006; 83: 372-9.
- Santrock, John W. (2006). *Psicología de la educación*. 2ª edición. México: McGraw-Hill.
- Sarmiento Gómez, Alfredo. (2010). *Situación de la Educación en Colombia*. Educación Compromiso de Todos. Bogotá, Colombia, Marzo 2010. Consultado el 21 de mayo 2015 de: <http://es.slideshare.net/ojoalacalidadbarranquilla/situacin-de-la-educacin-en-colombia-dr-sarmiento>
- Sarmiento, A.; Alonso, C.; Duncan, G. y Garzón, C. (2005). *Evaluación de la gestión de los colegios en concesión en Bogotá 2000-2003*. Departamento Nacional de Planeación, Archivos de Economía 291, septiembre.
- Sarmiento, A.; Tovar, L.P. y Alam, C. (2002). *Situación de la educación básica, media y superior en Colombia*. Casa Editorial El Tiempo, Fundación Corona, Fundación Antonio Restrepo Barco, segunda edición.
- Umaña, C. (2004). *Esquema de incentivos para la carrera docente*. Departamento Nacional de Planeación, Archivos de Economía 270, octubre.
- UNESCO – OREAL (Oficina Regional de Educación para América Latina y el Caribe)- (1992). *Situación Educativa de América Latina y el Caribe, 1980-1989*. p. 140-141. Consultado el 21 de mayo de 2015 de: <http://www.bnm.me.gov.ar/giga1/documentos/EL000247.pdf>
- Vargas, J. y Sarmiento, A. (1997). *La descentralización de los servicios de educación en Colombia*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Serie Reformas de Política Pública 50.
- Vergara, C. y Simpson, M. (2001). *Evaluación de la descentralización municipal en Colombia. Estudio general sobre los antecedentes, diseño, avances y resultados generales del proceso de descentralización territorial en el Sector educativo*. Departamento Nacional de Planeación, Archivos de Economía 168, diciembre.

ANEXO A

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

(Resolución N°008430 de 1993)

JESUS ANDRÉS AVENDAÑO CASTRO, CARLOS ALBERTO CHARRIS CRUZ, LUIS FELIPE INFANTE RODRÍGUEZ, estudiantes del Programa de Odontología de la Universidad del Magdalena, bajo la supervisión de la Dra. **LUISA BARLIZA DE LA ROSA**, Psicóloga y docente de la institución; le informamos que usted ha sido elegido para participar en el proyecto de investigación: **“CORRELACIÓN DE LA SALUD ORAL CON LA AUTOESTIMA Y RENDIMIENTO ACADÉMICO EN ESTUDIANTES DE LA I.E.D RODRIGO GALVÁN DE BASTIDAS DE SANTA MARTA - 2015”**, el cual tiene como objetivo principal: Determinar la relación que existe entre el estado de salud oral con una baja autoestima y su relación con el rendimiento académico en los estudiantes de la I.E.D Rodrigo Galván de Bastidas de Santa Marta. Actualmente no se ha evidenciado estudios acerca de cómo puede afectar una mala imagen oral en el autoestima en niños y su rendimiento académico. Este tema es de gran valor puesto que los niños pertenecen al grupo de atención prioritaria en nuestra comunidad y la atención odontológica a estos es obligatoria para generar una buena calidad de vida.

Su participación es completamente voluntaria. Siéntase con la libertad y confianza de preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

De conformidad con lo anterior a su hijo(s) se le está solicitando contestar doce preguntas de una encuesta y un odontograma como método diagnóstico, que nos permitirán recolectar información para cumplir con el objetivo principal del estudio.

Yo, _____ He leído la información del consentimiento informado, he recibido una explicación satisfactoria sobre el estudio a realizar y he quedado satisfecho con la información recibida, la he comprendido y se me han respondido todas mis dudas, además comprendo que mi participación es completamente voluntaria.

Doy mi consentimiento para la recolección de información en la encuesta a realizar.

Nombre del Estudiante: _____

Nombre del responsable: _____

ANEXO B

Universidad del Magdalena
Encuesta de Estudio:
CORRELACIÓN DE LA SALUD ORAL CON LA AUTOESTIMA Y RENDIMIENTO
ACADÉMICO EN ESTUDIANTES DE LA I.E.D RODRIGO GALVÁN DE BASTIDAS
DE SANTA MARTA – 2015

Ciudad: _____ Fecha: _____

Nombre: _____

Sexo: M: _____ F: _____ Edad: _____

Curso: _____

Estrato Social: 1___ 2___ 3___

Barrio donde reside: _____

Marque con una x el nivel de satisfacción con la pregunta	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1) ¿Crees que si te faltara un diente de adelante, te afectaría para ir al colegio?					
2) ¿Si tuvieras un diente de adelante negro, hablarías igual con tus compañeros y amigos?					
3) ¿Te afectaría tener mal aliento al momento de hablar de cerca con tus compañeros?					
4) ¿Si tuvieras algún defecto en tu boca te lo cubrirías con la mano para evitar que te vieran?					
5) ¿Crees que te rechazan por tu boca?					
6) ¿Crees que teniendo una linda sonrisa tendrás más amigos?					
7) ¿Crees que teniendo una mala higiene oral tendrás menos amigos?					
8) ¿Crees que la apariencia de tus dientes afecta tu relación con tus amigos y compañeros?					
9) ¿Si pudieras cambiar algo de tu aspecto físico, lo cambiarías?					
10) ¿Te preocupa la impresión que tus amigos y compañeros tenga de ti?					
11) ¿Te sientes contento con tus dientes?					
12) ¿Te has sentido mal por alguna broma que tus compañeros han hecho de tus dientes?					

ANEXO C

Odontograma

Nombre: _____

Edad: _____

Sexo: _____

Grado: _____

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

-  Atrición
-  Erosión
-  Abfraccion

OBSERVACIONES: _____
